

MIRCEA LAZARESCU

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

NOIEMBRIE 2021

## CUVÂNT ÎNAINTE

12.11.2021

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

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

precum și a psihopatologiei developmentale și a ciclurilor vieții. Ea se conjugă în prezent și cu concepția “spectrelor maladive”, care se interesează nu doar de episoadele clinice ale unui pacient, ci și de condiția sa din afara acestora. Adică de temperament, stări subclinice, hobby-uri, arii de eventuală creativitate; și de prezența tuturor acestora la rudele de gr I. Întreagă această nouă orientare a psihopatologiei a ajuns să se conjuge apoi cu perspectiva evoluționistă.

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

Lucrarea de față e animată de această intenție. În ea sunt prezentate aspecte descriptive ale psihopatologiei clinice, în marginea a zece clase sindromatice de bază pentru clinică. Dar se va ține seama și de doctrinele psihologice psihopatologice cognitivă, fenomenologică, personologică, developmentală și a abordării vulnerabilitate/stress. O atenție specială e acordată evoluționismului, care abordează psihismul uman din perspectiva metamorfozelor sale pe parcursul antropogenezei și istoriei culturale. În plus, vom face frecvente trimiteri la istoria

psihologiei și a psihopatologiei, ca și la istoria culturală în general. Nu știm exact cum se va contura psihismul persoanei în epoca post modernă, de ex. peste un secol. Dar psihopatologia actuală ne relevă infrastructura unui psihism a cărui istorie o putem, în mare, reconstitui. Un scurt comentariu schematic privitor la psihismul persoanei așa cum s-a constituit el în perspectiva evoluționist culturală și cum e relevat de deficitul disfuncțional psihopatologic al psihiatriei actuale, e prezentat în Anexa finală. Capitolele au și ele câte o anexă, în care sunt comentate predominant. aspecte teoretice.

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

## CUPRINS

1. Capitol introductiv. Sindromul psihopatologic între medicina psihiatrică și psihologia antropologică.

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

2. Tulburările internalizate anxio-fobice.
3. Tulburările externalizate de comportament și personalitate. Psihopatia.
4. Tulburările disociative de identitate. Istoria histeriei.
5. Patologia obsesiv-compulsivă și spectrul ei.
6. Mania, depresia și tulburarea bipolară.

### **Partea II** Orbita psihotiformă centrată de delir.

7. Delirul
8. Halucinațiile și alte tulburări ale percepției situaționale și ale autopercepției.
9. Depersonalizarea și transpersonalizarea psihotică.
10. Dezorganizarea psihică și autismul
11. Psihopatologia deficitară : astenie, abulie, alogia, anhedonie (apatie) și depersonalizarea anonimantă.

### **III**

12. Anexa : Psihism uman și psihism animal în perspectivă evoluționistă culturală.

## 1. CAPITOL INTRODUCŢIV

### SINDROMUL PSIHOPATOLOGIC ÎNTRE MEDICINA PSIHIATRICĂ ŞI PSIHOLOGIA ANT ROPOLOGICĂ

#### a) Nebunia e intrinsecă condiţiei umane

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

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

Continuându-şi demersul argumentativ, Descartes ajunge la concluzia sa finală: singurul lucru de care nu se poate îndoii omul care meditează speculativ asupra temeiurilor, este însăşi faptul că se îndoieşte; deci cugetă: “Dubito ergo cogito. Cogito ergo sum”. Doar astfel pot fi depăşite diverse opinii şi credinţe

circumstanțiale, între care și cea a nebunilor deliranți. Și astfel, condiția nebuniei, ca ipostază a existenței omenești, se dovedește a nu putea fi evitată în cel mai profund raționament de întemeiere filosofică a unui argument ontologic. Iar când ne apropiem de împlinirea modernității, îl întâlnim pe Hegel scriind în **Prelegere de istoria filosofiei**: “Crima și demența sunt extreme pe care spiritul omenesc în general le are de învins în cursul dezvoltării sale....sunt o treaptă esențială în dezvoltarea sufletului....!!”(.....)

Gândirea occidentală și-a dat seama, pe întreg parcursul ei esențial, că “nebunia” e intrinsecă condiției umane. Astfel încât, în sec.XIX s-a impus chiar ideea că, în mod similar cu alte stări patologice, ea poate fi considerată un “experiment natural” care dezvăluie infrastructura psihismului uman.( ). Această perspectivă a evoluat însă în paralel cu alta, care despărțea tranșant alienarea psihopatologică de cursul vieții cotidiene normale; atitudine care în perioada instituirii „ordinii rațiunii” în Europa modernității, a condus la claustrarea nebunilor în mari câmpuri de concentrare, alături de alte persoane ce tulburau ordinea publică. Atitudinea claustrării în astfel de „Hopitaux Generale” a fost precursora apariției azilelor de neuropsihiatrie în sec.XIX, în care alienații mentali au putut fi studiați metodic, timp îndelungat. Faptul a permis descrierea simptomelor și sindroamelor psihopatologice; iar spre sfârșitul aceluia veac, a nosologiei psihiatrice. În sistemele nosologico nosografice ale acelei vremi, bolile psihice erau delimitate predominant pe baza identificării unor sindroame, etiopatogenia cde putea fi incriminată jucând un rol secundar. Cât privește alienarea psihosocială pe care sistemul azilar din sec.XIX a instituit-o, ea a fost supusă spre sfârșitul sec. XX la o sistematică deconstrucție, prin des-instituționalizarea celor cu tulburări psihice și prin lărgirea programelor antistigma. Astfel încât în prezent putem privi spre maniaci și melancolici ca spre frații noștri. Așa cum priveau și anticii când comentau temperamentul melancolic. Precum și

cei din Renaștere, când Marsilio Ficino făcea elogiul saturnienilor melancolici geniali iar Erasmus pe cel al hipomaniacalilor bufoni.

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

Marile sindroame psihopatologice nu sunt infinite. Alături de melancolia și mania antichității – care trimiteau spre tristețea și veselia normală, stări afective ce erau cultivate de tragedia și comedia antică – cele câteva grupe sindromatice majore pe care se bazează clinica psihiatrică actuală (Chenar 9) trimit de asemenea, cu evidență, spre trăiri și comportamente normale, firești, adaptative. Așa sunt de ex. tulburările anxios fobice, care au în vedere frici exagerate și insuficient de motivate situațional; sau dispoziții în care subiectul e alertat nejustificat privitor la pericole iminente. Apoi, comportamentele excesiv de conflictuale, manipulative și exploatare, care pot ajunge să fie etichetate ca expresie a unei tulburări de personalitate antisocială, ca psihopatie. La fel pot fi privite lucrurile în cazul unor convingeri puternice, lipsite de argumente raționale, de gelozie sau persecuție, ce pot conduce la diagnosticul de tulburare delirantă monotematică. Mai pot fi menționate oboseala și nehotărârea accentuată, preocuparea involuntară excesivă cu gânduri ce se repetă obsesiv, după modelul muștrărilor de conștiință și a amintirilor neplăcute. Sau, dezinhibiția expansiv euforică însoțită de o sociabilitate gregară, în afara sărbătorilor carnavalești; care se întâlnesc în sindromul maniaco-depresiv. Desigur, variantele psihopatologice ale acestor trăiri comportamentele au un profil aparte; iar respectivul „sindrom” e resimțit deseori neplăcut, subminând performanțele subiectului în colectivitate, decontextualizându-l social. Astfel încât el ajunge să fie diagnosticat medico psihiatric ca având tulburări depresive, anxios



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

Descrierea simptomatologică a sindroamelor și simptomelor e făcută de obicei în tratatele de psihiatrie și în monografiile, lucrările dedicate special psihopatologiei descriptive (clinice) fiind rare.( ). Una din principalele aspecte ale psihopatologiei descriptive este diferențierea dintre sindrom și simptom, ultimul fiind înțeles ca afectarea unor aspecte ale funcțiilor psihice izolate. Comentarea sindroamelor, a claselor semiologice supraordonate simptomelor, e făcută de obicei din perspectiva unor grupaje de simptome ce se întâlnesc frecvent împreună. O astfel de abordare predominant statistică, se cere dublată însă de acceptarea unei coerențe specifice proprii fiecărui sindrom; și a unei semnificații specifice a acestora în raport cu manifestările psihice normale.

În lucrarea de față ne propunem să parcurgem zece astfel de clase sindromatice de tulburările psihice, pornind de la criteriile de diagnostic din actualele sisteme internaționale DSM-5 și ICD-10 (...); și să urmărim în paralel echivalentul lor în normalitate, prin comportamente adaptative și uneori chiar creatoare. În prezentul capitol introductiv vom schița această problematica unei astfel de abordări pornind de la cazul depresiei.

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

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

psihiatri. Căci tulburarea depresivă e una din importante, frecvențele și uneori gravele stări psihopatologice de care se ocupă psihiatria.

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

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

creier era practic monopolizată de neurologie. Fapt cu care marii psihiatri ai vremii, precum Charcot, erau de acord.( ).

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

Observarea îndelungată de către specialiști a pacienților internați în azilele de neuropsihiatrie, a condus în sec.XIX la identificarea unor pattern-uri de trăiri și manifestări anormale relativ constante, care au fost denumite “unități de analiză” (...). Așa erau halucinațiile, delirurile, depresia, fobiile, deteriorarea cognitivă, (demența) stuporul etc. Acestea apăreau la anumiți pacienți ca un fel de echivalent al sindroamelor din medicina generală, putându-se manifesta, în perspectivă longitudinală, în mai multe boli.

Chenar 1

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

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

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

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

În sistemul funcțiilor psihice tradiționale nu-și găsește un loc clar problema sinelui (eului), a persoanei și a relaționărilor interpersonal sociale.

Principalele observații clinice semiologice au fost făcute în Franța, Anglia și Germania, terminologia fiind inițial exprimată de limbile respective. Treptat s-au decantat termeni acceptați internațional. De fapt, o serie de boli aveau deja etichete din antichitate, precum melancolia, mania, histeria. Alte tulburări au fost comentate în Europa încă din perioada postrenascentină, deseori fiind indicate prin expresii latine sau grecești (e.g. dementia, frenetic etc.). În sec.XIX se reactivează și se impun în medicina psihiatrică expresii precum: delirul, paranoia, halucinațiile, fobia, obsesia, astenia etc. Expresia de “nevroză”, care a fost introdusă în sec.XVII, își schimbă înțelesul ei inițial, care se referea la tulburări consecutive suferinței neuronilor. Iar ca termen nou apare cel de “psihoză”. Sec.XIX a produs,

prin atenta observare, descriere și spiritul său de sistematizare, aproape întreaga simptomatologie a psihiatriei.

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

Psihologia științifică - cantitativ experimentală - ce s-a dezvoltat în această vreme, centrată pe funcții, nu prea era de ajutor pentru a înțelege de ce și cum un om a ajuns să fie convins că s-a transformat în Napoleon. Nici comportamentalismul, ca doctrină care încerca să gireze la începutul sec.XX științificitatea psihologiei - și nici chiar psihanaliza, care propune un model hermeneutic de analiză a comportamentului uman relațional, dimensionat prin moralitate - nu răspundeau unor astfel de exigențe. Variatele orientări și doctrine psihologice ale sec. XX, de la etologie la configuraționism și cognitivism până la psihologia relațiilor interpersonale, au susținut câmpuri sistematizate de cercetare. Dar nu au putut oferi o imagine globală și coerentă a psihismului uman normal, care să fie folosită de psihopatologie ca un referențial pentru tulburările pe care aceasta le constata. De abia spre sfârșitul sec.XX au început să se agrege sinteze trans-doctrinare în domeniu, așa cum a încercat psihologia și psihopatologia developmentală și a ciclurilor vieții; sau cum pretinde cea evoluționistă (culturală).( )

Deși situația din știința psihologiei era în sec., XIX cea comentată mai sus, psihopatologii au simțit constant, la fel ca toți oamenii, că în cazul manifestărilor patologiei mentale întâlnim în mare măsură echivalentul deficitar disfuncțional a unor trăiri normale. Faptul presupunea că, o structură funcțională firească și adaptativă a psihismului uman, se perturbă. De aceea încă din acel veac s-a încercat abordări centrate pe o apropiere între stări psihopatologice și trăiri din

viața de zi cu zi. Așa a fost trimiterea la somnul cu vise, pe care a propus-o spre mijlocul veacului Moreau de Tours și alți psihiatri. De fapt în unele boli infecțioase febrile și în sevrajul alcoolic, realmente pacienții manifestau trăiri de tip oneiroid. În aceeași direcție au fost studiate și trăirile depersonalizant halucinatorii particulare ce apar după consumul unor substanțe psihoactive, precum hașișul. Acest model al “disoluției câmpului de conștiință vigیل” cu eliberarea unor conținuturi mnestic-imaginative (oneiroide), a continuat să fie cercetat până spre mijlocul sec.XX. Dar el acoperea doar o zonă delimitată a problematicii psihopatologice.

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

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

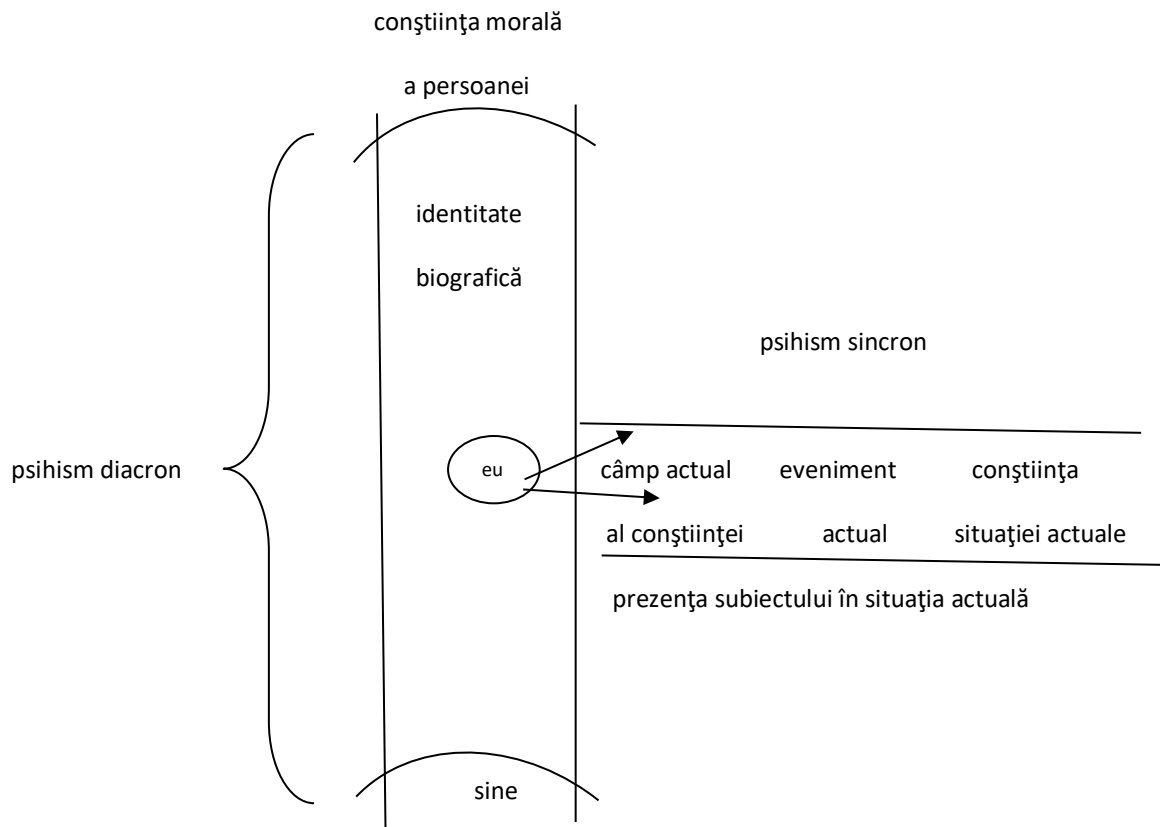
În concluzie: prima jumătate a sec.XX a găsit lumea occidentală cu o medicină psihiatrică ce avea o semiologie aproape complet constituită, bolile fiind integrate într-o sistematică nosologică coerentă elaborată de către Kraepelin, constituită pe baza cazuisticii azilare. Dar, așa cum era formulată și privită pe atunci, această simptomatologie era dificil să fie derivată direct din disfuncția organului creier, într-un mod similar cu tulburările neurologice. Iar corelarea cu fenomenologia trăirilor comportamentale normale era în mare măsură blocată de însăși atitudinea alienării azilare. Totuși, odată cu începutul sec. XX, ceva esențial din atmosfera științifică din jurul psihismului uman a început să se schimbe.

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

În 1913 apare prima carte de **Psihopatologie generală** scrisă de tânărul psihiatru K.Jaspers din Heidelberg, autor care va deveni ulterior un cunoscut filosof existențialist.( ). Impozanta sa lucrare dedică o parte substanțială simptomatologiei. Jaspers concepea psihismul uman în tradiția lui Kant, ca fiind al unei persoane morale, deschisă spre transcendență și centrată de un eu conștient, reflexiv, orientat spre relații interpersonale duale, în mijlocul socio-culturii.

Chenar 2

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



În Psihopatologia sa el acordă un important rol metodologiei de obținere și



sistematizare a informațiilor privitoare la starea și condiția unei persoane bolnavă psihic; pe care le grupează în: trăiri subiective (fenomenologie), manifestări psihice măsurabile (atenție, memorie, inteligența operativă etc.), expresivitate emotivă comunicantă, date biografice și comportamentale obținute din variate surse. Ideea de bază era ca, prin astfel de informații, psihopatologul să poată construi tabloul unui “caz tipic exemplar” al unui domeniu de psihopatologie. Referința la „caz” și ideea cazului exemplar se impunea pe atunci, în cadrul paradigmei unei metodologii specifice științelor umane, pe care o deschisese Dilthey; iar „cazul ideal” era propus în sociologie de M. Weber. Jaspers sugera că profilul unui caz tipic ideal, luminează și orientează medicii și psihopatologii în activitatea lor practică și de cercetare.

Pornind de la ideea lui Dilthey a comprehensiunii interpersonale empatică, Jaspers introduce printre posibilele entități psihopatologice și „reacțiile comprehensive anormale”. Noi putem înțelege – scria el - că un alt om devine trist atunci când îi moare o persoană apropiată, deoarece fiecare dintre noi am fi reacționat în același fel; fiind capabili de a ne transpune, prin empatie, în situația de viață a celuilalt. În unele cazuri însă tristețea (depresia) ce apare, e exagerată ca intensitate și durată, manifestându-se particular; de aceea o putem eticheta ca anormală, psihopatologică; dacă cauza încetează, subiectul î-și revine însă treptat. Și la fel gelozia; sau revolta după o frustrare. Se deschidea astfel poarta pentru stabilirea unei legături între sindromul psihopatologic și trăirea umană firească.

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

În continuarea viziunii lui Jaspers privitoare la anormalitatea psihopatologică, la Clinica din Heidelberg K. Schneider va comenta ulterior zece

tipuri de “personalități psihopate” în termenii limbajului cotidian, nepsihiatric. El considera că acești oameni suferă și îi fac pe alții să sufere din cauza structurii lor caracteriale, fără a fi propriu zis niște bolnavi psihici. Astfel de exemplu, așa numitul psihopat isteric, era etichetat de către Schneider ca un om care vrea să se valorizeze mai mult decât merită, atrăgând atenția asupra sa. (*Geltunsdurfstige*).

În aceeași atmosferă intelectuală de început a sec.XX, psihanaliza lui Freud a dezvoltat și ea o viziune a stărilor psihopatologice, care ar deriva din intervenția unor mecanisme intrapsihice (subconștiente). Stări și mecanisme care, în principiu, sunt aceleași în normalitate și în psihopatologie. Astfel, pentru depresie, referința lui Freud era de asemenea la starea de doliu. Iar psihanaliza avansa și o explicație pentru durata prelungită a depresiei de doliu, în care propriul psihism al subiectului ar urma să „metabolizeze” anumite aspecte ale unor relaționări inconștiente aparte, cu persoana de atașament dispărută, care fuseseră „încorporată” în propriul psihism.

Reacțiile anormale comprehensive au fost studiate apoi tot mai mult de către psihopatologi, mai ales în corelație cu dez-instituționalizarea suferințelor psihici, din a doua jumătate a sec.XX. Ele au fost chiar acceptate și incluse în nosologia psihiatrică. S-a studiat în continuare corelația între semnificația evenimentului și tipul de reacție: în perspectiva tradițională, în fața iminenței unui pericol se instituie o reacție anxios fobică, în urma unei pierderi, una depresivă etc. Dincolo de reacțiile anormale comprehensive au fost urmărite apoi și reacțiile prelungite, corelate persistenței în memorie a unui eveniment psihotraumatizant (e.g. reacția de stres posttraumatic, în care se actualizează stări anxioase fără nici-o amenințare actuală). Și de asemenea, reacțiile de dezadaptare, condiționate de situații noi și problematice; în care pot să se manifeste simptome anxioase, depresive, iritabile fără stresori direct corespunzători actuali. În sfârșit, s-a urmărit rolul stresorilor psiho sociali în creșterea vulnerabilității, a pregătirii și în declanșarea unor stări psihopatologice. Cu această ocazie s-a constatat și faptul că același eveniment

major poate avea, la diverse persoane, repercusiuni variate. Și nu doar în ceea ce privește intensitatea reacției comprehensive, ci chiar ca mod de manifestare (e.g. la pierderea unei rude apropiate o reacție de indiferență, furie, sau chiar satisfacție; și nu depresie). Astfel încât, a apărut ideea că în cele din urmă, în manifestarea unei reacții psihice de anumit tip, un rol important îl joacă și disponibilitățile de a reacționa de care subiectul dispune. Modelul unei manifestări depresive, anxioase sau de suspiciune, preexistă ca disponibilitate în subiect; iar semnificația unui eveniment actual doar îl actualizează și îl modelează.

#### **d) Depresia psihopatologică și standardizarea diagnosticării ei.**

Revenind la reacția anormală de doliu la care făcea referire Jaspers și Freud, se cere avut în vedere că depresia ce constituie nucleul acesteia, nu este o tulburare psihică oarecare. Ea figurează printre cele mai vechi suferințe psihice, recunoscută încă de medicina greco-romană sub denumirea de melancolie. Melancolia hipocratică, reetichetată în sec.XIX ca depresie și epurată de mixajul său tradițional cu anxietatea și delirul, devine pe parcursul sec.XX - în combinație cu mania - boala maniaco-depresivă; care, era una din cele două “psihoze endogene” ce se plasau în centrul nosologiei psihiatrice sistematizată de către Kraepelin.

Depresia este desigur ușor de diagnosticat, prin faptul că omul devine trist, retras, necomunicativ, neinteresat de viața curentă. Nimic nu pare a-i mai face plăcere; el se gândește la trecut și vinovăție, se autodepreciază și se preocupă de moarte. Dincolo de acest cadru general cu care suntem familiarizați odată cu tristețea normală, în psihopatologie avem însă nenumărate variante de intensitate, moduri de manifestare și mixaj cu alte stări psihopatologice. De aceea diagnosticul psihiatric de stare depresivă se cere oarecum standardizat, pentru ca un episod anume să fie cât mai adecvat circumscris; și astfel înțelegerea dintre medicii terapeuți și cercetători să funcționeze.

Către sfârșitul sec.XX s-a impus tot mai mult în psihiatrie standardizarea procedurilor de diagnostic și evaluare a stărilor psihopatologice, în cadrul unei orientări comportamentalist cognitiviste, care făcea apel la „definiții operaționale” ( ). Ideea că psihopatologia se organizează ca un „construct teoretic” - în raport cu nemijlocitul manifestărilor celor cu tulburări psihice - a fost formulată încă de Jaspers, prin chiar proiectul cazului tipic exemplar; temă ce a fost susținută ulterior de mulți autori. ( ). Acum însă ea s-a generalizat, urmărind idealul științelor cantitative exacte. S-au introdus astfel în psihopatologie liste de simptome, definiții operaționale, interviurile structurate și semi structurate; toate orientate spre evaluări cantitative cât mai exacte și reproductibile.

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

În perspectiva evaluării cantitative, se cere ca itemii să fie explicit formulați, eventual descriși și susținuți de întrebări mai mult sau mai puțin structurate, pe care investigatorul este invitat să le folosească. Iar pentru fiecare item se introduce o evaluare numerică, ca de ex.: 0 = absent; 1 = prezent ușor; 2 = mediu; 3 = sever (gravitatea este și ea de obicei exemplificată). Scala de evaluare se aplică unor pacienți ce sunt deja diagnosticați și sub tratament; iar evaluatorul (sau însuși pacientul în caz de autoevaluare) marchează cifra corespunzătoare la fiecare item, obținându-se astfel și o notă globală. Repetarea evaluării peste un interval de timp, indică, prin noua cifră globală obținută, amplificarea sau reducerea intensității depresiei.

Instrumentele de evaluare pot ținti nu doar un anumit sindrom așa cum e depresia; ci un întreg grupaj sindromatic care frecvent se manifestă împreună, sincron sau diacron. De ex. ele pot include și simptome din aria anxios fobică, obsesiv compulsivă, astenică, relațional senzitivă, paranoidă etc. Sau, și simptome din serie maniacală, pentru a se surprinde un eventual viraj bipolar. Apoi, instrumentele de diagnostic mai mult sau mai puțin standardizate, pot viza o zonă amplă de psihopatologie; sau chiar ansamblul ei. În acest sens s-au elaborat interviuri semistructurate pentru diagnosticarea, cel puțin orientativă, a majorității entităților cuprinse în DSM-III-5 sau ICD-10.

În cadrul sistemului american de diagnosticare propus de Manualul DSM-5, pentru diagnosticul de depresie majoră se cere prezența a minimum 5 din 9 itemi simptomatici indicați, obligatoriu fiind ca unul din aceștia să fie dintre primii doi. Aceștia sunt: 1) Dispoziție depresivă aproape tot timpul; 2) Scăderea interesului pentru aproape toate activitățile. Ceilalți itemi se referă la : scăderea în greutate, tulburarea de somn, inhibiție psihomotorie (sau agitație), anergie, sentimentul lipsei de valoare sau vinovăție, scăderea capacității de a se gândi, de a se concentra și decide, gânduri recurente de moarte. Simptomatologia identificată trebuie ca - în raport cu recomandările generale ale sistemului - să exprime o evidentă modificare

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

Abordarea diagnostică pe care o dezvoltă sistemele standardizate cuantificate, inclusiv în cazul depresiei, este desigur foarte utilă pentru identificarea cazurilor, urmărirea evoluției lor clinice și cercetarea științifică. Totuși, varietatea opțiunilor pentru includerea itemilor în lista caracterizantă e uneori deconcertantă; neindicând destul de clar nucleul formal, din care toate aceste manifestări simptomatice înregistrabile decurg. Adică coerența sa de sindrom, de „câmp semiologic”. Ori, o astfel de abordare nu e imposibilă, dacă se acceptă și o perspectivă fenomenologică.

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

Ne putem de aceea întoarce la tentativele de abordare fenomenologică ce s-au încercat către sfârșitul sec. XX. Fenomenologia psihopatologică - care recurge la trăirile subiectiv conștiente ale persoanei - a propus la un moment dat (Tattosian, 1979) ca în loc de „sindrom depresiv” definit prin suma simptomelor înregistrabile,

să se vorbească despre „fenomen depresiv” anormal. Iar acesta, ar putea fi sesizat global, ca plecând de la posibilitatea umană de a trăi depresia, printr-o desprindere de lume, de viitor și de prezent, în contextul unei suferințe care-l repliază pe trecut și neființă. O astfel de perspectivă menține trimiterea la trăirile normale, subliniază manifestarea rigidă și autonomizată a unei astfel de trăiri, într-o modalitate simplificată, ce blochează cursul derulării vieții cotidiene. Nucleul unei astfel de trăiri depresive ar putea fi caracterizat formal, menținându-se însă inserția sa în tristețea normală.

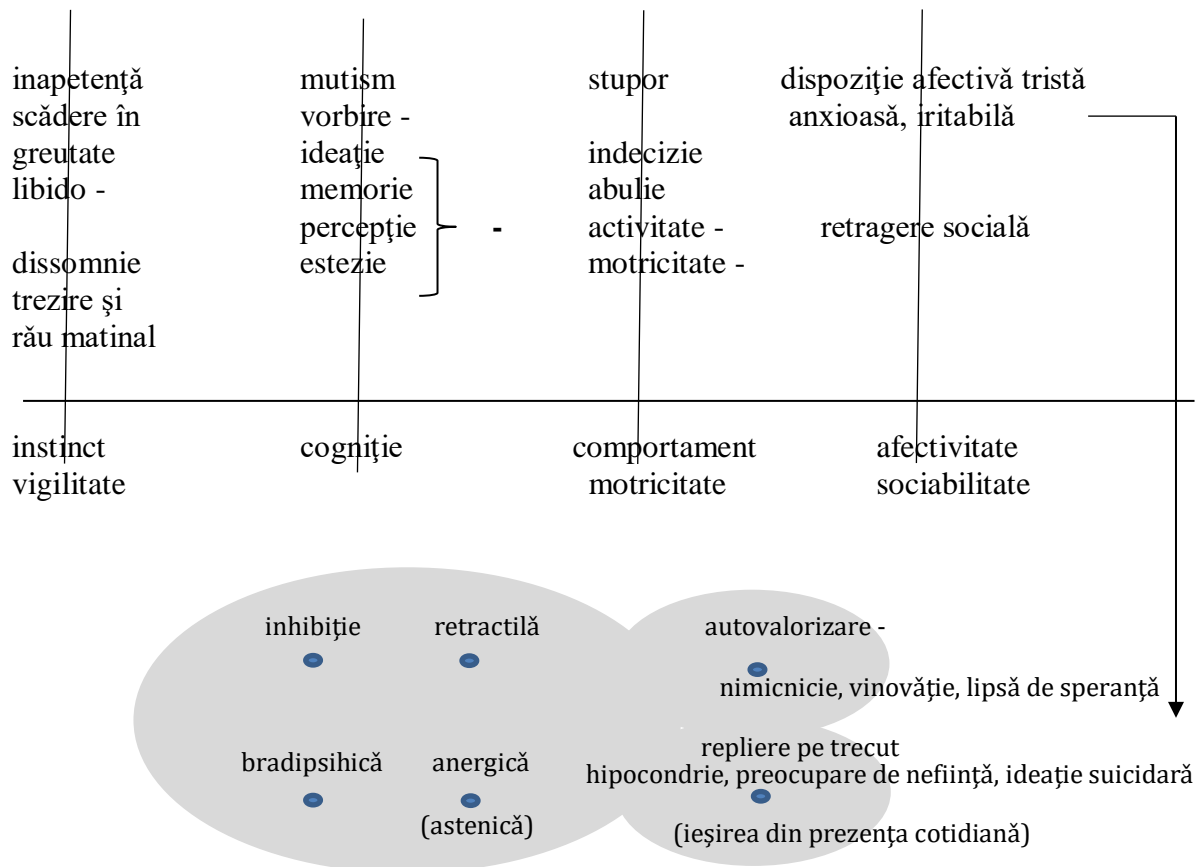
Astfel de sugestii pot fi reluate în prezent, când neofenomenologia colaborează fructuos cu cognitivismul și neopsihanaliza. Lista simptomelor depresive nu exclude înțelegerea unui cadrului fenomenologic specific al derulării acestei trăiri; care, ar putea fi caracterizat printr-o structură formală din care simptomele înregistrabile derivă. Astfel, esențial în perspectivă fenomenologică poate fi considerat faptul că în depresia psihopatologică, subiectul se simte și este blocat în raportarea sa față de situațiile actuale, printr-o repliere pe trecut; că el nu și mai poate folosi disponibilitățile sale de angajare, de poziționare atitudinală externalizată în raport cu lumea și situațiile; iar drept consecință, el iese din „prezența sa receptant asertivă la prezentul circumstanțial”; repliindu-se pe un trecut vinovat, orientat fiind de ideea neființei. Acest aspect nuclear poate fi inclus într-un cadru formal; a cărui schematism e util și necesar - dincolo de listele de simptome pe care le susține – pentru conturarea și identificarea sindromului depresiv. Acesta ar consta din : o inhibiție retractilă, bradipsihică, anergică și autodevalorizantă, cu o repliere centripetă pe sine, pe propriul corp și pe propriul trecut, cu orientare spre moarte.(Chenar 4 ).

Pornind din direcții opuse, comportamentalismul standardizant și fenomenologia subiectivității, trimit spre aceeași manifestare deficitară și blocantă a unei structuri funcționale – sau a unui mod de existență firesc al persoanei -,ce ajunge să se manifeste dediferențiat și autonom.

Revenind la abordarea standardizată a diagnosticului și la listele de itemi, reafirmăm perspectiva conform căreia, pentru toate sindroamele majore se poate regăsi, alături de listele de simptome ce le definesc, câte o trimitere spre trăiri normale din care ele derivă. Rămânând între parametrii medicinei psihiatrice, gândirea medicală nu poate renunța la întrebarea ce s-a profilat încă din secolul XIX : “ce organ (eventual psihic) al omului este disfuncțional în cazul depresiei ?” Și, în strânsă corelație cu aceasta: „care e semnificația stărilor depresive normale?”... din care Jaspers deriva depresia psihopatologică.

Chenar 3

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





---

**e) Semnificația adaptativă a reacției depresive. Psihologia și psihopatologia evoluționist antropologică**

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

Să fie oare retragerea inhibată depresivă un model comportamental adaptativ? Pentru a răspunde la o astfel de întrebare se cere făcut un scurt excurs prin problematica psihologiei și psihopatologiei evoluționiste, punctând și felul în care ultimele decenii au abordat psihismul uman din perspectiva antropogenezei și a istoriei culturale.

Psihologia și psihopatologia evoluționistă, care s-a dezvoltat mai ales după anul 2000, au sugerat că progresele realizate în lumea animalelor prin selecția naturală și sexuală se referă, pe măsură ce urcăm pe scară evolutivă, nu atât la transmiterea genetică a unor organe perceptivă și de execuție mai performante; cât, mai ales, la selecția și transmiterea genetică a unor comportamente adaptative de supraviețuire și multiplicare, tot mai elaborate și performante. Comportamente susținute și coordonate prin rețelele neuronale ale sistemului nervos central. Fapt ce a evoluat în paralel cu procesul de telencefalizare. E vorba de strategii de raportare la variate situații, care fiind frecvent salutare, ajung să se selecționeze

transgenerațional. Astfel încât, indivizii să le aibă la dispoziție în recuzita lor comportamentală, pentru a le utiliza la nevoie.

Respectivele modele comportamentale ar fi susținute de structuri funcționale cerebrale care, odată selecționate evolutiv, se transmit în mare măsură genetic (cel puțin ca disponibilitate), sub forma unor „moduli psihocerebrali”; ce intră în funcțiune odată ce întâlnesc în ambianță stimulii declanșatori specifici. Dintre acestea fac parte, desigur, majoritatea comportamentelor considerate tradițional ca instinctive; inclusiv conduitele de maternaj, pregătirea ambianței pentru noua generație, ascunderea în fața pericolelor, confruntarea masculilor pentru o poziție dominantă în grup etc. Și la fel, migrația în timpul iernii; iar la altele hibernarea. Un comportament precum cel de hibernare, se caracterizează printr-o retragere inhibată ce se instalează ciclic în perioada anotimpului rece. Și deoarece atunci resursele sunt reduse, el este adaptativ pentru individ, acesta consumând mai puține alimente. Până la un punct situația e similară în odihna consecutivă unui efort fizic epuizant; sau cu retragerea inhibată ce însoțește rănirea și boala, reducând solicitările și favorizând vindecarea. În psihobiologie a mai atras atenția „reflexul de moarte” (totstelreflex) și sumisiunea consecutivă înfrângerii dintr-o confruntare, care reduc agresivitatea agresorului. Astfel de manifestări au fost comparate cu inhibiția bradipsihică a oamenilor deprimați după o înfrângere sau un eșec. Noi considerăm de obicei că în aceste cazuri retragerea depresivă e o consecință a demoralizării indusă de nereușită, cu scăderea stimei de sine. Dar această retragere favorizează de fapt și reculegerea subiectului pentru reorganizarea proiectelor sale de viață; astfel încât el să opereze în viitor cu o mai adecvată utilizare a resurselor în vederea succesului. Acest ultim aspect, adaptativ, este desigur, mai complex decât cel al simplei refaceri energetice.

Modele psihobiologice pe care evoluționiștii le-au invocat, chiar dacă sunt parțial sugestive, nu sunt suficient de convingătoare pentru considerarea retragerii depresive inhibate specifică omului ca o strategie adaptativă. Dar psihologia

evoluționistă are o abordare mai largă, care ține cont și de modificările profunde ce s-au petrecut în psihismul uman în urma antropogenezei și istoriei culturale. Psihismul lui homo sapiens și-a dezvoltat o complexă capacitate de operare cognitiv intelectuală pe modele ale realității, susținută de limbajul articulat. Creierul său e dotat cu structuri funcționale de tip modular, care-i permite să-și însușească și să utilizeze acest limbaj, în multiple direcții ce-i complexifică psihismul. Alți moduli psihocerebrali stau la baza memoriei ca suport al identității biografice; și a reactualizării utile a datelor acesteia, în cadrul perceperii și rezolvării situațiilor problematice actuale. Funcțiile cognitive sprijină atât acțiunea cât și relaționarea subiectului cu alții. Din perspectivă antropogenetică sunt importante de invocat acum, în marginea interpretării depresiei, trei aspecte specifice: a) funcțiile executive; b) cele ale cogniției sociale; și c) cele ale operării pe modele metareprezentative (Chenar 4).

a/ Funcțiile cognitive executive susțin acțiunile cu scop, care se realizează în timp, pe baza unui proiect ce se derulează prin etape succesive; și care e în permanență controlat informativ, inclusiv prin informații inverse. Angajarea în acțiuni și proiecte. vizează o situație viitoare; astfel încât temporalitatea trăită e intens implicată în această perspectivă. Sindromul depresiv, ce apare deseori în condiții de eșec în realizarea proiectelor, e în esența sa caracterizat prin incapacitatea de a mai concepe viitorul, de a mai avea așteptări și speranțe; și prin retragerea inhibată a subiectului din prezența sa la actualitate, cu lipsă de dorințe și dezinteres față de orice nou proiect. Replierea pe trecut și neînțelegerea, inhibiția abulică, dau contur acestui sindrom. În schimb în sindromul maniacal – care e opusul simetric a celui depresiv – subiectul apare ca marcat de ”elație”, el angajându-se nesăbuit în proiecte viitoare nerealizabile.

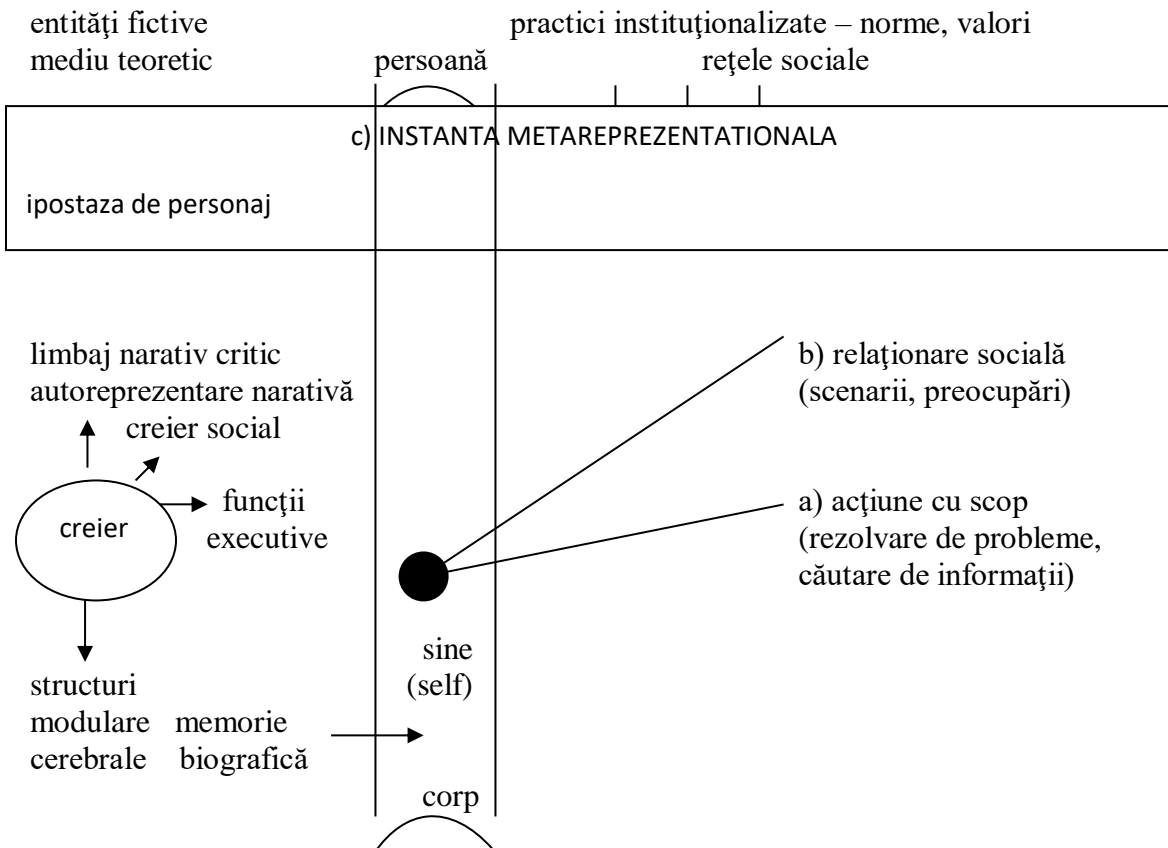
b/ Funcțiile cogniției sociale stau la baza unei alte dimensiuni fundamentale specifică psihismului uman, ce se manifestă în aria relaționărilor interpersonal

sociale, marcate de atașament. Iar depresia doliului se manifestă exemplar în împrejurările pierderii unei persoane de care subiectul e atașat.

Evoluționiștii consideră că, cogniția socială a devenit extrem de importantă pentru homo sapiens, în condițiile în care acesta trăia, în perioada preagricolă, în

Chenar 4

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



Psihologia filosofică tradițională a studiat capacitatea cognitivă a minții umane, bazată pe intelect (nous) și rațiune (logos), implicând și percepția, memoria și fantasia. După instituirea în

sec.XIX a psihologiei experimentale cantitative, în sec.XX a fost abordată detaliat și psihologia relațiilor interpersonale. În raport cu aceste moșteniri, psihologia evoluționistă culturală subliniază analiza unor aspecte precum:

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

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

---

grupuri mici, în savana africană; căci excluderea din grup echivala cu moartea. Desigur, dezvoltarea cogniției sociale a fost favorizată la om și de modelul de transmitere genetică de tip K, cu copii puțini și investiment parental major. Precum și de nașterea sa „prematură”, datorată creșterii în volum a creierului; astfel încât maturarea encefalului se petrece acum în intimitatea prezenței mamei și a mediului familial. Principalele secvențe ale competenței cogniției sociale includ: capacitatea de a recunoaște figura umană în general; recunoașterea expresivității stărilor emotive și atitudinale; apoi, identificarea figurii persoanei de îngrijire, fapt care susține realizarea între 8 luni și 3 ani a unui atașament cu mama, prin care imaginile acesteia este „introjectat”; astfel încât ea devine parte integrantă a propriului psihism. Mama va reprezenta de acum încolo un personaj esențial, securizant. Copilul sesizează când ea pleacă, reacționând anxios; dar și-o poate reprezenta, cu valențe securizante, și când ea nu este prezentă fizic. Se realizează astfel, filo-ontogenetic, structura unui psihism care se bazează pe un atașament intim puternic cu persoane apropiate, în vederea cooperării. Pe parcursul vieții de adult oricine ajunge în poziția de intimitate a atașamentului, se poate contopi cu psihismul subiectului într-o relație duală, fiind integrat în structura acestuia; după modelul infantil al introjecției imaginii îngrijitorului apropiat. Astfel încât,

pierderea unei astfel de persoane, ajunge să echivaleze efectiv cu pierderea unei dimensiuni constitutive proprii, condiționând depresia doliului. Cognația socială, bazată pe „creierul social” dezvoltă și alte competențe, ca de ex. capacitatea subiectului - ce se instituie la 3 ani — de a intui situațional opiniile și intențiile altuia perceput („mentalizarea” sau Teoria Minții - ToM). Dar și acesta se articulează strâns cu funcția atașamentului.

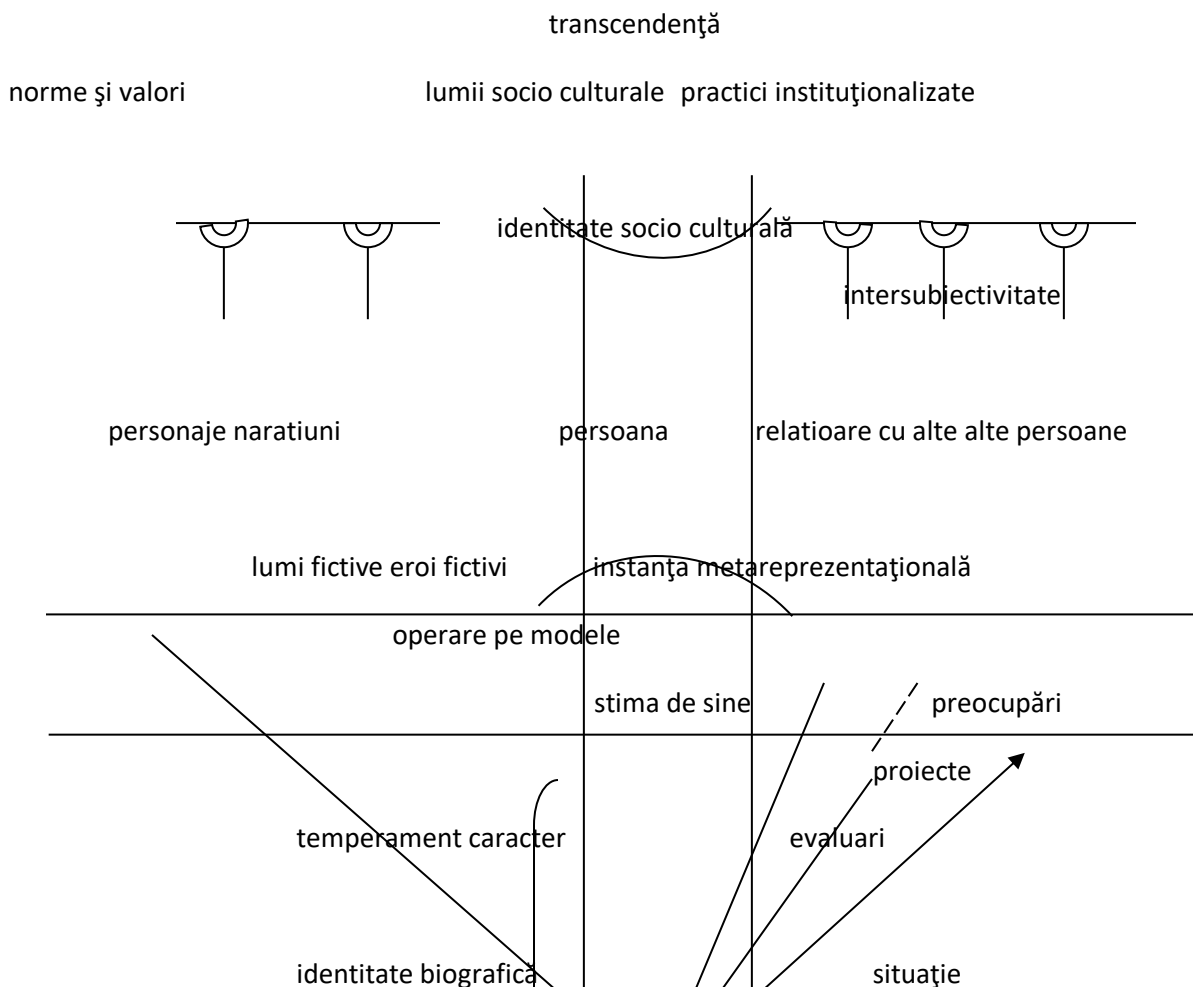
c/ În sfârșit, automatismul funcțiilor instinctive, care e susținut de rețele neuronale transmise genetic, se diferențiază și el pe parcursul teleencefalizării; fiind înlocuit în mare măsură de un comportament ce ține tot mai mult cont de reprezentarea situației problematice actuale pe modele, într-un plan metareprezentational. Proces ce e susținut de limbaj. Pe astfel de modele sunt derulate și evaluate strategii probabiliste, înainte de implementarea acțiunii efective; precum și pe parcursul derulării ei. Iar pe de altă parte, instanța modelelor articulează psihismul individual cu planul teoretic cultural al antroposului, susținut și el de limbaj. Iar inserția sa în acest plan, modelează și ea trăirile subiectului, inclusiv cele de tipul depresiei.

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

Înainte de a comenta pe scurt aceste aspecte socio culturale ale depresiei umane, se cere subliniat și faptul că, lungă perioadă de antropogeneză și cea a istoriei culturale au modelat continuu psihismul uman, diferențiindu-l, până la varianta pe care o întâlnim și o putem comenta în zilele noastre. În urma cercetărilor psihologice teoretice și practice dezvoltate de-a lungul sec.XX, s-ar putea schița un model schematic al structurii acestuia (dezvoltându-se sugestia lui Ey – Chenar 2), prin conjuncția a două axe ortogonale: a) Un ax identitar al sinelui biografico-caracterial, înrădăcinat în psiho-corporalitate și integrat în rețelele socio culturale proxime și publice; și b) Un ax al raportărilor la situații problematice actuale, cu angajări în proiecte și preocupări de durată (Chenar 5). Această schemă

#### Chenar 5

#### Modelul lui Ey dezvoltat; psihismul uman înglobează instanța proiectelor, cea metareprezentatională, intersubiectivitatea și transcendența



orientativă e propusă pentru a ghida expunerea și analizele psihopatologice care vor urma.

#### **f) Aspecte specific umane, inclusiv culturale, ale depresiei**

Revenind la reacția depresivă – care la om se instalează pregnant mai ales în împrejurarea pierderilor, cu deosebire a doliului – se cere a fi comentată acum și o perspectivă a acesteia care să integreze moștenirea psiho-biologică în parametrii săi culturali, de existență într-o lume umană. Se poate accepta, desigur, că retragerea inhibată din depresie urmează și vechi modele biologice, așa cum ar fi hibernarea, epuizarea, boala, înfrângerea într-o confruntare. Apoi, pot interveni eșecurile și pierderile suferite de un om, între care esențială e cea a unei persoane de atașament. (Eșecul poate fi și el înțeles, până la un punct, ca o pierdere; mai precis pierderea a ceva pe care subiectul spera și considera ca important să-l obțină prin realizarea respectivului proiect).

În ceea ce privește doliu, acum nu mai putem ignora faptul că el se manifestă la om în atmosfera unei comunități culturale umane date. Când moare o persoană apropiată, la înmormântare participă întreaga familie, rudele, cunoștințele, oficiindu-se o slujbă religioasă. Subiectul îndoliat resimte astfel că e integrat într-o comuniune spirituală care-l protejează; și care-i va respecta perioada oficială de doliu. Iar comunitatea respectivă crede tradițional într-o viață de după moarte, în care "personajul" celui decedat va persista (cultul strămoșilor fiind o practică ancestrală). Această ieșire din „prezența la prezentul comunitar cotidian” va fi reprodusă simbolic de cel îndoliat, prin retragerea sa temporară din participarea la viața comunității.

Privind apoi într-o perspectivă larg antropologică, pierderile ce le poate suferi un om nu se reduc la bunuri materiale și la persoane de atașament. Omul își poate pierde pe parcursul existenței sale idealurile, speranța în ceva mai bun, valorile de care s-a atașat; sau, poziția socială, stima de sine, onoare, respectul celorlalți, autoevaluarea sa pozitivă. Atât eșecurile sociale cât și evenimentele cu

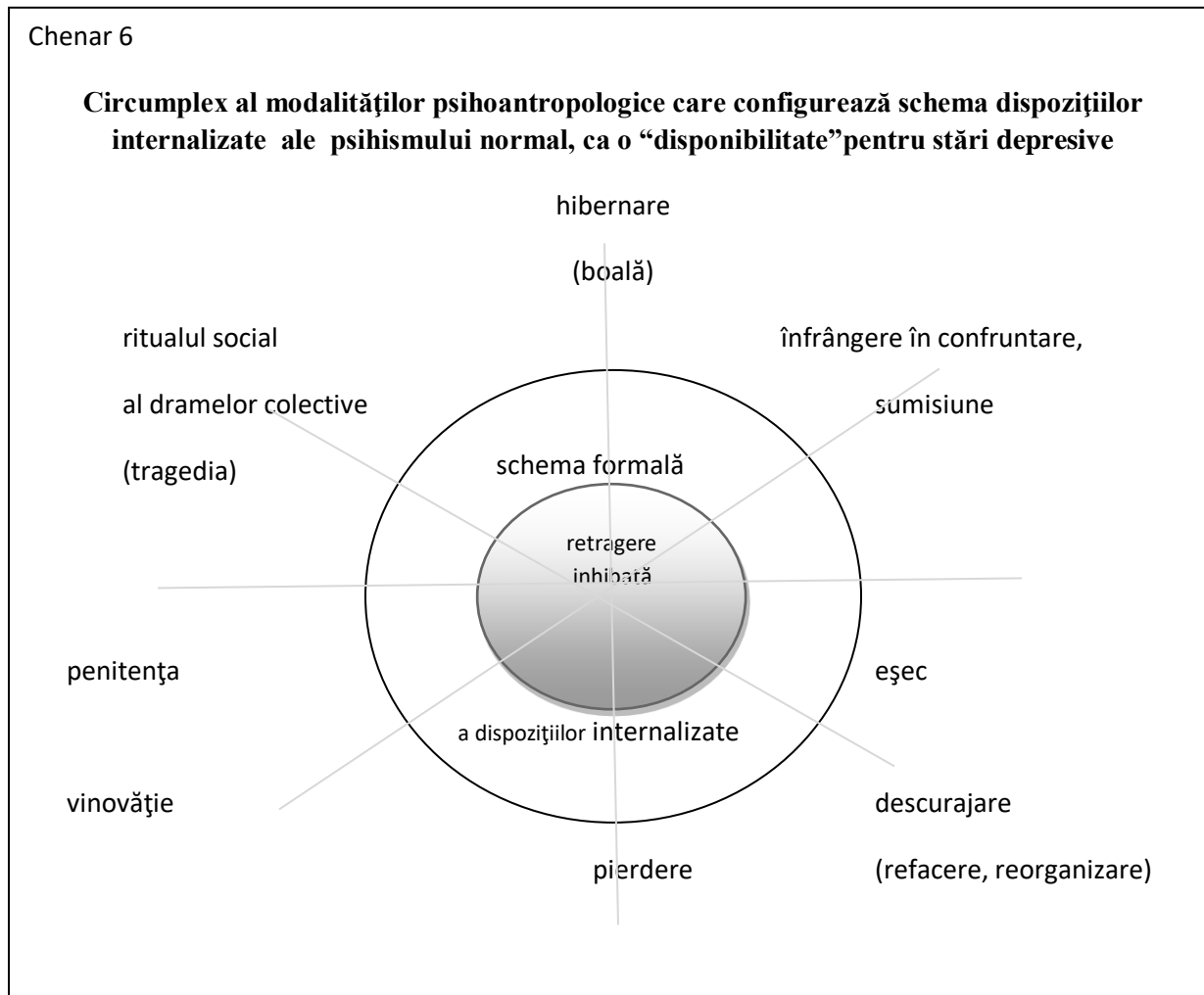


impact moral negativ pot induce la om trăiri negative, internalizate, exprimând scăderea stimei de sine, rușine, depresie. Sentimentul de culpă se însoțește și el de un fundal dispozițional depresiv anxios major, cultivând ideea suicidară. Apoi, tematica situațiilor de suferință, chin, depresie, disperare, e comentată în tragedii, în literatura la care subiectul are în mod curent acces. Iar ritualurile sacrale la care credincioșii participă, cultivă frecvent perioade de sobrietate, post și reținere în relaționările sociale, odată cu actualizarea unor secvențe mitice ce trimit la episoade de pătimire ale zeului (e.g. postul Paștelui). Ca să nu mai vorbim de situațiile în care se impune doliu național. De-a lungul unei vieți obișnuite, un om are deci nenumărate ocazii în care își poate exercita – și astfel „exersa” - în multiple variante psiho-antropologico culturale, disponibilitatea sa pentru trăiri de tip depresiv (Chenar 6).

Se cere avută astfel în vedere o disponibilitate psiho antropologică de tip depresiv de ordin general, ce integrează moștenirea biologică cu ofertele culturale. Astfel încât, în fiecare persoană e de așteptat să regăsim un instrument dispozițional – un fel de ”modul” - la care subiectul poate face apel, de obicei preconștient, în varii coniecturi psiho socio culturale care evocă depresia; și care face parte, deci, din recuzita unei existențe umane firești.

Faptul de a putea ajunge depresiv în urma unui eșec, a unei pierderi și mai ales a doliului, e deci înscris în structura psihismului omenesc, ca o posibilă reacție adaptativă de retragere strategică temporară, cu repliere pe sine, într-o dispoziție de reculegere și reevaluare. Iar semnificația acesteia ar fi cea a favorizării unei perioade de regenerare, de refacere, pentru noi posibilități de proiecție în viitor. Timp de retragere ce se cere respectat. Depresia ce e suferită în cazul pierderilor și mai ales a doliului, nu e determinată doar de semnificația evenimentului. Ci de o intervenție “organismică”, instrumentală (organ = instrument) a unei disponibilități – a unei dispoziții anume – a psihismului persoanei. Căci a fi capabil de reacție depresivă (adaptativă) e o caracteristică a normalității psihice a individului uman;

la care se activează cu această ocazie o structură psiho-afectivă și comportamentală ce-l protejează.



Instrument pe care, avându-l la dispoziție, îl lasă în astfel de împrejurări să urce la suprafață; pentru ca el, subiectul, să poată face față situației. Iar astfel de „utilizări” ale disponibilității de a fi depresiv, se petrec în permanență; chiar dacă nu cu decizia subiectului. Ca strategii circumstanțiale în diverse secvențe ale vieții personale. Inclusiv în planul existenței culturale și valorice.

Ceea ce urmează să clarifice psihopatologii se referă la tranziția acestui modului psihoantropologic al depresiei firești, din varianta sa de organ (structură funcțională) a unei reacții adaptative ”de tip depresiv”, flexibilă și nuanțată, în ipostaza de organ aflat în disfuncție; ce se manifestă nesolicitat, intens, rigid,

aberant, dezadaptativ, odată cu depresia psihopatologică, subsumându-și întreaga existență a psihismului,

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

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

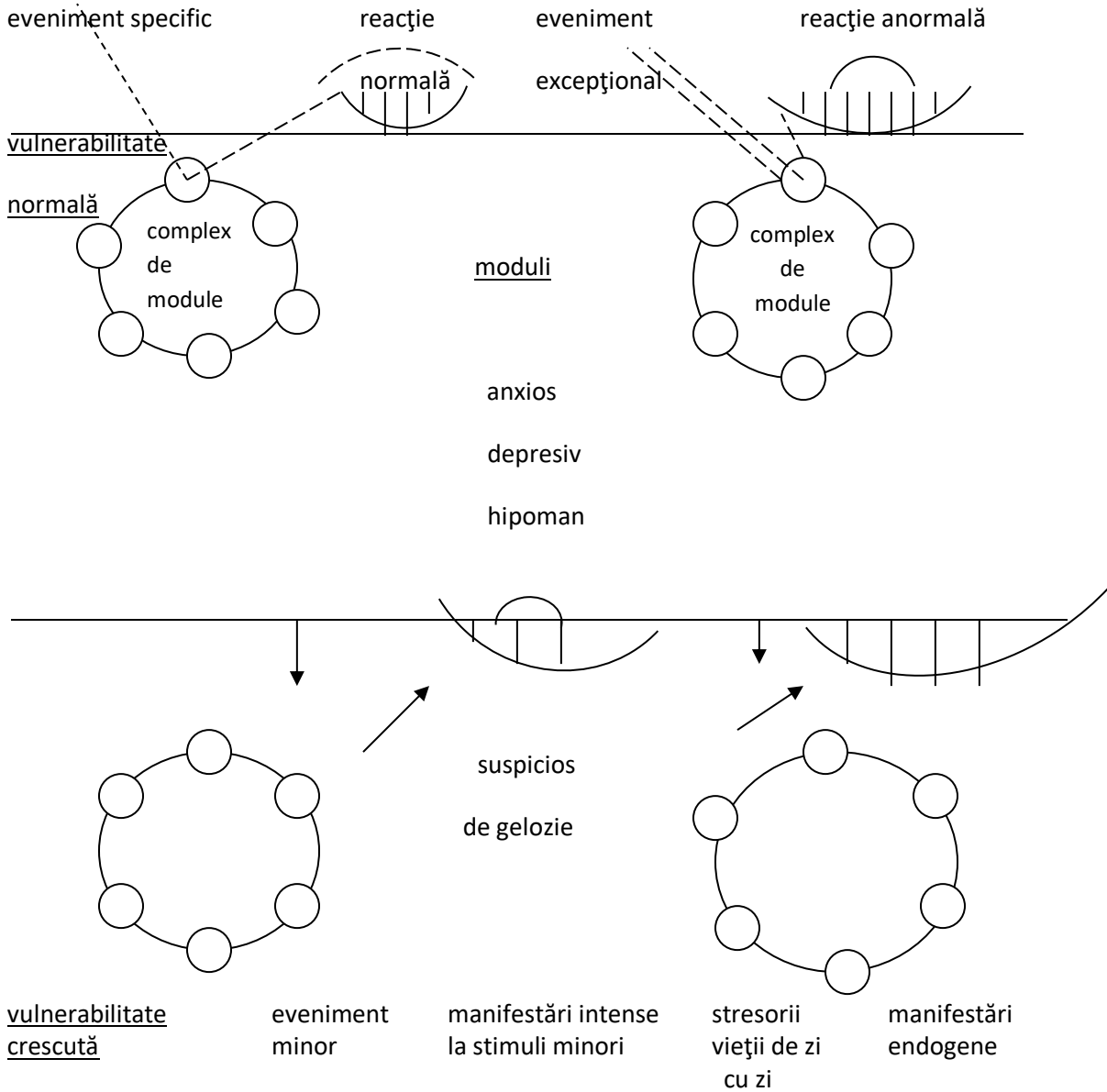
Ne putem imagina un tânăr ierbivor deplasându-se singur, departe de turmă, în căutarea hranei. În locuri necunoscute, odată cu unele zgomote ce le aude el poate resimți potențialitatea unui pericol. Astfel încât reacționează cu o stare de alertă, prin care “se montează”, încordat, cu organele perceptive, cele motorii și cu sistemul endocrin și neurovegetativ în tensiune, pentru a fi pregătit ca, la nevoie, să descifreze precoce indicii de pericol; și să reacționeze prompt și adecvat, prin confruntare sau fugă. O astfel de stare poate trăi și omul în condiții similare, mai ales dacă descifrează și evaluează din informațiile percepute că posibilitatea pericolului e crescută. Desigur, psihismul uman poate modela ample scenarii în care să se autoreprezinte imaginativ anticipativ în situații periculoase, ca eventualități derivate din indicii actuali. Dar reacția anxioasă finală e trăită tot după un model bazal, care e înrădăcinat în structurile funcționale dispoziționale pe care

omul le moștenește din biologie; și care e susținut de rețele neuronale. Oricum, și în astfel de împrejurări se activează un „modul psiho-antropologic” –sau o dispoziție – a alertei anxioase; fapt ce pune în tensiune un grupaj de capacități psihice adaptative. Iar dacă respectiva montare a vigilității tensionate - însoțită de hiperatenție investigatorie, neliniște și aprehensiune a unui pericol iminent - apare fără nicio informație care să o motiveze, manifestându-se intens și dezadaptativ, putem vorbi de o tulburare de anxietate generalizată. Spaima adaptativă în fața unui pericol major are, desigur, și ea în spate o structură funcțională psihocerebrală – un „organ”-, care în anumite condiții poate intra în joc, cu valoare de reacție adaptativă. Dacă însă acesta se declanșează din senin, omul poate trăi un atac de panică psihopatologic. Faptul că dispoziția anxietății generalizate și atacul de panică se manifestă ca trăiri neplăcute, disfuncționale, decontextualizante, nu anulează rostul adaptativ al mecanismelor ce stau în spatele lor.

Orice subiect are la dispoziție disponibilitatea de a se monta nu doar în direcție depresivă sau anxioasă, ci și într-una agresiv combativă, când situația o cere. Sau de a intra într-o stare de euforie sărbătorească, dacă ajunge de ex. într-o societate de prieteni ce se pregătesc de carnaval. Disponibilitățile sale de raportare adaptativă la situații sunt multiple, ele incluzând-o și pe cea pentru o muncă susținută cât mai eficientă; sau, alteori, pentru relaxare, contemplare. În alte conjuncturi informațional situaționale, în subiect se pot activa dispoziții de neîncredere, de gelozie față de partener; sau de suspiciune în raport cu eventuala sa persecuție din partea altora (Chenar 8). Toate aceste posibilități sunt înscrise în structura sa identitară, biografico caracterială. Unele fiind bazate evident și pe predispoziții de model temperamental, moștenite din biologie; iar altele, predominant pe modele de trăire și comportament însușite ontogenetic, deasupra celor moștenite.

Chenar 7

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



Psihopatologia se alimentează în mare măsură din astfel de disponibilități de montare dispozițională care susțin funcționare reactiv adaptativă ale persoanei. Dar care ajung acum într-o stare disfuncțională, manifestându-se la stimuli minori, într-o manieră simplificată, dediferențiată, rigidă; fără conexiune cu datele ambianței, acaparând psihismul subiectului, decontextualizându-i existența. Astfel încât subiectul ajunge să fie în mod maladiv depresiv, anxios, maniacal euforic, gelos, paranoid.

Faptul că multe sindroame psihopatologice și-ar putea găsi puncte de plecare în disponibilitatea unor structuri funcționale normale, adaptative, chiar creative, e congruent și cu perspectiva clinică a spectrelor maladive, ce s-a dezvoltat în psihiatria ultimelor decenii ( ). Astfel, s-au găsit în familiile celor cu tulburare bipolară, maniaco-depresivă, la rudele de gradul întâi, mai multe persoane creative – mai ales în domeniul artistic – decât (statistic) în populația generală. Iar în familiile autiștilor, mulți ingineri și matematicieni de vârf. Ar rezulta că anumite funcții psihice ce sunt susținute de moduli neuropsihici transmisibili genetic, răspândindu-se în familii ajung să susțină atât manifestări psihopatologice cât și performante. Desigur, diferența între psihopatie și normalitate, cu atât mai mult cea performantă, este mare. Dar nici nu putem concepe că pentru depresie sau anxietate sau combativitate nu găsim în normalitate structuri funcționale – deci organe – corespunzătoare; și care sunt adaptative. Tulburarea psihică nu vine din nimic. Ea modelează deficitar și deformativ ceea ce efectiv se află în alcătuirea psihismului uman. De aceea tema “experimentului natural” al stărilor psihopatologice - despre care se vorbea încă din sec.XIX - poate fi considerată în continuare ca un ghid, care ar putea să ne călăuzească cu privire la alcătuirea acestui psihism uman, rezultat din antropogeneză, istorie culturală și ontogeneză. Ba mai mult, perspectiva evoluționistă ne sugerează că în psihismul omului putem întâlni diverse straturi de tip “arheologic”. Astfel de ex. este de așteptat ca un

comportament edificator pentru starea de rușine psihopatologică – așa cum ne indică tulburarea anxietății sociale sau sindromul senzitiv de relație – să nu fi apărut înainte ca omul să se așeze în localități, diferențiind pregnant comportamentul din spațiul intim al casei de cel public, din agora.

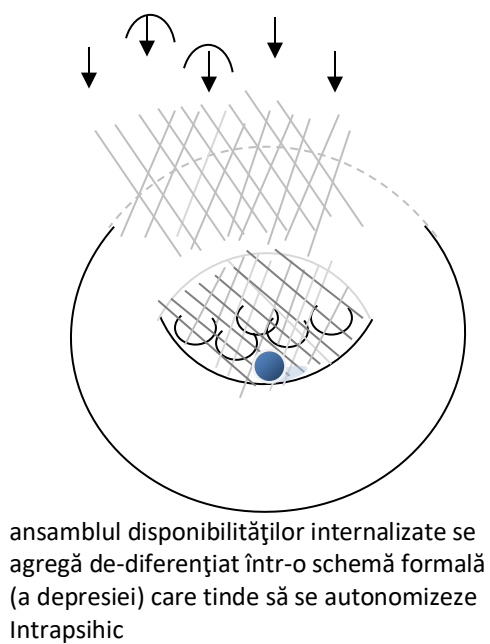
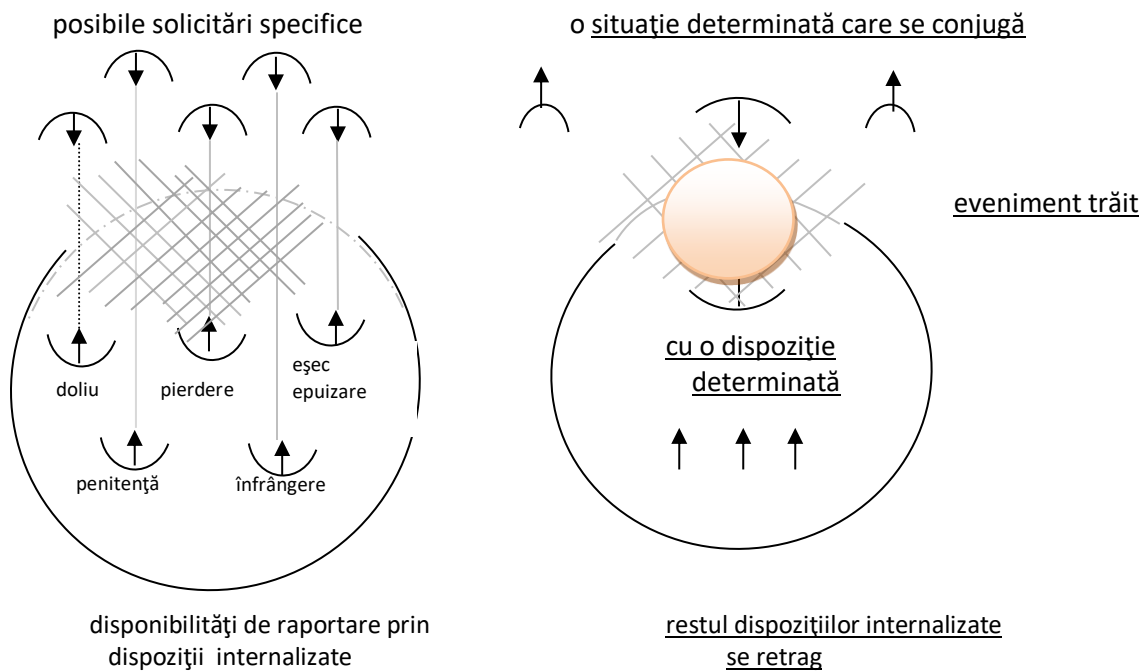
Revenind la problematica aflată în dezbatere a depresiei reluăm observația că, pe parcursul desfășurării vieții un subiect experimentează nenumărate situații care favorizează actualizarea unei stări dispoziționale depresive (Chenar 6). Dar în normalitate de fiecare dată când se manifestă, trăirea sa de tip depresiv e impregnată de propria experiență biografică și de specificul împrejurărilor ce o condiționează. Când se intră însă în modelul psihopatologic endogen al depresiei, conotațiile experiențial biografice personale și reflexul circumstanțelor socio-culturale actuale se estompează și dispar (Chenar 8). În manifestarea sa psihopatologică, depresia se afirmă deci nivelator, esențialmente prin caracteristicile sale formale de bază, suprapersonale (inhibiție bradipsihică, retragere autodepreciatoare, ieșire din prezent, etc.). Acestea au acum însă și o marcată expresivitate simptomatologică psihobiologică, corporală; așa cum subliniază atât criteriile din DSM-III-5 cât și cele asupra cărora insistă scalele de evaluare cantitativă (lentoare psihomotorie, inhibiție alimentară și erotica, disfuncții ale somnului și psihoritmului circadian). Faptul i-a sugerat mai de mult lui K.Schneider caracterizarea acesteia ca „depresie vitală”( ); și el ar susține ideea jaksoniană a persistenței nivelelor evolutive arhaice, psihobiologice, ale structurii funcționale respective. Dar în depresia anormală e evidentă și perturbarea aspectului psihoantropologic, cu un pronunțat sentiment de autodevalorizare, culpă, ideeație suicidară, anhedonie, lipsă de speranță, retragere din „prezența la prezent”. Simptome care atrag atenția asupra unor aspecte specific umane ale psihismului, așa cum ar fi autoevaluare reflexiv conștientă a sinelui; sau capacitate sa de a structura o prezență în lume actuală eficientă.

## Chenar 8

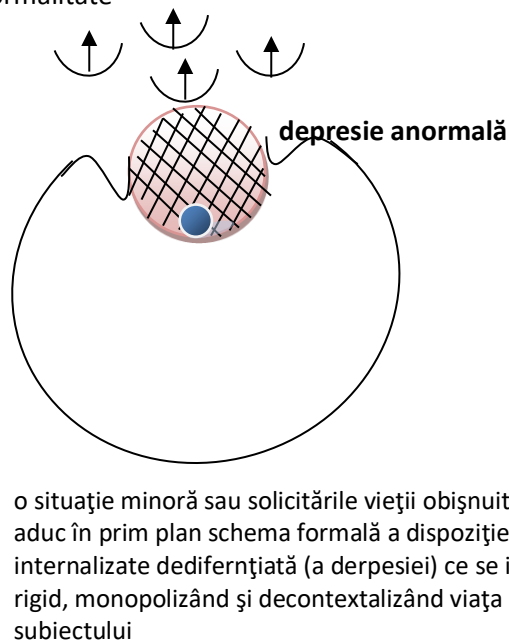
**Dinamica dispozițiilor internalizate**

## a) Normalitate

Conjunția diferențiată a unei disponibilități cu o situație corespunzătoare



## b. Anormalitate





Evoluționismul psihologic și psihopatologic din sec.XXI pune accentul în primă instanță pe semnificația adaptativă, de integrare în normalitate și de creativitate a structurilor funcționale psihice din care derivă sindroamele psihopatologice. Schema jaksoniană a „eliberării” unor funcții mai vechi nu e însă nici ea ignorată, fapt ce se evidențiază pregnant chiar prin importanța simptomatologiei corporale biologice în depresia și anxietatea patologică. Dar ceea ce apare ca evident d.p.d.v. fenomenologic, este deficitul de complexitate și sinteză psihică elastică și nuanțată, ce însoțește variantele psihopatologice ale manifestărilor umane adaptative. Stările dispoziționale nu mai apar ca instrumente (ca organe funcționale) utile. Ci ca blocuri amorfe, ce se dezimplică din integrarea lor în structura unui psihism adaptativ; și operează într-o manieră simplificată, pe cont propriu, subsumându-și întreaga funcționare psihică, cu decontextualizarea persoanei.

Psihopatologia nu se încheie însă la nivelul perturbării stărilor dispoziționale, la nivelul temperamental comportamental bazal al acestora. De fapt, chiar fenomenologia tulburărilor dispoziționale indică cu claritate un domeniu special, cel al autoevaluării distorsionate a persoanei identitar biografice. Depresivul se autodepreciază exagerat, considerându-se major vinovat în raport cu evenimente trăite banale; anxiosul se resimte incapabil de a face față singur pericolelor, deseori amintindu-și de evenimente trăite anxiogene etc.. Psihismul uman nu poate fi comentat comprehensibil fără a se ține cont de dimensiunea sa identitar biografică valorizantă, centrată de un sine intențional reflexiv, ce se implică în situații problematice și proiecte; și care se integrează, pe de o parte într-o intersubiectivitate a microgrupurilor sociale proxime; iar pe de altă parte, într-o lume umană populată cu entități fictive și personaje. Lume ordonată prin norme și valori. Doar având la dispoziție și profilul fundalului identitar caracterial al persoanei, un subiect trăiește cu sens angajarea sa cotidiană în situații problematice

actuale; a căror distorsionare, psihopatologia o exprimă, chiar și la nivel dispozițional. Pe scurt, stările psihopatologice ne provoacă să descifrăm cât mai cuprinzător specificul psihismului uman, în întreaga sa specificitate.

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

În lucrarea de față vor fi aduse în discuție zece mari clase de sindroame psihopatologice, (Chenar 9), așa cum sunt cele internalizate anxios fobice și cele externalizate conflictual-interpersonale; apoi cele disociative, obsesiv compulsive, maniacale, depresive, delirante, halucinatorii, depersonalizante, desorganizante, deficitare. Deci, nu multe arii semiologice, ci doar acelea care s-au agregat ca stând la baza principalelor tulburări psihice specifice omului, pe care se străduiește să le trateze medicina psihiatrică.

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

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

În sec.XX s-a menținut etichetarea de psihoză pentru cazurile în care tulburările psihice erau pronunțate, pacientul nu înțelegea corect realitatea și nu se putea autoadministra adecvat, impunându-se internarea. Situație ce a fost etichetată - pornindu-se de la o formulare a lui Janet - ca „deficit de testare a realității”. Acest deficit, împreună cu „intensitatea (pronunțată) clinică” a simptomelor, au fost cele două criterii exterioare care s-au menținut constant pentru etichetarea stării psihotice. Către sfârșitul sec.XX, odată cu DSM III, expresia de nevroză a fost scoasă din terminologia psihopatologică. Ceea ce psihoza însă a rămas. Dar, doar cu o definiție vagă, ce includea cele două caracteristici menționate mai sus; la care, sistemul de diagnostic DSM-III-5 a adăugat o precizare simptomatologică, trimițând spre cinci clase sindromatice: delir, halucinații (necriticale), dezorganizare ideo-verbală (pronunțată), dezorganizare psihomotorie (catatonie) și sindrom deficitar.

Aceste clase sindromatice psihotice se întâlnesc cel mai pregnant în simptomatologia schizofreniei, care pe parcursul sec.XX a ajuns la un moment dat să fie considerată prototipul psihozelor. Se mai cere menționat că psihopatologii anglo saxoni au propus o polarizare a semiologiei psihotice din perspectiva : -

Chenar 9

## **Zece mari sindroame ale psihopatologiei**

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

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

### **II Orbita psihotiformă**

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

simptome pozitive (productive= +); și: - simptome negative (deficitare = -). La care s-a adăugat apoi, dimensiunea dezorganizării ideo-verbale. În jurul schizofreniei nucleare – delirant halucinatorie și dezorganizant deficitară – gravitează multiple tablouri clinice schizofreniforme și delirante persistente.

Situația ce a rezultat pentru psihopatologie odată cu circumscrierea din DSM-III-5 a patologiei psihotice este una ambiguă, întreținând neclarități. Și aceasta deoarece, atenția centrându-se asupra simptomatologiei, nu s-au organizat dezbateri teoretice psihopatologice, privitoare la semnificația perturbării „testării realității” în psihoze din perspectiva unei psihologii antropologice. Referința ce se face la bunul simț al înțelegerii dintre oameni în cadrul vieții cotidiene, e o trimitere empirică insuficientă. Iar faptul că stările de pronunțată inhibiție depresivă sau excitație maniacală nu sunt considerate psihotice decât dacă sunt marcate prin delir, creează nelămuriri. De aceea se impune ca, acceptând drept esențială pentru psihoze tema delirului halucinator, să se recurgă și la parametrii teoretici care s-au decantat între timp cu privire la specificul identitar narativ al psihismului persoanei; drept fundal față de angajarea sa în situații problematice actuale, în proiecte și preocupări. Și să se folosească tocmai aceasta provocare a psihopatologiei psihozelor, pentru a se încerca studierea în continuare a specificului acestui psihism. De aceea, în lucrarea de față ordonarea prezentării marilor clase sindromatice va ține cont de zona specială a patologiei psihotice, sindroamele fiind comentate din perspectiva apropieri lor de „orbita psihotiformă”.

A existat și există opinia că tabloul clinic cel mai specific psihozei este cel din condiția delirantă, în care, subiectul manifestă o convingere de neinfluențat în idei aberante. Dacă suntem atenți la tematica acestor idei, constatăm cu evidență că suntem trimiși spre credința pacientului într-o nouă condiție identitară, de personaj cuprins într-un scenariu neobișnuit, plasat într-o lume fictivă. Uneori convingerea delirantă e direct centrată pe ideea transformării sale identitare în sensul că „a devenit un rege, Napoleon, Secretar General ONU, trimisul special al lui

Dumnezeu pe pământ, inventatorul elixirului nemuririi, spion internațional în relație cu șefii de guverne, etc”. Alteori, accentul este centrat pe o tematică identitar relațională, transpusă și ea într-o ambianță aparte : „că e persecutat de Mafia internațională, de către extraterestri, posedat de diavol, iubit de stele de cinematograful, înșelat de soție cu sute de persoane oficiale etc”. Sau, el se resimte plasat într-o condiție specială, „de om grav bolnav ce va contamina întreg continentul”; eventual, că „corpul său a devenit de sticlă iar brațele nu-i mai aparțin”, că este „cel mai mare păcătos din istorie”, „condamnat să trăiască veșnic”etc. Subiectul se transformă astfel, odată cu metamorfoza sa delirantă, într-un personaj aparte, dintr-un scenariu fictiv.

Condiția de personaj este și ea, la fel ca starea dispozițională depresivă și anxioasă, una latent funcțională în psihismul oricărui om; a cărei identitate se clădește, în cele din urmă, pe potențialul autonarativ corelat memoriei sale biografice. Căci, evenimentele actuale odată trăite, ele se depun în memorie; de unde pot fi reactualizate în rememorări și reprezentări ce pot fi narate, subiectul apărând astfel ca personaj. După cum el apare ca personaj și în comentariile caracterizante ale altora despre sine; sau în curicule, relatări și biografii. Iar integrala duratei sale biografice reprezintă - articulată cu circumscrierea socială și corporalitatea - însăși axul propriei identității (Chenar 11). Condiția de personaj face deci parte, implicit, din existența firească a oricărui om, ca element constitutiv al dimensiunii sale identitare. Și ea se articulează, cum e și firesc, nu doar cu universul imaginativ propriu; ci și cu cel al narativității culturale. În normalitate, autoreprezentarea ca personaj e însă activă pentru subiect, doar în planul controlat de el, al eventualităților imaginative și al relatărilor autobiografice. În schimb în patologia deficitar disfuncțională a delirului, ipostaza sa de personaj se extrage din condiția sa potențială; și, mixtându-se cu planul cultural al narativității mitico fantastice, se impune în mod aberant în prim planul preocupărilor. Ca și convingere într-o nouă condiție identitară, cuprinsă în scenarii și relaționări

fantastice, cu eroii unei lumi fictive, de tip narativ. Iar această nouă identitate îi absoarbe acum toate preocupărilor, îi modifică receptarea lumii și comportamentele. Ca în cazul lui Don Quijote.

Condiția psihotică a delirului subminează structura identitar biografică a persoanei, aglutinând ipostaza sa cotidiană de personaj potențial, cu instanța personajelor socio culturale. Instanță care în mod firesc îi este familiară; dar e plasată în cursul vieții sale cotidiene pe o orbită specifică, a instanței cultural teoretice, integrată în complexa structură a lumii sale umane. Structură care acum se prăbușește. Acest proces poate fi urmărit în continuitatea comentariilor lui Jasper privitoare la „procesualitatea delirului primar”; care se dovedește a fi o metamorfoză deficitar disfuncțională centrată de o depersonalizare traspersonalizantă. Comentarea acestui „proces al delirului primar” e în prezent puțin îngreunată de faptul că sindromul de depersonalizare/derealizare e inclus în DSM-5 și ICD-11 doar în cadrul Tulburărilor disociative; într-o variantă limitativă, în care „testarea realității” e păstrată. Totuși, simptomatologia tradițională a acestui sindrom include sentimentul că „subiectul își pierde identitatea cu sine,.. că propriul corp, trecutul și prezentul său nu-i mai aparțin...iar lumea îi apare ca străină, ca în vis, „ca la teatru”, ca într-o existență paralelă”. În varianta comentată de Jaspers a depersonalizării psihotice din procesualitatea „delirului primar”, astfel de trăiri erau însoțite și de un sentiment global de straniețe și de preschimbare a propriei identități și a lumii în care el există; cu transpunerea sa într-o lume fictiv bizară. Varianta Jaspersiană a „trans-personalizării” psihotice a continuat să fie comentată de psihopatologi și se întâlnește frecvent în clinica actuală, fiind deseori etichetată de pacient ca „vrăjire”. Faza incipientă a delirului primar e de altfel marcată prin trăiri de referință, ea constând în sentimentul pacientului că e asaltat din toate părțile de semnificații deosebite; ca de niște mesaje misterioase care-l anunță că urmează să i se întâmple iminent ceva deosebit. Iar pe acest fundal, o percepție aparent banală îi poate clarifica brusc mutația – căderea - sa într-o nouă

condiție identitar-relațională, dintr-o lume aparte, de tip fictiv (asemănătoare cu a teatrului sau filmului).

Scurtul comentariu de mai sus ne indică faptul că simptomatologia delirant psihotică se plasează pe o altă direcție decât cea a sindroamelor dispoziționale anxioase, depresive, iritabil agresive, dezinhibat expansive etc. Sindroame la care apare ca posibilă o conexiune cu unele echivalente de montare dispozițional comportamentală din biologie, de tipul, hibernării, fugii și ascunderii anxios fobice, a excitației și confruntărilor din perioada rutului; și care pot avea replici în reacții psihice situaționale comprehensive. În schimb, problematica delirului în care subiectul se resimte un personaj dintr-o lume fictivă, ne menține esențialmente între parametrii lumii umane, ce e susținută de logosul narativ. E un aspect asupra căruia psihopatologia psihozelor trebuie să fie atentă, chiar și dincolo de delir. Cât privește universul halucinator ce însoțește deobicei delirul, el se impune pe „scena” unei actualități trăite aparte, intermediară între visul din deconectarea indusă de somn și imaginarul creator al reveriilor.

Când a descris schizofrenia în 1911, Bleuler a caracterizat această tulburare prin două expresii din aria neologismelor: „autism dezorganizant”. Dezorganizarea psihică – „schizo” în greacă „spaltung” în germană – e comentată în ultimele decenii mai ales prin manifestarea sa în plan ideo verbal și în argumentarea acțiunii (care e susținută de acest plan). Raportarea unei astfel de simptomatologii a dezorganizării ideo verbale la eventuali precursori bio-psihologici nu are nici un sens, de vreme ce animalele sunt lipsite de limbaj articulat, discursiv semnificativ și critic conceptual; și ele nu-și argumentează comportamentul. (Sindromul cataton ce e uneori inclus, e comentat în prezent ca unul distinct de tradiția schizopsihotică, fiind prezent și în multiple suferințe cerebrale). În plus, trimiterea ce o făcea Jaspers la pierderea coerenței identitare a persoanei - a centrării, agenției și delimitării acesteia - e și ea fără obiect în psihobiologie, deoarece vizează identitatea biografico caracterială a persoanei culturale a omului.



Cât privește autismul, Bleuler înțelegea prin acest termen o închidere a schizofrenului într-o lume proprie, ne-relațională, bizară, dereistă, stranie, incomprehensibilă. Autismul a fost ulterior comentat de Minkowski în Franța și la personalități „schizoide”, fiind caracterizat prin apragmatism, „geometrizarea gândirii” și interes crescut pentru speculații filosofice sterile; circumscriere ce se îndepărtează de asemenea de orice analogie cu psiho-biologia. Către sfârșitul sec.XX autismul a fost abordat predominant din perspectiva unei tulburări developmentale, care blochează la copil achiziția competențelor de cogniție și comunicare interpersonal socială, emotiv lingvistice și de atașament. Deși acest profil sindromatologic e diferit de abordarea lui Bleuler, el se referă evident tot la perturbarea unor funcții specific umane, fără echivalent în biologie.

Patologia psihotică actuală comentează și o suită de simptome deficitare în planul ideatic, motivației, comportamentului și relaționărilor. Tabloul clinic al acestora trimite spre un psihism ce e resimțit de către pacient ca vid și amorf, lipsit de gânduri, motivații, relaționări și comportamente cu sens; menținându-se totuși, aparent paradoxal, un anumit grad de reflexivitate, chiar speculativă. În termenii psihopatologiei tradiționale s-ar putea vorbi în aceste cazuri de o „depersonalizare anonimizantă”. Adică o situație în care, în urma prăbușirii desorganizante a edificiului identitar al persoanei identitare, e anulată capacitatea subiectului de a mai fi „el însăși”; de a mai avea o identitate biografico caracterială și socială proprie, centrată de un sine intențional și reflexiv, autogenerativ și sintetizator, capabil de a colabora cu alții într-o lume umană. Preludiul unei astfel de stări ar putea fi identificat în sentimentul de vid interior și de plictis ce-l trăiesc unii obsesivi compulsivi gravi, preocupați unori de ruminații ambivalente. Căci totuși, chiar în condițiile golului de gânduri al „alogiei”, reflexivitatea conștiinței se păstrează, însoțită uneori de o „grandiozitate solipsistă”. Mai mult chiar, schizofrenii ce evoluează în această direcție sunt deseori preocupați mult timp de filosofări sterile și de tehnici spirituale oculte.

Filosoful E.Husserl, care a întemeiat în sec. XX fenomenologia, sugera că la fiecare om am putea identifica și un nivel al unui „ego transcendental”, care intervine atunci când subiectul adoptă o atitudine teoretică, științifică și filosofică, manifestându-se creator în aceste arii abstracte. Și el propunea filosofului fenomenolog, să încerce deliberat o coborâre metodică până la acest nivel de reflexivitate profundă asupra fundamentelor, printr-o „punere între paranteze” sistematică a parametrilor „lumii vieții cotidiene”. În anii 70 ai sec. trecut, psihopatologul Blankenburg a sugerat că, ceea ce se petrece în unele psihoze – trimiterea sa fiind făcută la forme pauci-simptomatice de schizofrenie hebefrenă - ar reprezenta tocmai o ”cădere” de-diferențiatoare a psihismului unui om obișnuit, din firescul existenței sale cotidiene, pe acest nivel transcendental bazal al egoului. E semnalată astfel manifestarea la psihotici și a unui potențial psihic speculativ. Care, la marile personalități din științe, filosofie, cultură, mistică, stă la baza creativității lor spirituale; desigur, în contextul unui psihism bogat, diferențiat, puternic. Psihoza ar exprima un minus de-diferențiator ce ar putea cuprinde până și această instanță profundă, transcendentalo-transcendentă, complementară narativităților culturale.

Coordonatele psihopatologice ale psihozei nu pot fi descifrate prin limitarea la paradigma de cercetare a psiho-biologiei. Fapt care nu anulează însă interesul pe care-l poate stârni perspectiva evoluționistă, plină de sugestii în multe planuri. Dimpotrivă, această paradigmă ne provoacă acum să ne concentrăm mai mult asupra antropogenezei; și a dezvoltării, a metamorfozării specificului psihologic al omului cultural, în ultimele sale milenii de istorie culturală.

Marile sindroame ale psihopatologiei, care înaintează spre.. și apoi străbat.. orbita psihotiformă, ne înfățișează o serie de aspecte ce pot fi referite la normalitatea trăirilor și funcționării psihismului uman; fiind sugestive pentru înțelegerea acestuia. Fenomenologia psihopatologică ne provoacă să studiem în continuare și cu răbdare organizarea psihologică a persoanei umane, ce poate fi

presupusă în spatele deficitului său disfuncțional. Demersul are nevoie de un orizont al problematicii și de o sugestie în privința metodologiei.

Rezumativ s-ar putea susține că, psihopatologia psihozelor ne trimite spre afectarea structurii formale a edificiului identității unei persoane, ce se manifestă prin rezolvarea de situații problematice actuale și angajarea în proiecte; într-o lume umană bazată pe limbajul narativ critic, într-un univers al relaționărilor intersubiective și publice, reglementate prin norme și valori, în mediul teoretic al culturii. Metodologic se cer avute în vedere faptele ce pot fi circumscrise fenomenologic, în elaborări discursive comprehensive și argumentate. Aspect ce cuprinde atât ansamblul evenimentelor umane ce includ relaționările interpersonale; cât și cel al trăirilor proprii ale subiectului, mai mult sau mai puțin subiectiv conștiente. Dimensiunea bio-psihologică, corporal cerebrală, care reprezintă suportul existenței persoanei, rămâne desigur fundamentală; dar plasată la locul ei, în cadrul articulațiilor multinivelate ale realului descifrat științific de om. Important e ca rezultatele oferite de studiile neuroștiințelor să rămână coerent integrate în studierea psihismului uman, incluse în perspectiva fenomenologico evoluționistă și culturală; evidențiind suportul pe care acestea îl asigură structurilor funcționale ale psihismului persoanei, odată cu diferențierea și complexificarea sistemului modular psiho-biologic printr-unul psiho-antropologic.

Nemijlocitul fenomenelor psiho socio culturale și spirituale al omului și a lumii sale umane, poate fi abordat cu suficientă obiectivitate și rigoare, într-un univers viu al științificității fenomenologice globale. Modelările speculative nu pot fi însă ignorate nici ele în acest complex teritoriu. Un aspect important al afectării psihopatologice rezultă din faptul că psihismul uman implică și include dimensiunea teoreticului cultural, în care fiecare individ se inseră; și în atmosfera căruia există. Această instanță teoretică se bazează pe logosului uman, ce se desfășoară după doua coordonate. Una e cea a limbajului narativ semnificativ și critic, ce asigură discursivitatea miturilor, istorisirilor, literaturii de ficțiune,

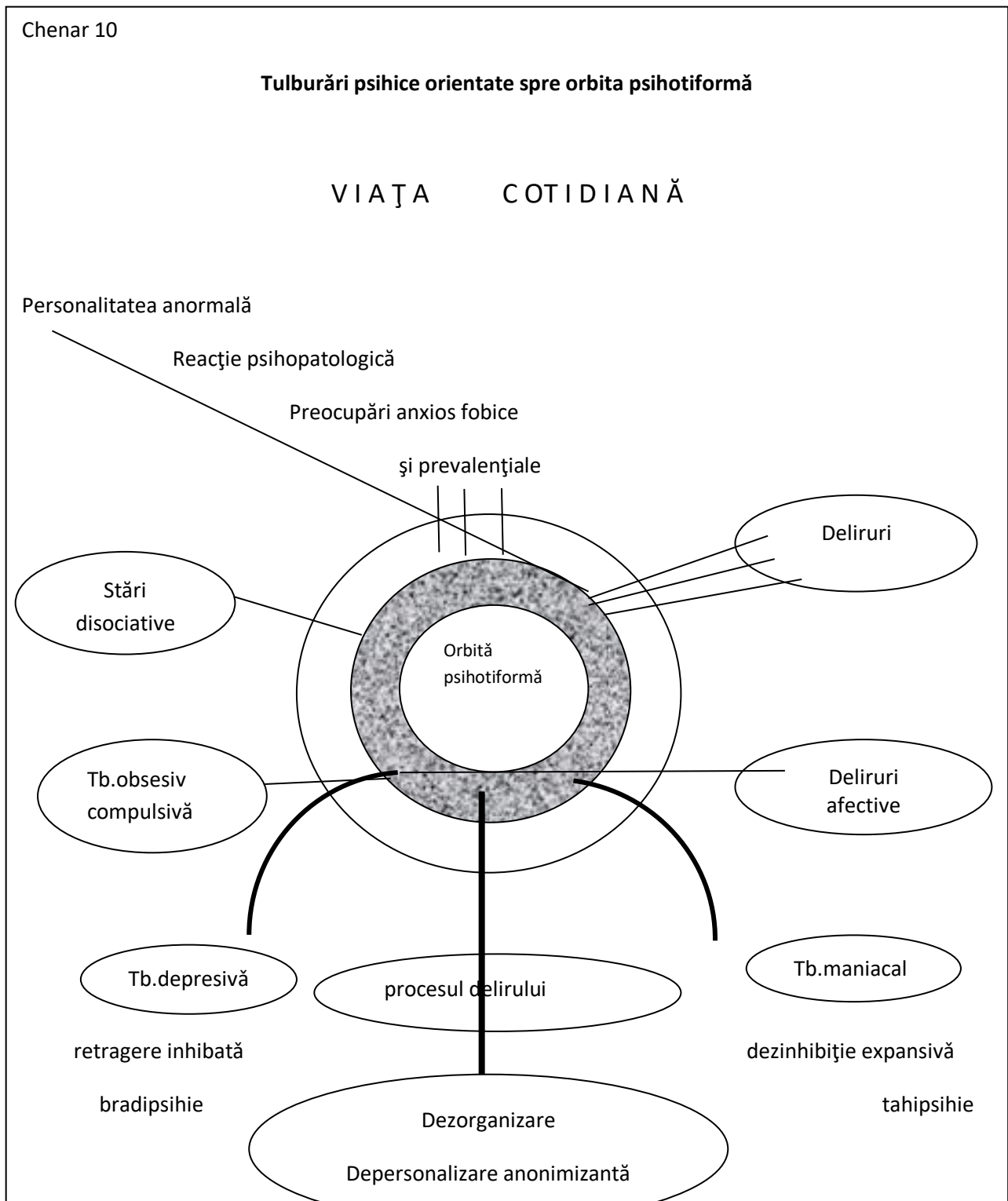
teoriilor științifice, a speculației asupra fundamentelor și criteriilor. Cea de a doua, e o coordonată constitutivă, organizatorico matematică, ce stă la baza derulării multor practici constructive, a proiectării acțiunilor cu scop, a operaționalităților matematice etc. În acest ultim plan se exprimă și structura funcțională a ”coerenței centrale”, ce are o importanță deosebită în comentarea diverselor aspecte ale psihismului uman normal și patologic. E vorba de o e o caracteristică formală de ordin general, epistemic și ontic, ce asigură – pentru orice structură funcțională – integralitatea ordonată ierarhic a părților într-un ansamblu, centrat și delimitat; într-un context accesibil. Ea este cea care susține, prin definiție, unitatea identitară diacronă a persoanei și autonomia agenției sale; și tot ea, este cea care asigură coerența acțiunilor cu scop, a manifestărilor circumstanțiale, în cadrul sintezei „prezentului trăit”.

Intenția acestei lucrări deși e predominant descriptivă, nu vizează atât repetarea și detalierea actualei semiologii sindromatice a psihiatriei, care va fi totuși invocată și prezentată continuu prin manualele DSM-5 (2013) și Draft ICD-11 (2018); precum și prin datele din tratatele de psihopatologie descriptivă existente. Cât, mai ales, provocarea pe care această simptomatologie o ridică pentru o psihologie antropologică de referință, specifică persoanei conștiente.

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

Nu credem că persoana umană a fost dintotdeauna așa cum e acum; și nici că va rămâne la infinit astfel constituită. Dar edificiul său actual, acela la care avem

acces în prezent ca rezultat al unei uriașe devenințe, îl putem cât de cât sonda și pe această cale, a dramelor insuficienței sale psihopatologice.





## PARTEA ÎNTÂI

### TATONĂRI ÎN JURUL ORBITEI PSIHOTIFORME

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

Prima parte, cea a sindroamelor ne(sau pre-)psihotice, se organizează în primă instanță în jurul deficitului disfuncțional al dispozițiilor, care structurează prezența subiectului la situațiile actuale. Se pleacă de la dihotomia introdusă de Achenbach între tulburări externalizate și cele internalizate. Primul Capitolul se referă la tulburările internalizate ce au la bază disfuncția dispoziției anxios fobice. Grupajul sindromatic al acestora e prezentat după DSM-5. După un scurt comentariu asupra problematicii dispozițiilor, e abordat specificul anxietății la om în raport cu anxietatea fobică la animale. E introdusă și observația fenomenologică privitoare la fragilitatea și destructurarea spațialității psihoantropologice la acest nivel (anxietatea fobică se amplifică odată cu depărtarea de spațiul sau persoana protectoare, în lipsa unui suport sau sprijin uman adecvat). Mai e subliniat faptul că anxietatea fobică psihotică se consumă cel mai pregnant la nivelul relaționării interumane ostile (paranoide), subiectul și ceilalți manifestându-se acum ca personaje. Anexa analizează tema “prezentului trăit”, care se referă la rezolvarea situațiilor problematice în care subiectul e nemijlocit implicat, prin acțiuni ce pot fi ulterior relatate; și care se detașează pe fundalul unor traiectorii temporale susținute de proiecte ce se derulează concomitent cu variate obiective, pe diverse durate. Iar prezentul trăit împreună cu fundalul său de proiecte și preocupări care-l învăluie, toate se sprijină pe durata identitar biografică de fond, a persoanei socio-culturale.

Cap. 2 continuă prin comentarea tulburărilor externalizate ale copilului, adolescentului și adultului, pe care DSM-5 le include în Cap.15 ce se referă la:

Tulburărilor disruptive de control al impulsurilor și de conduită. Acesta conține: tulburări impulsiv provocatoare, tulburarea explozivă intermitentă, tulburări de conduită, tulburări de personalitate antisocială; la care sunt adăugate acum tulburarea ADHD și problematica psihopatiei. Starea dispozițională ce se manifestă disfuncțional în această clasă nosologică (cu excepția ADHD) e cea a tensiunii agresiv opozitive față de alte persoane, cu tendințe dominatoare, ce pot evolua spre conflictualitate și manipulare; și care pot fi însoțite de o restricționare a emotivității. Prezentarea categoriilor nosologice e scurtă, reluându-se, cu câteva comentarii, cele prezentate în DSM-5. E abordată problematica dispozițiilor relaționale, în raport cu cele realizatoare și afective. Manifestările incluse în aceste sindroame sunt ușor accesibile simțului comun, ele neavând nevoie de nici-un termen tehnic psihiatric. Se evidențiază astfel cum trăiri și manifestări firești și în esență adaptative, pot să se manifeste excesiv, distorsionat, dezadaptativ. E prezentată ceva mai detaliat problematica psihopatiei. În Anexă se urmărește felul în care stările deficitare disfuncționale în arie dispozițional temperamentală (și caracterială) participă la configurarea tipologiei tulburărilor de personalitate; ce se manifestă în contextul existenței cutumiere a oamenilor, perturbând-o.

Cap.3 și Cap. 4 abordează treptat perturbarea structurii de fond a identității și a autonomiei agenției persoanei. Inițial sunt comentate, în Cap.3, tulburările disociative și tradiția histeriei, din care patologia disociativă derivă. E folosită sistematizarea din ICD-11, care păstrează conturul tradițional al tulburărilor histerice. Tulburarea disociativă de identitate și cea de memorie, amintesc de fragilitatea și perturbarea identității sociale și mnestică biografice, pe care o exprimă ancestrala suferință psihică a histeriei. Iar tulburarea disociativă de transă (cu posesiune), subliniază aspectul relațional și de dependență față de alteritate, a întregului acest domeniu de patologie. Scurta schiță ce reface istoria histeriei, aduce mai clar în lumină condiția antropologică bazală a cărei fragilitate se exprimă acum: recte, relaționarea dependentă, până la anularea propriei identități, a



autonomiei agenției proprii. În perspectiva istoriei culturale, trimiterea la șamanism ar putea da o interpretare antropologică comprehensivă pentru felul în care patologia histerică apare în medicina greco romană. Iar invocarea - în Anexă – a cadrului nosologic mai recent al tulburărilor datorate traumei și stresului, indică particularitatea mecanismelor etiopatogenice psiho sociale în acest caz.

Cap.4 tratează sindromul obsesiv compulsiv (O.C.) atât prin simptomatologia sa de episod cât și prin cea de tulburare de personalitate. Se subliniază de la început polarizarea patologiei O.C cu grupajul tulburărilor disociative; precum și faptul că amândouă aceste clase de tulburări exprimă o dedublare psihică. La nivelul TOC dedublarea e egodistonă, vizând în primul rând controlul agenției comportamentale a sinelui, girată de “funcțiile executive” (și nu identitatea sa relațională, ca în tulburările disociative); iar contextul psihopatologic e cel al unei hiperreflexivități lucide autonaltice, cu respingerea ideației intruziv obsesive ce-l invadează. Dar și a relaționării cu alții (pe când la disociativi aveam o propensiune crescută și o sumisiune față de alteritate). Simptomatologia e prezentată tradițional, cu accent pe trăirile obsesiv compulsive agresive, de contaminare și de ordine (spațială și ritualic temporală, cu aritmomanie). Comentarea spectrului obsesiv compulsiv și a diagnosticului diferențial permite degajarea unor particularități ale acestei dimensiuni psihopatologice, dintre care menționăm preocuparea față de proximitatea corporal spațială (incluzând limitele acestuia și spațiul casei). Faptul sugerează trăiri din clasa depersonalizării, centrate pe corporalitate (fragilizarea și fluidizarea limitelor corpului). E semnalată apoi situația aparte a apartenenței patologiei TOC la o clasă de tulburări ce începe cu autismul și ajunge la dezorganizarea ideo-verbală, având ca suport deficiența funcției formale a “coerenței centrale”. Pentru înțelegerea în ansamblu a patologiei obsesionale din TOC și din TPOC, se comentează în Anexă perturbarea funcției integrative neuropsihice a “coerenței centrale”.

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

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

După cum s-a menționat în Capitolul introductiv, trimiterea la sistemul facultăților psihice pe baza căruia s-a constituit în sec.XIX semiologia psihiatrică nu mai e operațională, dacă privim nu doar din perspectiva clinicii medicale ci și dintr-una psiho-antropologică. Iar proiectul dezvoltat de Jaspers la începutul sec.XX, deși a fost un timp ordonator, nu s-a mai putut păstra în forma sa inițială în a doua jumătate a acestui veac, în urma multiplelor cercetări psihologice realizate de diverse școli doctrinare. Vom invoca de aceea o sinteză deja menționată -

propusă spre jumătatea sec.XX de către Ey (Chenar 2 și 5) - care ținea deja cont la vremea când a fost propusă, de experiența cercetărilor comportamentaliste și configuraționiste, ale psihanalizei și ale fenomenologiei, invocând în același timp sugestiile evoluționiste ale lui Jackson. Acest proiect a lui Ey sugera două axe ortogonale complementare de analiză : - conștiința situației actuale; și, - conștiința diacronă a persoanei morale. Perspectiva acestor două axe a fost dezvoltată în a doua jumătate a sec XX și începutul sec XXI prin ample cercetări cognitiviste, neofenomenologice, neopsihanalitice, personologice (caracteriologice), interpersonale etc; fiind integrată în doctrine precum cea vulnerabilitate/stres, developmentală (și a ciclurilor vieții) și cea evoluționist culturală. În toată această perioadă s-a produs însă și o modificare de limbaj, astfel încât conceptul de „eu conștient” a fost înlocuit treptat cu cel de „sine intențional reflexiv”. Având în spate aceste dezvoltări, sugestia lui Ey s-ar putea relua după un model (Chenar 5 și 11) a cărui coordonate ar pute fi rezumate (hiperconcentrat) în felul următor :

a/ **Perspectiva diacronă** e centrată de sinele intențional reflexiv al unității și coerenței delimitative a identității persoanei; unitate ce integrează un pol corporal, o dimensiune a duratei biografico caracteriale și un alt pol, al circumscrierii socio-culturale. Prin agenția sinelui care emerge din acest fundal, subiectul se angajează autogenerativ și sintetic în raportări situaționale active și autocontrolate. Adică, în situații actualmente trăite, afirmându-și însă autonomia ,în contextul unor multiple condiționări. Identitatea persoanei se dimensionează apoi și în cadrul raportărilor sale față de alții, cu introjectarea imaginilor persoanelor de atașament. Precum și prin contextul ancorării sale în planul teoretic al culturii, în „instanța personajelor” și a cunoașterii fundamentelor. Psihismul identitar al subiectului e perceptibil și comentabil de către alții, demers care susține și conturează dimensiunea sa temperamental caracterială; ce exprimă constelația sa de disponibilități actualizabile și stilul său de manifestare relațional. În plus

subiectul se autoevaluează și se autocaracterizează constant, etalând o anumită stima de sine și încredere în sine.

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

Cele două axe menționate sunt susținute de o instanță metareprezentatională, ce e organizată cu sprijinul limbajului narativ critic; prin care, subiectul evaluează și operează pe modele probabiliste ale realității date. Instanță în care el se autoreprezintă ca personaj. Atât actualitatea trăirilor situaționale cât și unicitatea identității personale - individualitatea sa - sunt asigurate prin parametrii transcendențiali.

Psihismul persoanei conștiente se edifică progresiv pe parcursul ontogenezei, în paralel cu maturarea organismului și creierului său, prin experiențele și învățărilor ce le trăiește într-un mediu de interrelaționare strânsă cu alții; în familie și în general în nișa sa ecologică umană. Proces pe parcursul căruia el asimilează, „introjectează” imagouri ale persoanelor de atașament. Progresiv, trecând prin etape formatoare succesive, se amplifică abilitățile, competențele și împărtășirea sa din cunoștințele generale despre lume ale comunității sale. Fapt ce

conduce spre o imagine și o reprezentare de ansamblu a lumii pe care o centrează; având în permanență și o autoreprezentare critic valorică despre sine. Această reprezentare constituie, împreună cu sentimentul identității de sine, un fundal apercceptiv al unicității – individuației – sale, în spatele raportărilor actuale la lume.

Persoana identitară se află în permanență în relații intersubiective, de atașament, raportare și comunicare, cu persoanele din rețelele sociale în care e inclus. În zonele intime, el poate constitui, împreună cu unele dintre acestea, un “câmp dual” de interinfluențare. Iar în arie publică, subiectul se relaționează cu ceilalți printr-un anumit statut și rol social, participând la practicile instituționalizate ale comunității sale culturale, ordonată prin norme și valori. El este în permanență invocat, narat și caracterizat public printr-o ipostază de personaj. Cât privește ”lumea umană” care-l înconjoară, aceasta e susținută de mediul lingvistic narativ-semnificat și de cel organizațional-matematic constitutiv – de dimensiunea teoretică a acestora - fiind populată cu entități fictive. Dintre acestea fac parte nu doar personajele vieții cotidiene, istorice, fictive sau supranaturale; ci și concepte științifice, matematice, categorii, criterii și axiome de fundare filosofică sau simboluri transcendente. Psihismul individual e articulat definitoriu cu instanța teoreticului (cultural-spiritual, științific, filosofic), acesta fiind reprezentat în propria-i structură psihică. Și el participă activ la derularea și îmbogățirea respectivei instanțe. Iar uneori subiectul poate fi o personalitate creatoare, lăsând în urma sa realizări evenimentțiale și opere artistice, științifice, filosofice.

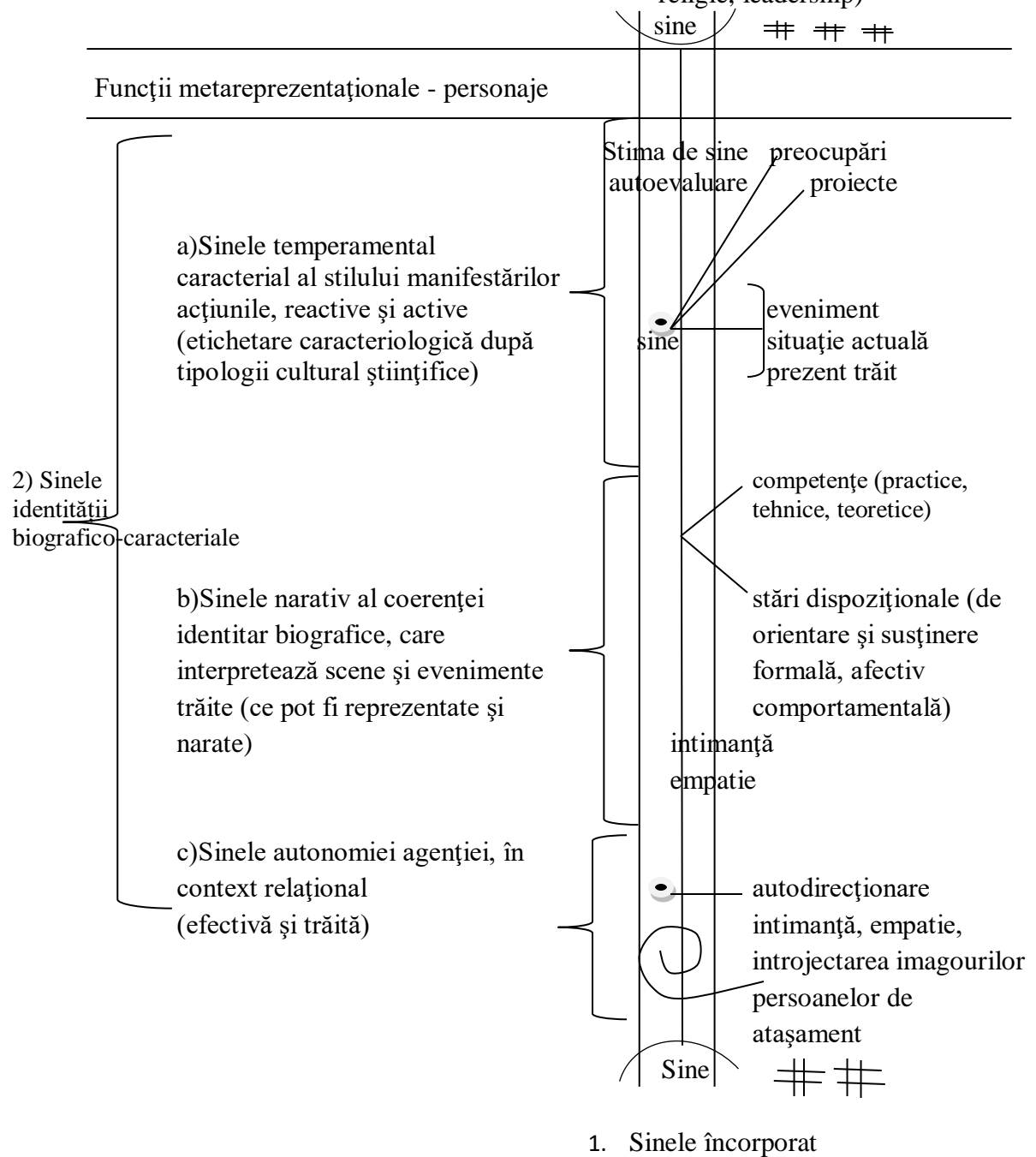
Schema menționată mai sus a psihismului persoanei va fi reluată și detaliată în capitolele lucrării.

Chenar 11

### Fundalul identitar al persoanei

se exprimă prin trei instanțe (1,2,3)

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



## CAPITOLUL 2

### TULBURĂRILE INTERNALIZATE ANXIOS FOBICE

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

Una din sugestivele și fructuoasele idei de sistematizare a tulburărilor psihice a fost cea a lui Achenbach (1966, 1970) - aplicată inițial pedopsihiatriei - de plasare a grupajelor simptomatologice între doi poli comportamentali opuși: cel externalizat, care reflectă tendința spre conflicte cu lumea exterioară; și cel internalizat, în care pacientul are probleme cu el însuși. Tulburările externalizate se referă la comportamente insuficient controlate, impulsive („acting-out”), deseori conflictuale. Tulburările internalizate reunesc stări supracontrolate, inhibate, cu retragere socială, anxietate, depresie. Suportul clinic al acestei grupări polarizate e reprezentat și de comorbiditatea clinică cea mai frecventă a unor sindroame ce tind să se agrege spre unul din cei doi poli. Sugestia lui Achenbach se înscrie în paradigma ce diferențiază doi poli ai manifestărilor psihismului uman, de exemplu pe axa extroversie/introversie (Jung etc. ) sau extratensiv/intratensiv (Rorshach); dar ea a funcționat doar cu valențe de sistematizare clinică.

Ilustrative pentru tulburările externalizate ar putea fi considerate cele cuprinse în Cap 13 din DSM-5, care se referă la **Tulburările disruptiv impulsive ale copilului și adultului**, incluzând și **tulburările de conduită ale adolescentului și personalitatea antisocială a adultului**; acestea vor fi comentate în capitolul următor. Iar pentru cele internalizate, edificatoare pot fi considerate tulburările anxios fobice, depresive și obsesiv compulsive. Vom începe în acest capitol comentarea celor zece mari grupaje sindroamatică cu patologia anxios fobică. Atât psihopatologia iritabil conflictuală cât și cea anxios fobică – eventual corelate unor personalități aparte - afectează persoana într-o modalitate care o menține între parametrii vieții cotidiene; și nu perturbă structura identitară

profundă ce se articulează cu instanța supraindividuală a teoreticului cultural, ca în psihoza delirantă.

Pentru tulburările anxios fobice raportarea la echivalentul lor în normalitate nu e dificilă, ea fiind intuitivă. Starea anxioasă este o dispoziție afectivă („stimmung în germană, „mood” în engleză, „humeur” în franceză) în care subiectul resimte iminența unui pericol, posibil dar nedefinit (ca loc, moment și mod de desfășurare). Iar frica, fobia, exprimă o trăire și un comportament raportat la un pericol de obicei definit, față de care subiectul dezvoltă o conduită de evitare, asigurare, ascundere, punere sub protecție. Atât anxietatea cât și frica, care se întâlnesc și în psihobiologie, se corelează deci cu trăirea semnificației de pericol actual, mai mult sau mai puțin precizat; fapt ce condiționează, mai ales în anxietate, o tensiune biopsihică și o vigilitate crescută, cu interes și atenție sporită față de parametrii nemijlociți ai situației în care subiectul se află; aspect diferit de comportamentul stării depresive.

Dispoziția anxioasă și fobică a omului poate fi raportată la conduite psihobiologice reactiv adaptative. A fost deja invocată în **Introducere** starea de alertă tensionată ce o poate trăi animalul când ajunge în teritorii necunoscute, potențial periculoase. La fel și omul poate trăi o stare de anxietate atunci când străbate o țară străină, dușmănoasă, a cărui teritoriu și limbă nu o cunoaște. Sau, când se rătăcește într-o pădure în care îl prinde înserarea, în apropiere putând fi lupi și urși. Iar dacă percepe un dușman sau un lup apropiindu-se, îl invadează frica și încearcă să se ascundă. Desigur, dispoziția anxios fobică poate fi prezentă, în plan secund, și în împrejurarea confruntării directe cu un adversar, pe viață și pe moarte; caz în care ea dublează dispoziția expansiv beligerantă prin care subiectul abordează acum predominant situație. Exemplele invocate sugerează o trimitere spre manifestări comportamentale dispoziționale umane reactiv adaptative, similare cu cele din biologie. Pentru om anxietatea și frica au, desigur, un larg câmp de raportare la contextele lumii sale specifice. Dar ele rămân tot timpul, în esența lor,

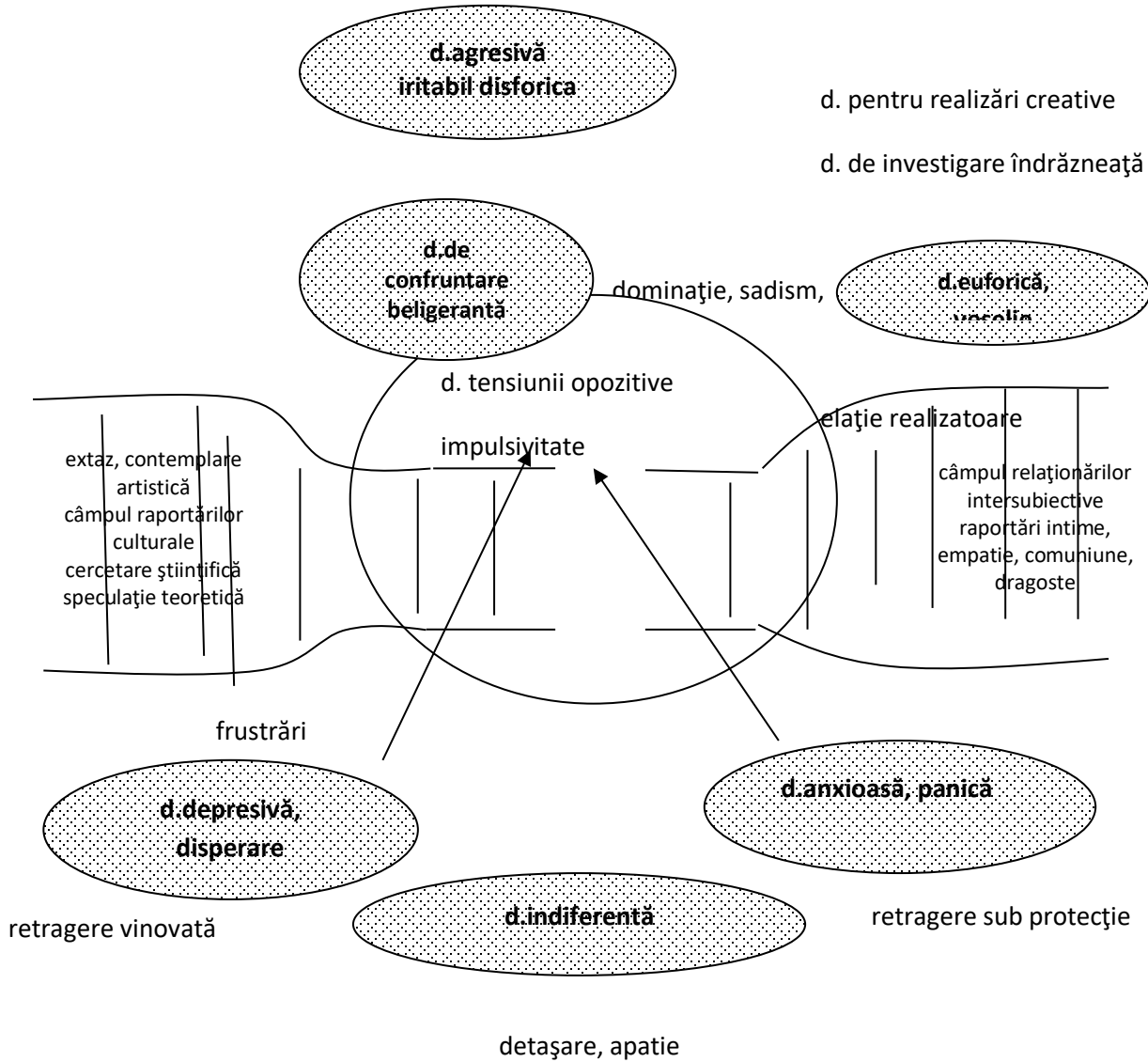


reacții și dispoziții afective cu sens adaptativ, în care subiectul actualizează un mod determinat și specific de raportare față de situații potențial periculoase și insuficient controlabile. Persoana umană poate trăi efectiv stări anxioase fobice, deoarece ea le are între disponibilitățile sale constitutive de manifestare.

Stările dispoziționale umane sunt multiple și variate. (Chenar 13). Astfel, a fost deja menționată dispoziția iritabilă, agresiv combativă; care se poate manifesta la oamenii curajoși și fără nici-un acompaniament anxios fobic. Apoi, succesul în confruntare induce de obicei o stare dispozițională pozitivă, de mândrie, autoevaluare pozitivă și încredere în sine; ce se poate dezvolta în dispoziția euforic prosocială și petrecăreață a sărbătoririi victoriei. Sau, în urma înfrângerii, se poate actualiza și instala o stare dispozițională (afectivă) depresivă, pe parcursul căreia subiectul se retrage social, inhibat și repliat pe trecut, pentru reculegere, refacere și reorganizarea proiectelor. În continuare, poate fi menționată dispoziția comportamentală investigatorie, susținută de curiozitate și îndrăzneală, prin care subiectul explorează variate domenii necunoscute ale lumii sale. Și la fel, dispoziția ergică pentru o muncă realizatoare performantă, de excepție, creativă. Dar omul poate trăi și episoade în care se simte „prost dispus” sau „fără chef”, „anergic” lipsit de o dispoziție necesară pentru muncă și efort. Variate sunt și stările dispoziționale în cadrul raportărilor interpersonale directe; uneori suspicioase sau combative, alteori punându-se în joc o sociabilitate crescută dar superficială, care facilitează relaționarea la reuniuni publice diverse. Sunt desigur și împrejurări în care raportarea se realizează printr-o deschidere dispozițională receptantă față de altul, în direcția unei apropierii sufletești; a cunoașterii reciproce tot mai intime, tinzând spre colaborare și comuniune. Ori, printr-o raportare interpersonală marcată de dominare și manipulare; sau de sumisiune etc.

## Chenar 12

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



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

Stările dispoziționale omenești pot viza, fenomenologic, mai ales trei domenii interconectate: un obiectiv comportamental pragmatic, relaționarea cu alții și trăiri corelate autoevaluării. Dispoziția afectivă anxios-fobică de la care am pornit face parte, deci, dintr-o largă clasă a stărilor dispoziționale, prin intermediul cărora persoana se raportează la variatele situații pe care le întâlnește. Situații care, prin semnificația lor, actualizează din fundalul structural identitar, biografico temperamental al psihismului, anumite modalități de poziționare atitudinală, corespunzătoare adaptativ situației date. Stările dispoziționale – din aria celor ce au fost invocate mai sus - se constituie pe baze genético-ontogenetice, devenind părți constitutive ale fondului structurii identitar caracteriale ale persoanei, strâns corelate cu datele biografice; dar și cu grupaje definite de gnozii, praxii și competențe. Ele se mențin în fundalul psihismului „la dispoziția subiectului”; și se actualizează în circumstanțele care, prin semnificația lor, le solicită. Configurația lor la o persoană dată, ca prevalență și stil de actualizare, constituie un important parametru caracterizant al profilului său temperamental caracterial.

Dispoziția anxios fobică se actualizează deci, când subiectul se resimte plasat într-o situație periculoasă și poziționat într-o condiție de vulnerabilitate accentuată, lipsit de un sprijin adecvat; aflat în fața unor foarte probabile amenințării sau agresiuni, ce au în vedere deposedarea, lezarea sau anihilarea sa. Motiv pentru care el intră în tensiune; și se orientează spre evitare, protecție și susținere din partea altora. Alta e, desigur, atitudinea - poziționarea atitudinală - a subiectului în cazul actualizării unei dispoziții depresive, de obicei în urma trăirii unei semnificații de pierdere. El se poziționează acum într-o atitudine de retragere inhibată, repliat pe sine, în vederea reculegerii, bilanțului și reorganizării. În consecință el va fi puțin atent la ambianță; pe când anxiosul e dimpotrivă, hipervigil, atent în jur la orice informație nouă. O poziționare atitudinală specifică, dar apropiată de anxietate e prezentă și într-o conduită susținută de o dispoziție

investigative, în care subiectul cercetează un teritoriu necunoscut, în care știe că va întâmpina multe necunoscute, posibil și pericole. La fel ca în anxietate subiectul trăiește acum cu intensitate un prezent deschis spre un viitor imediat. O tensiune situațională până la un punct similară întâlnim într-un proces creativ, în care întâlnirea cu noul e definitorie. Sau chiar într-o situație de confruntare și luptă, în care toate detaliile prezentului sunt vital importante. De altfel, dispoziția confruntării beligerante și cea anxioasă se pot întretese firesc. Deși, sunt și împrejurări în care un agresor intră furibund în luptă, disperare, dincolo de orice anxietate anticipatorie.

Astfel de ipostaze ale stărilor dispoziționale normale merită amintite în condițiile în care susținem tema derivării stărilor psihopatologice din trăiri normale, adaptative.

## **2.2. Tulburările anxios fobice în perspectiva clinicii psihiatrice.**

În continuare vom trece în revistă tulburările anxios fobice, inițial rezumând comentarea lor în DSM-5; iar ulterior, făcând o prezentare mai detaliată. DSM-5 descrie 7 astfel de tulburări, dintre care două centrate pe anxietate iar celelalte pe fobii. Rezumativ acestea sunt:

**Tulburarea de anxietate generalizată (A.G.) constă dintr-o stare de excesivă și continuă aprehensiune că se va întâmpla "ceva rău", de îngrijorare („worry”), ce se menține peste 6 luni inducând deficiență în funcționare și suferință (distress). Ea se obiectivează prin: neliniște psihomotorie, iritabilitate, tensiune musculară cu tresăriri, atenție mobilă cu dificultăți de concentrare, stare de rău vesperal cu dificultăți de adormire și coșmaruri, tulburări neurovegetative (tahicardie, extrasistole, transpirații, hiperpnee, reacții cutanate, balonări, eructații, micțiuni frecvente, uscarea gurii, amețeli, înțeșoșarea vederii, vertij, ceneștopatii, algii); subiectul e preocupat de sănătatea sa, nu poate sta singur. Expresivitatea e caracteristică. Atacul de panică (A.P.) e o manifestare paroxistică ce se instalează brusc și durează**

câteva minute, mai rar zeci de minute. Subiectul resimte un sentiment al morții iminente, solicită dramatic prezența altora și ajutor medical; sau, are sentimentul că își pierde mințile sau vertij și cădere în gol . Tot brusc se instalează tulburări neurovegetative intense (palpitații, tahicardie pronunțată cu posibila creștere a tensiunii arteriale, transpirații profuze, tremor, dispnee, senzație de sufocare, greață, vertij, frisoare, parestezii, dureri ).Pacientul care a avut cel puțin un atac de panică e predispus la anxietate anticipativă.

Tulburările fobice se referă la o temă, un obiect, o ființă sau o situație, în prezența căreia subiectul prezintă trăiri anxioase din seria AP; motiv pentru care dezvoltă conduite de evitare sau asigurare; precum și anxietatea anticipatorie. Se descriu așa zisele fobii speciale care sunt relative limitate: Fobiile de animale (păianjeni, șerpi, insecte, șoareci, câini, cai etc.); de evenimente sau stări naturale (foc, apă, furtună cu tunete etc); fobiile corelate actului medical (injecții, intervenții dentare, medicamente, sânge); fobiile spațiale : de înălțime, de adâncime – (batofobia), de locuri înguste din care nu se poate ieși ușor, inclusiv aglomerație – claustrofobia; de spații largi care trebuiesc străbătute fără puncte de sprijin fizic; fobiile de mijloace de transport în comun, ce pot fi aglomerate (autobuz, tren, avion); acestea și fobiile spațiale contribuie la structurarea complexului agorafobic. Anxietatea de separare e comentată în primă instanță ca o tulburare dezvoltată ce constă într-o excesivă frică de separare a copilului de persoana de care e atașat. El anticipează stări de rău în cazul în care protectorul său nu va fi prezent; refuză de a merge singur departe de acesta sau de acasă; uneori nu poate dormi singur noaptea, are coșmaruri privitoare la separare; prezintă acuze somatice când separarea se prefigurează sau se petrece. Mutismul selectiv este o tulburare ce se manifestă în copilărie și constă în lipsa vorbirii în anumite situații specifice în care în mod firesc ar trebui să vorbească (de ex. la școală); deși în alte situații el vorbește. Durata tulburării este de peste 1 an

și interferează negativ cu activități educaționale (mutismul electiv e un fel de echivalent al anxietății sociale în copilărie). Agorafobia constă în dificultatea anxioasă a subiectului de a se deplasa singur în spații publice, departe de casă și de persoanele protectoare, mai ales în zone aglomerate (magazine, piețe, săli de spectacole) și în mijloacele de transport în comun aglomerate. În astfel de împrejurări apar A.P.; cu ulterioară anxietate anticipatorie și conduite de evitare și asigurare (merge doar însoțit de persoane de încredere). Fobia sau anxietatea socială se referă la raportarea printr-o așteptare anxioasă și evitare, a situațiilor în care subiectul urmează să apară public, în fața unor spectatori sau examinatori, care-l privesc atent, evaluativ. În astfel de situații el se emoționează intens, inhibându-se, roșind și dezvoltând tulburări neurovegetative, cu un sentiment penibil de rușine. Evenimentul odată trăit angrenează conduite de evitare și anxietatea anticipatorie.

Tulburări psihice anxios fobice ca cele menționate mai sus au fost circumscrise clinic mai ales începând cu a doua jumătate a sec.XX. Iar o parte au fost studiate mai detaliat în corelație cu dezvoltarea doctrinei atașamentului și analiza relațiilor interpersonale, incluzând anxietatea de separare; astfel, anxietatea socială și agorafobia se desfășoară după schema sentimentului de nesiguranță în zonele îndepărtate de aria protectoare, de atașament familial. Categoriile comentate în prezent în DSM-5 erau tradițional incluse în clasa nevrozelor; și ele sunt frecvent comorbide, astfel încât constituie un grupaj psihopatologic bine articulat, ce se manifestă pe fondul unei stări dispoziționale de fond, anxios fobice.

Anxietatea din psihopatologie e însă mai amplă decât aceste categorii. Ea însoțește frecvent tulburarea internalizată depresivă, tabloul clinic putându-se manifesta cu accent pe fiecare din cele două dispoziții internalizate. Anxietatea fobică e prezentă apoi frecvent în patologia obsesiv compulsivă (TOC), a cărei simptomatologie e dublată de o nesiguranță de fond, însoțită de un hipercontrol global. În TOC se întâlnesc însă și fobii mai particulare, anancaste, ca de ex. cea de

contaminare cu microbi. Reacția de stres posttraumatic e și ea intens marcată de anxietate. Apoi, Freud considera că, incertitudinea anxioasă rezultată din conflictul intrapsihic, este însăși motorul central ce susține elaborarea întregii simptomatologii nevrotice.

Cea mai importantă patologie anxios fobică se regăsește însă în delirul paranoid, plasat în centrul orbitei psihotiforme. În acesta, subiectul e convins că alții, sau instituții și organizații, entități supranaturale, intenționează să-i facă - sau i-au făcut deja - ceva rău. De remarcat că dispoziția anxios fobică întâlnește orbita psihotiformă a delirului, mai ales când e însoțită de un scenariu relațional interuman de atitudine ostilă. Convingerea delirantă paranoidă se însoțește însă și de sentimentul supravegherii, a accesului nestăvilit al străinilor, de obicei prin mijloace speciale, în toate locurile intime în care subiectul s-ar putea retrage. Iar odată cu simptomele psihotic depersonalizante de transparență/influență, supravegherea și controlul pătrunde în intimitatea subiectivității. Astfel, în situația psihotică a delirului paranoid desorganizant, asistăm și la prăbușirea arhitectonicii de relaționare a subiectului cu ceilalți, pe diagrama intim-public.

Patologia anxios fobică întâlnește, deci, relaționarea interpersonală în mod direct și pregnant la două extreme. Pe de o parte în plan nepsihotic la nivelul anxietății de separare; când subiectul se simte în siguranță doar în apropierea mamei, a mediului protector familial (anxietatea socială și agorafobia se agregă în jurul acestei situații). Iar pe de altă parte în condiția psihotică a paranoidei; când pericolul fobogen maxim vine chiar din partea altora, a instituțiilor și instanțelor simili-umane, uneori și supranaturale, ce se asociază și se coalizează împotriva sa. Dar, dincolo de aceste extreme, întreg peisajul psihologic al tb. anxios fobice implică indirect relaționarea, prin menționata nevoie de protecție și sprijin. Autopercepția evaluativă de fond a persoanei este, în acest caz, cea a unui om ce se simte nesigur, vulnerabil, cu nevoie de sprijin și suport din partea altora, a unei alterități puternice și de încredere, insuficient de asertiv, cu un control general

deficitar al situațiilor. Acest profil personalistic se poate manifesta accentuat, până la nivelul unei tb. de personalitate.

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

Frica e de obicei enumerată printre importantele instincte ale animalelor, jucând un important rol în supraviețuirea indivizilor unei specii; care se străduie ca în împrejurări periculoase să “scape cu viață”. La mamiferele superioare se poate comenta, mai ales la ierbivore, frica înăscută, susținută de mecanisme ce se transmit genetic, de unii predatori specifici. Șoarecelui îi e frică de pisică și oii de lup. Dar frica poate fi, deja din biologie, parțial învățată. Frica este, și la animale, raportată totdeauna la “ceva” periculos, identificabil și localizabil, determinat; ceva ce poate fi până la un punct evitat, din fața căruia individul se poate retrage și ascunde. Pe când anxietatea se referă în biologie – așa cum s-a menționat - la situația de alertă vigilență care crește capacitatea detecției indicilor unui pericol posibil; mai ales în teritorii necunoscute, departe de viziunea și grupul familiar, în zone fără repere știute. Se instalează o stare de „arousal” crescut, de o punere în tensiune a organelor de receptare informativă și a celor de execuție, de o creștere globală a metabolismului, de activarea sistemului nervos vegetativ. Toate acestea pregătesc organismul pentru manifestări neobișnuite, extreme, periculoase, pentru solicitări intense, de confruntare sau retragere.

Odată cu psihismul uman, parametrii desfășurării fricii și anxietății se amplifică mult în raport cu cei din lumea animală, datorită instanței meta-reprezentationale introdusă de limbajul narativ, a relației de atașament și a altor caracteristici ale psihismului și lumii umane. Schema biologică a comportamentului de explorare tensionată a unui teritoriu potențial periculos, se păstrează însă. Ea este evidentă deja la copilul mic, ce se deplasează curios în spațiul pe care-l poate parcurge, privind în toate părțile, punând mâna pe toate obiectele noi, pe care le întoarce pe toate fețele. Această conduită se corelează însă



la copilul uman cu dezvoltarea atașamentului față de mama protectoare, a cărei imago îl introjectează. Dacă relația de atașament e sigură, copilul explorează cu îndrăzneală noile situații. În varianta anormală a unui atașament fuzional, copilul dependent nu se mai simte însă în siguranță decât în imediata apropiere a mamei; iar orice explorare departe de aceasta îi induce un disconfort anxios, cu neliniște și cu întreaga stare de alertă psihocorporală prezentă și în biologie (= anxietate de separare). Și 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, a organelor receptoare și executive, alerta s.n. vegetativ, metabolism crescut etc. Manifestarea unei astfel de stării de alertă biopsihică în afara situațiilor – de tip exploratoriu - ce justifică așteptarea unui pericol iminent, exprimă simptomatologia anxietății generalizate .

Problematika anxios fobică a omului se desfășoară pe amplele coordonate ale lumii umane în care el e inserat; și a cărei reprezentare e constant prezentă în fundalul psihismului său. Aceasta cuprinde, pe lângă universul interpersonal social - structurat prin practici instituționalizate și prin relaționările distribuite pe diagrama intim/public - și instanța personajelor; incluzându-le pe cele socio istorice, fictive și supranaturale, ale mitologiei și instanței sacrale. Deja din mica copilărie poate apărea seara frica de „Baba Cloanța”. Iar adulții invocă curent, pentru protecție antianxiogenă și pentru siguranță, protecția ființei supreme.

Dar instanța supranaturală a zeilor este, în același timp, nu doar una protectoare; ci și una din partea căreia te poți aștepta la sancțiuni. Apoi, însăși structura instituțională supraindividuală a socioculturii, funcționează atât ca protectoare; cât și ca sursă de posibile puniții. Statul și regele, cei plasați în vârful ierarhiei sociale, au puterea de a-i sancționa pe subordonați. Care, în consecință, se tem de ei; dar așteaptă din partea lor și protecție, sprijin. Sclavul se teme, implicit, de stăpânul care-l are în custodie. Normativitatea legilor pretinde sancțiuni în cazul

încălcării lor, astfel încât cetățeanul are a se teme de brațul justiției. Educația se face și ea cu sancțiuni, pozitive și negative.

La om, în cea mai mare măsură frica se învață; și se referă la împrejurări și realități socio-culturale în care multe conduite de evitare sunt reglate prin normativitate. Totuși, și în lumea umană, indivizii însăși pot ajunge în conflict unii cu alții, uneori luptându-se pe viață și pe moarte. Omul e singurul animal ce practică uciderea intraspecifică; care este chiar instituționalizată prin meseria militară și prin războaie. Când se confruntă decisiv cu altul sau cu mai mulți oameni, subiectul trebuie să fie impulsionat de curaj și de energie expansivă, dispoziții din aria externalizată. Dar în mod normal anxietatea nu lipsește în cadrul luptei.

Anxietatea fobică crește dacă subiectul se regăsește – în percepțiile și reprezentările sale despre situația în care se află – singur; și expus în fața multor oponenți și dușmani, care cunosc și au ușor acces la punctele sale vulnerabile. Deci, capacitatea sa de a face față agresiunii e subminată dacă constată că nu are suport în parteneri; iar zonele ce l-ar putea proteja sunt fragile. În schimb anxietatea fobică se reduce dacă subiectul obține „suport” și „sprijin” din partea altora. Și în primul rând de la persoanele de atașament și de la cele puternice, în care are încredere (după cum și copilul mic se vrea susținut de mama protectoare). Adică, dacă e sprijinit de alții puternici, care „îl susțin”, „îi acordă un sprijin de braț” sau „îi asigură spatele”.

Axietatea fobică a omului e în mare măsură corelată cu configurația relaționărilor sale cu alții – care e și ea constant reprezentată în mintea sa - începând cu atașamentul infantil; și continuând cu rețelele de suport social și comunitățile de sprijin. Iar confruntarea cu alții și gestionarea distanțelor interpersonal sociale joacă un rol important. În mod semnificativ delirul de persecuție paranoid se însoțește de sentimentul accesului nemijlocit al dușmanilor la intimitate. Căci dacă dușmanul s-a apropiat și se află în imediata proximitate, el

poate lovi oricând și eficient subiectul, ce nu mai are cum să se protejeze „spațial”; care nu se mai poate ascunde, nu mai are „nicio portiță de scăpare”. Problematika dispozițională anxios fobică a psihismului persoanei umane se definește, în mare măsură prin disfuncția coordonatelor spațiale ale raportării sale la lume; și în primul rând în planul relațiilor interpersonal sociale.(Chenar 13)

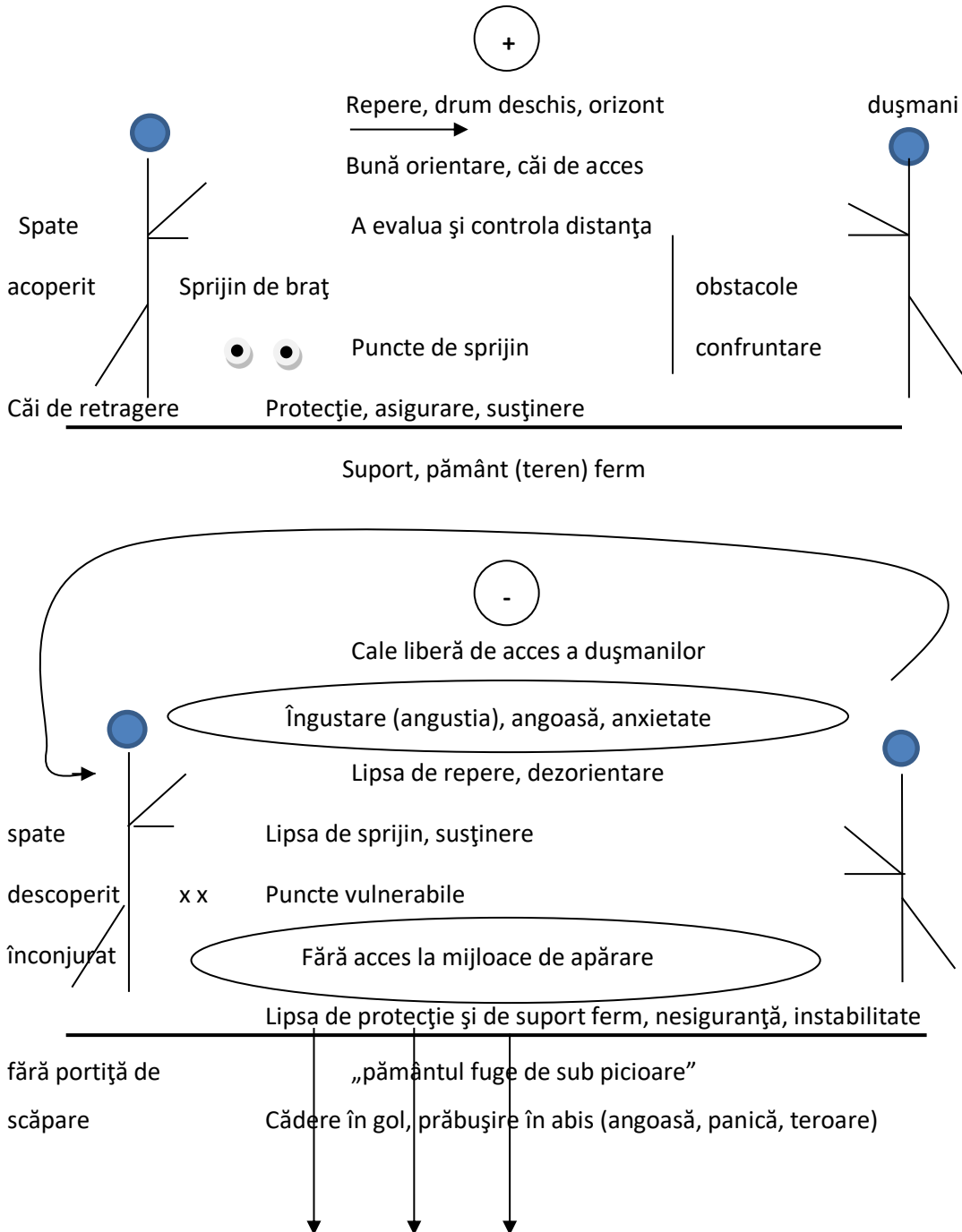
Preconștiința faptului de a nu putea face față pericolului, sentimentul slăbiciunii, a lipsei de forță și control a situației, insuficiența mijloacelor de apărare și a accesului la ajutor, inexistența unor căi asigurate de retragere la nevoie și accesibilitatea facilă a dușmanului la propriile poziții proxime, cresc sentimentul de vulnerabilitate la.. și predispun spre.. trăiri anxios fobice. Iar în măsura în care un pericol definit și devenit evident, ajunge să amenințe subiectul astfel încât acesta nu mai întrevede nicio cale de scăpare, el poate trăi spaima, groaza, panica în fața morții iminente. Criza de angoasă poate fi considerată ca o declanșare anormală a unei astfel de trăiri, în afara unor împrejurări care să o determine efectiv prin semnificația lor.

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

## Chenar 13

## Metafore spațiale pentru trăirea anxietății

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



biologie există desigur multiple variante de stațiuni și deplasare, inclusiv cea arboricolă, la maimuțe; dar nu ceva similar celei bipede umane. Pentru om stațiunea verticală are o semnificație cu totul specială, asupra căreia atrăgea atenția Eliade, (Chenar 14 ) ea fiind corelată cu tema unui centru din care se înalță un ax spre o lume transcendentă, generatoare și protectoare ( ); ea fiind articulată cu tema stabilității lumii organizate de un centru, din care se înalță.

Patologia anxios fobică umană se corelează deci, în mare măsură, cu acțiunile ce se realizează prin deplasarea sa pe orizontală; într-o ambianță care necesită un teren ferm sub picioare și un bun control al teritoriului, al mediului imediat înconjurător, perceput ca spațiu al acțiunilor posibile. Confruntarea cu dușmanul se desfășoară în primă instanță, la fel ca orice acțiune bio-umană eficientă, pe suprafața orizontală a pământului ferm, ea neputându-se realiza eficient pe o mlaștină.

Chenar 13

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

“Poziția verticală a omului marchează depășirea condiției primatelor. Nu ne putem menține în picioare decât în stare de veghe. Grație poziției verticale spațiul este organizat într-o structură inaccesibilă pre-hominizilor: în patru poziții orizontale proiectate pornind de la un ax central “sus-jos”. Altfel spus, spațiul se lasă organizat în jurul corpului omenesc, ca întinzându-se în față, în spate, la dreapta, la stânga, sus, jos. Pornind tocmai de la această poziție originală – 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”.

Controlul asupra situației, esențial în anxietate, trimite acum la spațialitatea acesteia; la controlul teritoriului, care este deci deosebit de important pentru cel ce se luptă sau trebuie să se ascundă situațional. Când intervine însă condiția ultimă, a

pericolului suprem - deși nedefinit - care e pe cale să anihileze prin moarte însăși existența persoanei, trăirea angoasei pune în joc cu preeminență dimensiunea verticală a lumii umane; declanșând vertijul angoasant al căderii în abis. Sau extazul înălțării spre transcendență. În aceste cazuri însă, raportarea la situațiile actuale se estompează, până la dispariție.

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

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

**Anxietatea generalizată (AG)** se caracterizează prin:- Sentimentul continuu al unui pericol neprecizat, nelocalizat în timp și spațiu, care condiționează preocuparea că ar putea să apară o stare periculoasă necontrolabilă;- Îngrijorare excesivă a subiectului privitor la ce se poate întâmpla într-un viitor apropiat, lui sau celor apropiați sufletește, cu imaginarea unor eventualități sau întâmplări nefavorabile ce l-ar putea afecta pe el și pe cei ce-i sunt apropiați; - Poate apare chiar sentimentul sau imaginarea unei catastrofe iminente, a pierderii controlului, a înnebunirii sau a morții sale dintr-o clipă în alta; - Sentiment de încordare, de tensiune interioară, iritabilitate, irascibilitate, nerăbdare; - Imposibilitate de relaxare psihică; - Reținere față de necunoscut, față de contactul cu noul, cu persoane necunoscute, față de situații problematice; - Neplăcere de a rămâne singur, reținere față de întuneric; - Atenție exagerată acordată funcționării propriului corp cu interpretarea catastrofică a senzațiilor corporale ca posibili indici de boală sau a unei disfuncții fatale chiar sentimentul sau imaginarea unei catastrofe iminente, a pierderii controlului, a înnebunirii sau a morții sale dintr-o clipă în alta; - Sentiment de încordare, de tensiune interioară, iritabilitate, irascibilitate, nerăbdare; - Imposibilitate de relaxare psihică; - Reținere față de necunoscut, față de contactul cu noul, cu persoane necunoscute, față de situații problematice; - Neplăcere de a rămâne singur, reținere

față de întuneric; - Atenție exagerată acordată funcționării propriului corp cu interpretarea catastrofică a senzațiilor corporale ca posibili indici de boală sau a unei disfuncții fatale.

În perspectiva timpului trăit subiectul se concentrează pe un prezent punctiform, deschis spre un viitor problematic și periculos, nefavorabil. Trecutul nu interesează decât în măsura în care ar putea informa despre eventuale pericole. Viitorul nu poate fi abordat într-o perspectivă îndepărtată. Prezentul nu e bine controlat în orizontul desfășurării activităților firești și a celor performante; se impune nerăbdarea, lipsa de calm, de așezare liniștită în vederea unei activități sau a contemplării.

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

**Din punct de vedere al performanțelor cognitive se constată:** - Atenția este hipermobilă investigatorie, dispersată, cu dificultăți de concentrare și persistență; - Hiperatenție și percepție crescută față de stimuli externi și interni (informații, senzații, percepții) care ar putea fi relevanți pentru evenimente posibil periculoase; - Percepții corporale neplăcute, cene-stopatii, dureri musculare (rezultate din contracția prelungită a unor grupe mușchiulare); - Memoria și imaginația pot fi crescute în raport cu anumite teme posibil relevante pentru un eventual pericol; - Cursul gândirii este segmentat din cauza dificultății de persistență; - Subiectul acordă o semnificație distorsionată, majoră, periculoasă, catastrofică unor informații banale, ca de exemplu palpitațiilor; - Deși e prezentă o

stare hipervigilă, randamentul intelectual este de obicei scăzut din cauza dificultăților de concentrare și persistență.

**Din punct de vedere comportamental și al expresiei, se constată:** - Neliniște psihomotorie: subiectul nu poate sta într-un loc, își frământă mâinile, își roade unghiile; - Tensiune musculară (tonus muscular crescut, care poate duce la dureri musculare), tresăriri, mioclonii; - Postură încordată, cu reacție de tresărire la zgomot; - Imposibilitate de relaxare corporală; - Iritabilitate cu hiperreactivitate la stimuli; - Tremor al mâinilor; - Voce tremurată și precipitată.

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

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



Chenar 15

### Particularități antropologice și psihopatologice ale anxietății

Anxietatea majoră – angoasa, atacul de panică – are o poziție aparte între dispozițiile afective umane, deoarece ea nu deschide în vreun fel pozitiv subiectul spre situațiile lumii, - așa cum frica sau iritabilitatea agresivă o face; ci îl orientează în direcția unei prăbușiri în neant, înspre neființă. Această raportare aparte față de nimicnicie (nimic), a fost remarcată onto-teologic de către Kierkegaard; și comentată strict ontologic de către Heidegger în cartea sa *Ființă și timp*. Heidegger face diferența între angoasă și fobie; ultima, plasând omul printre ființările lumii, chiar dacă marcat de preconștiința finitudinii sale existențiale. Pe când dispoziția afectivă (Stimmung) a angoasei (Angst) tinde să extragă ființa omului (Dasein) din mijlocul ființărilor. Ea ar induce și în Dasein o cutremurare existențială (de tip „epoche,,), trezindu-l din neautenticitate și îndreptându-l spre trăirea autentică.

În perspectivă medico-psihiatrică, anxietatea acută – atacul de panică - poate fi înțeleasă, desigur, ca un echivalent al trăirii spaimei intense; ce are rădăcini adânci în biologie și un suport în funcționalitatea unor centri nervoși. În perspectivă psiho-antropologică, merită însă subliniată particularitatea angoasei de a de-situaționaliza subiectul. Stările dispoziționale, în toate variantele lor în afara angoasei, asigură subiectului moduri de deschidere și poziționare atitudinală față de semnificațiile problematice ale lumii percepute situațional. În confruntarea beligerantă, subiectul se opune prin luptă dușmanului. În investigație, el caută informații noi; în activitatea creatoare, subiectul se proiectează spre realizări sintetice; în dispoziția depresivă, el se extrage din viitor și prezent, repliindu-se pe un trecut problematizant. Doar în angoasă, poziționarea sa situație și în lume nu mai are contur. În afară de angoasă, tot o variantă mai particulară de raportare o întâlnim în poziționarea atitudinală din sd. de depersonalizare/derealizare, în care subiectul se simte neaderent de lume: un observator extern al lumii și al sinelui (corporal, mnestic, actual, prospectiv).

Poziția dispozițională mai aparte a anxietății face ca ea să însoțească frecvent alte stări dispoziționale bine orientate, așa cum e confruntarea beligerantă, a investigației și creația. În aceeași direcție ar mai fi de comentat câteva variante dispoziționale de tip internalizat, care plasează subiectul în fața lumii, subminându-i însă parțial aderența și unitatea; fapt ce conduce spre dedublări. Așa ar fi: - nesiguranța de sine și neîncrederea în sine: - nehotărârea în fața acțiunii, ambivalența: - îndoiala cognitivă, lipsa capacității de a atinge certitudinea. Trăirile menționate pot fi analizate, până la un punct, din perspectiva deficienței de sinteză informațională a intenționalității. Aceste poziționări atitudinal=dispoziționale ce plasează subiectul într-o zonă intermediară, doar pe jumătate definită, în raport cu situațiile și cu lumea, au avut și ele o importantă dimensiune existențială (e.g. îndoiala sceptică, îndoiala carteziană).

Anxietatea generalizată se poate asocia sau poate fi întreținută de diverse boli somatice cum ar fi hipertiroidismul sau hipertensiunea arterială. În perspectivă psihopatologică, în primul rând se asociază cu atacurile de panică, mai ales ca anxietate anticipatorie sau crize de panică nocturne ce trezesc subiectul din somn. Apoi, cu fobiile, ca stare de fond; cu tulburarea obsesiv compulsivă și cu depresia. Înțelegând ca „dimensiune anxioasă” combinată deseori cu „dimensiunea depresivă” AG se întâlnește în foarte multe stări psihopatologice, inclusiv în cele de dezadaptare și cele condiționate organic cerebral.

Anxietatea poate fi și de intensitate majoră, psihotică, întâlnindu-se în patologia paranoidă, schizofrenie și în diverse tulburări organice generale și cerebrale. Ea sugerează cu pregnanță activarea exagerată și necontrolată a unei structuri funcționale cerebrale, pe care subiectul o are la dispoziție pentru alertă.

### **Atacul de panică**

În normalitate echivalentul atacului de panică poate fi considerat spaima intensă condiționată de pericole reale. Fenomenologic și simptomatologic el se articulează stării de anxietate generalizată.

A.P. în calitate de manifestare psihopatologică este o tulburare paroxistică, delimitată în timp ca o „criză” ce apare brusc și fără motiv aparent, comprehensiv. Subiectiv persoana trăiește sentimentul morții iminente sau alte fenomene neplăcute; sunt prezente importante manifestări corporale, mai ales fenomene neurovegetative.

Trăirea poate induce o anxietate de așteptare privitoare la apariția unui nou atac. În cursul atacului de panică, care poate dura câteva minute, rareori peste o oră, apar următoarele simptome:

**Din punct de vedere subiectiv pacientul trăiește:** - Sentimentul foarte neplăcut a ceva rău care urmează să se producă în viitorul imediat; - Trăirea cea mai frecventă este cea a sentimentului de moarte iminentă, de dispariție; - Frică de a-și pierde autocontrolul, de a înnebuni; - Senzație de prăbușire, de cădere în gol; - Trăire de depersonalizare și de derealizare; - Senzație de plutire; - Senzație de sufocare, lipsa de aer; - Senzația că inima i se oprește dintr-un moment în altul, motiv pentru care stă continuu cu mâna pe puls; - Dureri în diverse zone corporale, predominant abdominal; - Subiectul e în stare de alertă psihică, hipervigil, atent la funcționarea propriului corp., el nu se poate debarasa de fixarea pe evenimentul neplăcut de spaimă pe care îl trăiește foarte intens, pentru a percepe normal ambianta și a gândi rațional;- imaginează eventualități negative grave ale evoluției stării sale, în principiu apropierea vertiginoasă a morții.

**Din punct de vedere comportamental și expresiv:** - Solicită ajutor continuu și insistent, prezența altora (pe care îi poate ține de mână), intervenția cadrelor medicale (transportul la spital); - Uneori se precipită cu orice mijloc spre un serviciu medical; - Alteori poate fi siderat, neclintit sau agitat; - Este tensionat, preocupat de funcționarea propriului corp, își verifică pulsul, aspectul în oglindă; - Faciesul exprimă frică, spaimă, teroare.

**Corporal biologic și neurovegetativ se constată:** - Tahicardie paroxistică accentuată, cu posibile tulburări de ritm și creșterea tensiunii arteriale; - Hiperpnee, uneori senzația de sufocare sau că e nevoie de un efort special pentru a respira; - Tranzit intestinal accelerat, balonări, eructații, dureri abdominale (uneori în bară care conduc la suspectarea unei pancreatite); - Polachiurie, poliurie; - Transpirații profuze mai ales în palme și axile; - Paloare marcată; - Cefalee (uneori migrenoasă); - Vertij; - Încețoșarea privirii; - Uscăciunea gurii; - Dificultate de deglutiție; - Roșeață sau paloare a feței; - Dermografism accentuat; - Piloerecție; - Reflexe vii.

A.P. poate fi facilitat de unele suferințe organice generale, endocrine și neurologice. El poate apărea în contextul A.G. (mai ales seara și noaptea), a

tulburărilor fobice (la contact cu obiectul fobogen), în depresie (predominant dimineața) și în cadrul altor tulburări psihotice (schizofrenie, tulburare bipolară). Ridică probleme importante de diagnostic diferențial cu suferințe somatice. Dintre tulburările psihice se cere diferențiat de crizele conversive hiperexpresive care se desfășoară în prezența unui public semnificativ, pentru a-l impresiona – și nu doar pentru a cere protecție și siguranță antianxiogenă - și nu prezintă tulburări neurovegetative importante, ci manifestări conversive corporale pe musculatura striată; cele două manifestări se pot însă combina.

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

#### Tulburările fobice

Fobia psihopatologică poate fi considerată o frică insuficient sau deloc motivată pentru subiect și pentru alții, care e trăită intens, e neadaptativă, induce suferință și perturbă funcționarea normală a subiectului. Fobia, la fel ca frica, este centrată de teme fobogene – obiecte, ființe, situații – care sunt cunoscute de subiect, fiind evitate sau confruntate după ce s-au făcut asigurări (în sensul de a fi protejat, sprijinit de cineva puternic). Aproximarea de situația fobogenă este însoțită de o anxietate anticipativă, cu hipervigilență, stare de alertă și atenție exagerată acordată stimulilor ce anunță pericolul. Iar confruntarea conduce la o trăire neplăcută subiectiv care e însoțită de fenomene neurovegetative, evoluând spre un atac de panică sau un echivalent al acestuia.

Fobiile speciale. Acestea se referă la fobii față de diverse ființe sau situații. Ele sunt frecvente la populația normală, în unele cazuri rezultând din experiențe neplăcute. Dar pot avea și o origine înnăscută sau mai complexă, care a fost interpretată (mai ales de psihanaliză) ca rezultând din mecanisme preconștiente ca

„deplasarea”, mascarea, simbolizarea. În cazurile psihopatologice intensitatea lor e mare, cu perturbarea funcționării normale a persoanei. Se menționează:

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

**Fobia de elemente naturale:** apă, foc, tunete, fulgere. Fobia de foc poate fi polarizată cu atracția față de foc pe care o trăiesc piromanii. Fobia față de tunete se corelează cu sentimentul nesiguranței generale pe care o simte omul la cutremur.

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

Fobiile strict spațiale pot fi considerate o subclasă a precedentelor, ele fiind centrate pregnant pe raportarea la situații spațiale. Se descriu: - Fobia de înălțime (de a se urca într-un turn, a sta pe balcon la un etaj înalt, a traversa o creastă de munte): Fobia de adâncime, ca variantă a precedentei (a privi de pe un pod înalt, a trece o punte peste un pârau, a privi într-un puț adânc, a sta singur într-o barcă pe un lac );- Fobia de spații largi: a trece singur prin mijlocul unei piețe largi goală, a trece singur o stradă largă chiar dacă nu vine nici un vehicul; dar mai ales dacă se apropie unul, chiar dacă e foarte îndepărtat. E de precizat că în cazul fobiei de a traversa o piață goală, subiectul poate ajunge de cealaltă parte a pieței mergând pe lângă case sau însoțit de o altă persoană, chiar un copil mic, sau împingând un cărucior, toate acestea putând constitui un „punct de sprijin” spațial. Sindromul a mai fost denumit „vertij de piață” („Platzschwindel descris de Westphal”) sau agorafobie în sens restrâns; - Fobia de spații înguste, strâmte, închise, fără o posibilitate ușoară de a le părăsi, denumită claustrofobie. Poate fi vorba de coridoare strâmte, camere mici și închise (celula de detenție), cabină de lift, interiorul unui tramvai sau tren în mers, al

unui avion. În ultimul caz se adaugă fobia de înălțime la fel ca în cazul deplasării în cabina unui teleferic. În cazul fobiei față de cabine de lift se poate adăuga senzația vestibulară a deplasării bruște pe verticală la care unii subiecți pot fi deosebit de sensibili.

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

În fobiile spațiale e de presupus deci o perturbare a percepției spațiale, a distanțelor și a reprezentării distanțelor, drumurilor de acces și de fugă. Dar ele se pot combina - cel mai clar în cazul agorafobiei – cu prezența oamenilor. Astfel fobia poate fi maximă într-un tramvai aglomerat din cauza faptului că subiectul nu poate ieși repede din el. Și la fel, în mijlocul unei săli de spectacol (de aceea, fobicul se așează pe locurile de la margine, aproape de ieșire) sau pur și simplu într-o aglomerație umană. Aceste situații sunt de obicei incluse în patologia mai amplă a agorafobiei.

Fobia (anxietatea) socială. Fobia socială constă în teama exagerată și disfuncțională a subiectului de a se manifesta în fața unui grup relativ mic de oameni, a unui public puțin cunoscut, care l-ar putea evalua și aprecia negativ, critica. Pe

măsură ce subiectul se manifestă în fața unui grup social, apare o stare emotivă tot mai pronunțată cu inhibarea funcționării psihice adecvate și cu fenomene neurovegetative (echivalentul unui atac de panică): tahicardie, dispnee, fenomene vasomotorii, roșeața feței, transpirații, tremurături, greață, nevoia de a urina. Desfășurarea comportamentului respectiv e perturbantă, blocantă și deseori subiectul renunță să se mai manifeste. Ulterior evită situația respectivă, cu anxietate anticipatorie, argumentată de fobia de a nu roși în public (ereutofobia) și de a atrage astfel atenția asupra sa.

Situații fobogene din această clasă sunt: a vorbi în fața unui auditoriu, a prezenta un examen oral, (deși, subiectul poate avea performanțe bune dacă susține examenul scris) a se prezenta într-un spectacol, (e.g. a recita o poezie), a conversa cu o persoană necunoscută, a sta într-un prezidiu și a lua cuvântul la o ședință, a mânca în public, a scrie sau a face orice acțiune sub privirile altora, a vorbi de la telefoane publice, a utiliza WC-ul public (cu inhibiția micțiunii), etc.

Subiectul care prezintă fobii sociale este de obicei timid, sensibil, emotiv, impresionabil și are de obicei o asertivitate redusă. Se cere remarcat că emotivitatea socială se corelează cu nevoia de valorizare pozitivă și cu reacția de rușine. Acestea sunt structuri funcționale psihice firești și adaptative, dar variat distribuită în populația generală. Între altele, psihopatul Cleckley se caracterizează prin tupeu social și incapacitatea de a trăi rușinea, ceea ce îi potențează îndrăzneala (dimensiunea baldness a psihopatiei în modelul triarhic a lui Patrick. Alte persoane sunt însă extrem de timide și retrase.

Fobia (anxietatea) de separare se manifestă în primul rând la copil în perioada 1-3 ani în corelație cu constituirea relației de atașament. După 8 luni copilul devine sensibil și reacționează comportamental cu indici de neliniște, anxietate, atunci când pleacă mama și apare o persoană necunoscută. În funcție de felul în care se realizează relația de atașament (atașament sigur, nesigur, evitant, ambivalent, fuzional, dezorganizat) anxietatea la despărțirea de mama protectoare poate fi mai

mică sau mai mare. La vârste ulterioare, inclusiv în perioada adultă, situația separării de ființele și spațiul protectiv, se poate constitui într-o temă fobică.

Fobia de separare se poate defini ca teamă de a se îndepărta de ființele și locurile resimțite ca protectoare, care dau siguranță subiectului; îndepărtarea condiționează nesiguranță, anxietate și chiar atacuri de panică. Situația se poate realiza fie prin plecarea persoanei protectoare, fie prin îndepărtarea subiectului de aceasta și de spațiul familiar și cunoscut, care dă siguranță; contactul cu persoane și situații necunoscute accentuează anxietatea. La om ea se poate prelungi dincolo de vârsta primei copilării în perioada școlară fiind o componentă importantă a fobiei de școală. Se poate manifesta prin refuzul de a merge singur în excursii, tabere, la diverse manifestări îndepărtate de casă.

Fobia de școală a fost descrisă în perioada începutului școlarității sau la reîntoarcerea din vacanță și constă din neplăcerea de tip fobic de a frecventa școala. Uneori se manifestă la copii după fiecare sfârșit de săptămână, prin acuze somatice care sugerează o boală și cere să rămână acasă. Deseori pleacă de acasă copilul nu se duce la școală, rătăcește prin diverse locuri și nu informează părinții despre situație. Se consideră că starea e pluricondiționată, intervenind și evenimente, experiențe și atitudini nefavorabile experimentate la școală. Dar și situația relațională cu persoane de atașament, de ex. starea depresivă a mamei.

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

Forma cea mai simplă e deplasarea în afara casei, chiar în spații puțin populate dar necunoscute. Mai anxiogene sunt zonele intens populate, magazinele, bazarele cu multă lume, deplasarea cu mijloacele de transport în comun, mai ales dacă sunt aglomerate, cu tramvaiul, autocarul, trenul, avionul departe de locurile



familiale. Deplasarea cu automobilul în prezența persoanelor familiare nu ridică probleme. Uneori pacientul se poate deplasa cu bicicleta.

Este dificilă participarea la spectacole, în săli aglomerate, la ședințe, la întruniri unde sunt reunite multe persoane, nunți, botezuri, etc. Faptul de a fi obligat să vorbească oficial în aceste împrejurări creează o dificultate în plus, la care participă și fobia socială.

În toate aceste împrejurări apare o anxietate crescândă ce conduce la atac de panică. Uneori atacul de panică apare relativ brusc, neașteptat pentru subiectul care până atunci nu a remarcat sensibilitatea sa față de spațiile publice, cu manifestări ce sugerează o intervenție medicală de urgență. După o astfel de experiență, el evită situațiile fobogene respective (departe de spațiul familial și protector, în zone aglomerate, închise, cu ieșire dificilă din ele). Parcurgerea sau prezența în astfel de spații și situații, poate fi uneori posibilă împreună cu o persoană de încredere (conduită de asigurare). Variante ale agorafobiei, în combinație cu alte fobii, pot fi: - Frica de a se deplasa cu trenul sau avionul, caz în care posibilitatea de a ieși oricând din spațiul închis e exclusă;- Dificultatea sau frica de a călători și a sta singur în locuri îndepărtate și necunoscute în care intervine nefamiliaritatea și sentimentul lipsei de protecție.

Condiția agorafobiei, a anxietății de separare și a celei sociale, scoate în relief starea de rău pe care o poate trăi subiectul când se află departe de zona protejată și sigură a spațiului locuinței, alături de persoanele de atașament. În patologia propriu zis fobică, factorul cel mai liniștitor e prezența unei persoane de încredere (de atașament) pe care subiectul o resimte puternică și protectoare; precum și a unei ambiante fizice cu care e familiarizat (așa cum e „acasă”). Această condiție contrastează cu starea de rău anxios fobic pe care o trăiesc pacienții cu Tb. obsesiv compulsivă (TOC), ce se desfășoară tocmai în intimitatea locuinței și în proximitatea sinelui corporal. Aceasta constă în fobii de contaminare, în problematica ordonării și în ritualurile actelor cotidiene, incluzând plecarea de acasă. Desigur, frecventarea

locurilor publice „murdare”, accentuează fobia de microbi și în TOC. Dar în această patologie, disfuncția psihopatologică atacă tocmai zona care apare ca fiind protectoare pentru o importantă arie a patologiei anxios fobice.

Atât pacienții cu tulburări anxios fobice cât și cei cu tulburări obsesiv compulsive se înscriu în clasa tulburărilor internalizate. În raport cu aceștia, cei cu tulburări externalizate impulsive conflictuale au de obicei o dispoziție stenică, ergică și asertivă. În cazul tulburărilor de conduită, a tulburărilor de personalitate antisocială și a psihopatiei – ce vor fi comentate în cap următor - reactivitatea anxioasă chiar poate lipsi complet. Totuși, deși aceste variante există, o înțelegere dimensională și multifacetată a psihismului persoanei, relevă deseori variate oscilații și mixtări ale dispozițiilor afectiv comportamentale.

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

Trăirea situațională a fricii și anxietății în normalitate se desfășoară în primă instanță reactiv, corelându-se cu descifrarea iminenței unui eveniment ce are semnificația de pericol, agresiune, suferință, moarte. Ea se poate manifesta intens, chiar anormal, pe parcursul raportării subiectului la o astfel de situație. Dar și ca o anticipare sau ca o consecință a sa. Astfel, psihiatria înregistrează dg. de tulburare de stress posttraumatic ce se instituie ca o consecință a unui eveniment trăit extrem de stresant, cum ar fi amenințarea vieții subiectului sau a celor dragi; o perioadă după ce aceasta s-a consumat, subiectul intră într-o stare anxios fobică ori de câte ori se află în contact cu un obiect ce-i amintește de întâmplarea respectivă, dezvoltând și conduite de evitare în raport cu acestea. O altă eventualitate poate deriva din trăirea unei stări penibile, de rușine intensă, de ex., cu ocazia eșecului la un examen. (Chenar 18 ); iar ulterior subiectul dezvoltă o conduită de evitare anxios fobică a situațiilor în care trebuie să se expună la o evaluare publică, sub forma unei tulburări de anxietate socială. Pregătirea pentru o incursiune periculoasă activează și ea, automat disponibilitățile anxios fobice. Deși fenomenologia anxietății fobice e strâns corelată

cu parametrii spațiali ai trăirii situaționale, coordonatele biografic temporale de raportare ale subiectului la situație și la lumea umană intră și ele în joc. Și la fel, existența sa într-o ambianță mundană nesigură. Trăirea culpei este de asemenea însoțită de anxietate. Încălcarea normelor poate condiționa, la rândul său, preocupări anxioase față de descoperirea și sancționarea ei. Viziunea psihanalitică asupra conflictului intrapsihic, generator de anxietate bazală în nevroze, se plasează în această zonă.

Evenimentele neplăcute amenințătoare pe care subiectul le trăiește în prezent, pot contribui deci la apariția unor stări psihopatologice, nu doar dacă sunt resimțite ca deosebit de intense în prezent. Ci și dacă alte evenimente similare s-au repetat într-un interval relativ scurt; iar terenul personalistic este temperamental predispus spre anxietate. O astfel de predispoziție sau vulnerabilitatea temperamentală caracterială - în cazul de față în direcția unor manifestări anxioase - poate fi condiționată parțial și genetic, printr-o anumită configurație a neurotransmițătorilor cerebrali. Dar ea se poate edifica și pe parcursul ontogenezei, prin influențe persistente în cursul maternajului și educației, prin cumularea biografico identitară a unor lungi perioade de influențe nefavorabile continui; și/sau prin depozitarea în memorie a câtorva secvențe de evenimente intens anxioase. Pe un fundal astfel pregătit, provocări amenințătoare recente și actuale, conjugate cu lipsa factorilor protectori, pot conduce la instituirea unor trăiri anxioase fobice anormale din aria celor comentate; astfel încât dispoziția adaptativă de tip internalizat anxios fobic, ajunge să se manifeste la semnificații minore, într-o modalitate intensă, rigidă, excesivă, distorsionată în sens psihopatologic, sub forma unor tulburări diagnosticabile clinic.

Dar, structura funcțională a dispoziției anxietății fobice pre-există la orice om, cu valențe adaptative, în însăși organizarea psihismului său identitar normal; fiind „la dispoziția sa” și în perioadele în care ea nu se manifestă efectiv. Se mai poate apoi concepe faptul că, în urma cumulării unor factori ca cei menționați mai sus, funcționarea stării dispoziționale anxios fobice să devină pentru o anumită

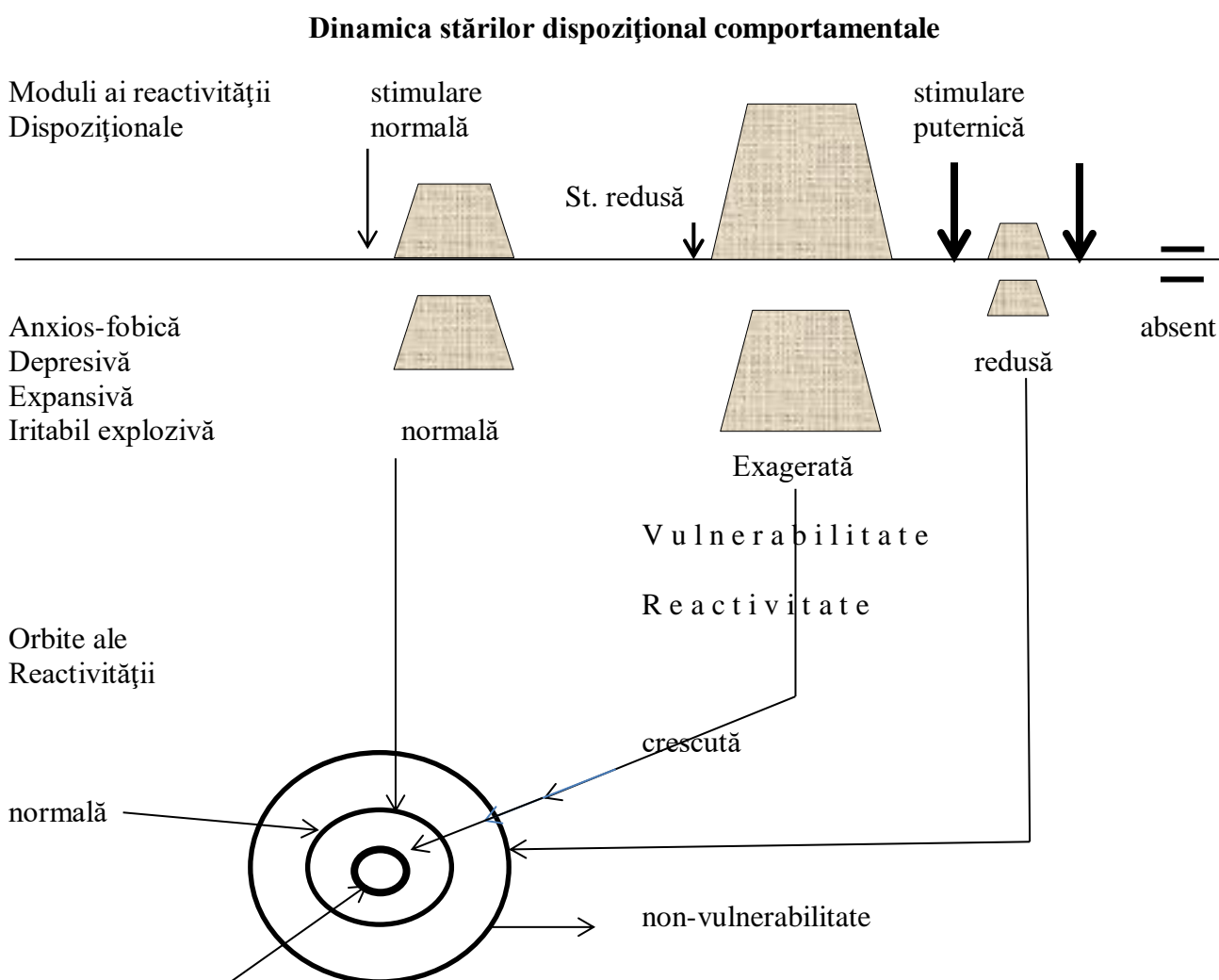
perioadă de timp hipersensibilă. Ca un fel de „salt”; sau mai bine spus ca o „cădere” și plasare pe o orbită aparte, în însăși interiorul structurii identitar caracteriale. (Comparația s-ar putea face prin analogie cu salturile pe „orbite de tip cuantic” din fizica sub atomică). Și ea s-ar putea menține o perioadă de timp într-o astfel de poziționare excentrică, favorizând reacții hipermetrice insuficient de justificate, chiar dacă factorii ce le condiționează nu mai sunt prezenți. Iar pentru a se reveni la o stare normală, ar trebui să reușim să readucem respectiva stare dispozițională pe orbita sa obișnuită de manifestare, în fundalul dispozițional.

Dacă trecem dincolo de evenimentele fobogene actuale și recente, dincolo și de vulnerabilitatea de fond și de anormalitatea tipologico caracterială a persoanei, nu putem ignora nici faptul că, anxietatea fobică este o disponibilitate pe care psihismul uman o moștenește din biologie; unde astfel de stări sunt normale și utile, având o valoare adaptativă. Aceasta e teza psihopatologiei evoluționist culturale. Care poate fi în principiu acceptată. Subliniindu-se însă faptul că, dispoziția anxios fobică are o serie de particularități de manifestare fenomenologică la specia homo sapiens; și mai ales la variantele psihismului acestuia din ultimele milenii ale istoriei. Iar apoi, se cer acceptate și specificități în diverse socio-culturi, datorate normativităților specifice unei culturi, obiceiurilor, practicilor și credințelor unor populații istorice date; din care persoanele individuale se împărtășesc.

Tulburările anxioase pot fi deci înțelese în mare măsură, ca derivând din manifestarea unor structuri modulare dispoziționale, afectiv-comportamentale firești și adaptative; care, deși sunt intrinseci și în principiu utile persoanei, intră în joc și se manifestă deficitar, distorsionat, insuficient de motivat, exagerat; în contextul unor deficiențe de funcționare ale psihismului individual. Manifestări anormale care, acaparează psihismul persoanei, decontextualizându-l. De ex. la copil, anxietatea separării de mamă sau de persoana de atașament protectoare face parte din normalitatea personogenezei. Ea poate avea însă manifestări particulare, excesive, excentrice sau aberante. Și la fel, reacția de rușine la evaluarea publică a unor

performanțe nereușite, ce stă la baza anxietății sociale (Chenar 16). Sau reacția subiectului față de simptomele ce sugerează o boală. Dar chiar aceste trimeri spre normalitate ne pot aminti că, intensitatea reacțiilor în astfel de împrejurări este inegal răspândită în populația generală, chiar în afara oricărei patologii. Există copii mai

Chenar 16



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

îndrăzneți ce se manifestă fără grijă, departe de protecția maternă; și copii extrem de dependenți și anxioși. La fel stau lucrurile și în cazul rușinii.

.Comentând psihopatologia stărilor dispoziționale, e important să fim atenți în primul rând la deficiențele ce intră în joc când se alunecă spre psihopatologie. Privitor la trăirile anxios fobice, acestea pot fi potențate prin deficiența accesului și controlului informațiilor noi, ca în cazul întunericului, zgomotului, a insuficienței organelor receptoare, a dificultății de a ajunge la unele surse de informare etc. În împrejurări tensionate, de anticipare a unui iminent pericol, noile informații se cer a fi bine conturate și identificate perceptibil, pentru a se conjuga cu fundalul de cunoștințe și abilități mnestice la care subiectul va trebui să apeleze pentru a-și putea schița adecvat proiectul de raportare situațională; care poate fi de confruntare sau de retragere.

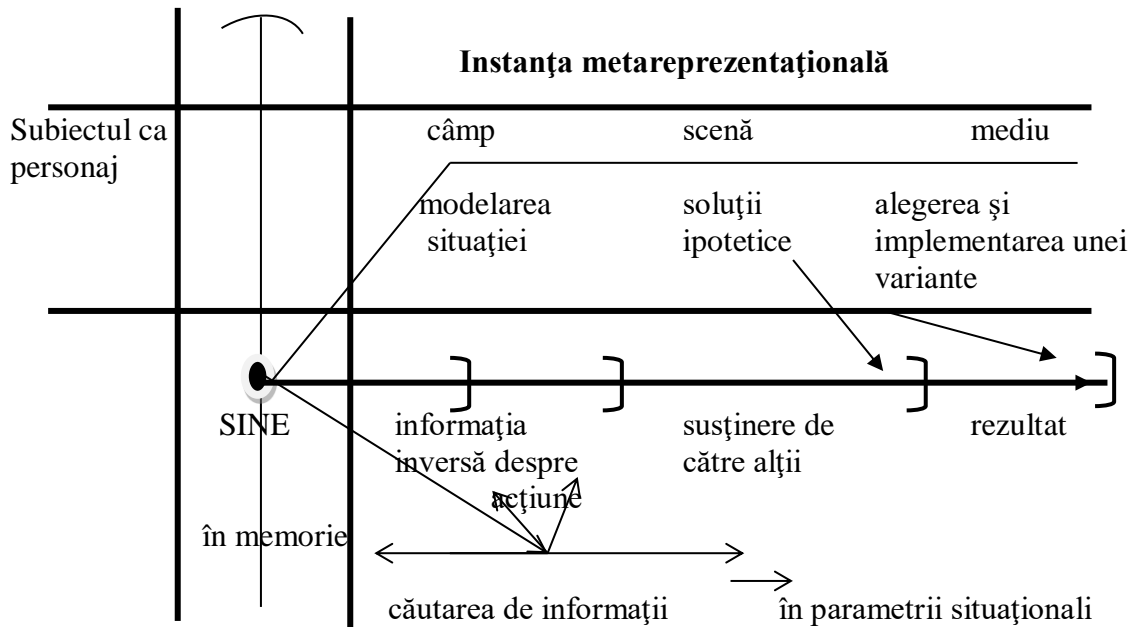
Un alt factor important îl poate reprezenta conștiința insuficienței mijloacelor proprii de a reacționa adecvat. Dacă subiectul știe că nu are o dotare energetică sau instrumentală suficientă pentru confruntare - sau pentru retragere, ascundere, pentru a solicita protecție, sprijin sau ajutor - anxietatea fobică se poate accentua. În mod special intră în joc evaluarea controlului asupra parametrilor spațiali ai situației, înțeleasă ca un câmp al acțiunilor posibile.

Astfel de observații atrag atenția asupra faptului – constant repetat – că, în fața situațiilor problematice, subiectul se autoplasează într-o instanță meta-reprezentatională, a posibilelor, pe care proiectează prezența sa atât în conjunctura dată și eventualitățile de soluționare le acesteia. Instanță ce funcționează ca un câmp de evaluare, aproximare și operare pe modele; și care stă în spatele manifestărilor sale exterioare actuale.(Chenar 17). Când se angajează într-o acțiune, în vederea rezolvării unei probleme situaționale sau a implementării unui proiect, subiectul evaluează situația pe care o centrează din perspectiva tuturor parametrilor săi relevanți. El are în vedere direcțiile previzibile de evoluție ai acestora și accesul său la resursele disponibile, ținând cont de acestea în elaborarea

planului său de intervenție; dar, în această arie se poate infiltra și imaginarul, creativ sau deformativ. După ce ia o decizie, subiectul trece la implementarea controlată a acțiunii sale cu scop, procesând în permanență informațiile actuale privitoare la metamorfoza previzibilă a situației în care e angajat; cu atenție crescută asupra parametrilor spațiali ai acesteia. Căci, așa cum s-a menționat, pentru a realiza o acțiune eficientă, subiectul simte nevoia de a se afla pe un suport ferm, fiind bine orientat în ceea ce privește direcțiile; și mai ales distanțele și accesul la drumurile importante spre un anumit obiectiv. Sentimentul pierderii controlului asupra parametrilor spațiali ai situației, e una din condițiile de bază a trăirilor anxioase fobice.

Chenar 17

**Câmpul psihic al acțiunii de rezolvare a unei probleme situaționale**

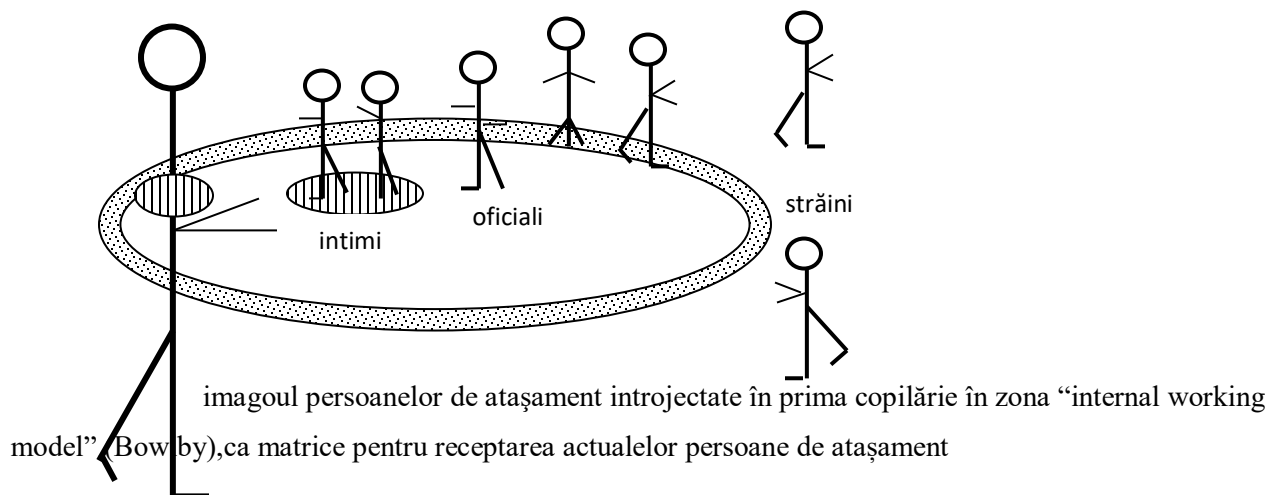


Câmpul acțiunii e un mediu sau o scenă pe care și prin care acțiunea se realizează



Chenar 18

### Câmpul psihic al relaționărilor interpersonale



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

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

Un rol major în trăirile anxioase fobice îl joacă evaluarea, obiectivă dar și subiectivă în interiorul modelului său meta-reprezentational, a stărilor în care se află relaționările sale interpersonale; tot în perspectiva raportărilor spațiale, dar acum a unei „spatialității antropologice”. Sentimentul ferm, convingerea că se poate baza pe sprijinul, pe suportul altora puternici, reduce anxietatea fobică. Și la fel sentimentul că își poate ține dușmanii la o distanță convenabilă, astfel încât să aibă controlul raportării. S-ar putea formula că, relaționarea interpersonală

intersubiectivă - ce se sprijină pe rețele sociale proxime - se constituie în reprezentarea subiectului într-un „câmp psihic interpersonal” (Chenar 18), care participă la configurarea modelului său meta-reprezentational de raportare la situație. Configurarea conjuncturală a acestui câmp este aceea care dă subiectului sentimentul că poate conta pe alții. Că alții sunt „prezenți în apropiere și îl sprijină”, sau că „e părăsit de toți”, „singur pe lume”, fără niciun sprijin. Dar această metareprezentare e și trans-situațională, ea stând la baza resimțirii și reprezentării relației sale cu alții pe termen mai lung; susținând și sentimentul sau convingerea de persecuție paranoidă și a altor scenarii relaționale, normale și delirante.

Tulburările anxios fobice circumscrise în DSM-5 - care tradițional erau incluse în aria tulburărilor nevrotice - sunt suferințe ce nu se corelează direct și explicit cu evenimente trăite recent; așa cum ar fi o reacție acută de spaimă sau de rușine. În plus au și o durată lungă de manifestare. Dar, așa cum s-a comentat mai sus, ele se pot corela cu un cumul de situații stresante anxiogene; și cu saltul predispoziției corespunzătoare pe o orbită de funcționare excentrică. În plus, observațiile și sistematizările psihopatologice au identificat configurări anxioase și la nivelul tulburărilor de personalitate. În DSM-5 sunt menționate în Capitolul corespunzător acestora trei variante tipologice ce se manifestă pe un fundal dispozițional internalizat anxios: TP evitantă, TP dependentă și TP obsesiv compulsivă; toate plasate în Clusterul C. Vom aminti în continuare primele două, ultima fiind comentată în Cap.4.

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

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

Trăsăturile menționate mai sus ce caracterizează TP evitantă sunt, în mod evident, similare cu trăiri din tulburările de anxietate socială. Doar că sunt extinse la o condiție de fond, temperamental-caracterială a unei personalității anormale; bazată pe hiperemotivitate socială, redusă asertivitate și stimă de sine. De fapt, cercetările clinice au confirmat această apropiere, ce susține ideea de continuum între cele două tulburări. Anxietatea ce se exprimă în acest caz, se corelează cu un sentiment precis; cel al scăderii stimei de sine în situații publice, cu trăirea rușinii. Rușinea s-a structurat în psihismul omenesc, desigur, odată cu diferențierea ce s-a petrecut în viața comunităților sedentare între existența din zona intim familială și cea public oficială, din agora. (Chenar 17). În agora publică se cere purtată o anumită îmbrăcăminte și respectate reguli de comportament precise, condiții necesare pentru a se menține respectul și considerația celorlalți. În acest context a apărut și pedeapsa la oprobriul public, expunerea condamnatului, dezgolit, la stâlpul infamiei, într-o batjocora mulțimilor. Variantele psihopatologice ale trăirii rușinii se exprimă însă, dincolo de Tb. de personalitate evitană și de anxietatea socială și în sd. senzitiv de realitate, care străbate orbita psihotiformă.

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

Chenar 19

### Specificitate umană a trăirii rușinii și psihopatologia

Dacă starea depresivă poate fi înțeleasă comprehensiv ca și consecutivă unei pierderi, se cere comentată în același sens și reacția de rușine. Psihopatologic aceasta poate fi corelată cu condiția anxietății sociale cu cea a personalității evitante și cu sentimentul supravegherii din sd. senzitiv de relație, ce se plasează la marginea orbitei psihotiforme.

Se poate considera că, la fel ca în cazul depresiei, rușinea se instalează în urma unei pierderi; care în acest caz 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 sindromul maniaco). Celălalt sens al râsului exprimă o atitudine de inferiorizare, de superioritate – uneori 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 altora, al tuturor”. Acest râs se poate extinde și în zona zâmbetului, care acum se exprimă cu un “aer de superioritate condenscententă”: zâmbet batjocoritor, cu subînțelesuri, cu aluzii.

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

Un profil personologic precum cel de mai sus indică, evident, o atmosferă anxioasă care înconjoară existența persoanei respective, din cauza unei majore neîncrederi în sine; și a lipsei capacității de a decide și acționa singur, în numele său. Deci, subiectului îi este slab dezvoltat nucleul „agenției” proprii, care să-i permită să-și ia soarta în propriile mâini, prin acțiuni personale. Căci responsabilitatea acțiunii în general - și în mod special a creației - se desfășoară în marginea anxietății. Dependentul anxios se polarizează cu psihopatul sigur de sine, care e indiferent față de soarta altora. Precum și de schizoidul apatic și indiferent, care e neinteresat nu doar de persoanele din jur ci și de sine.

Cazul persoanei dependente ne trimite la circumplexul atitudinilor interpersonale – ce va fi comentat în Capitolul 2 - a cărui axă verticală se desfășoară între dominația autoritară și dependența sumisivă. La polul superior al circumplexului, cel al agenției autoritare și dominatoare, se plasează TP antisocială din DSM-5; precum și clusterul psihopatiei. TP dependentă, care se agregă spre polul inferior al circumplexului, are o agenție nefuncțională, fiind incapabilă de a lua decizii și de a se autoadministra printr-o pronunțată nesiguranță și neîncredere în sine. De unde nevoia sa permanentă de dependență. Desigur, prin ea însăși, dependența nu generează anxietate, dacă odată cu ea subiectul se simte complet protejat, condus, dirijat. Dependența poate însă masca o nesiguranță de sine anxioasă, ce iese la iveală de îndată ce persoana dominantă și garantă a securității sale nu mai e în apropiere. De altfel, dependentul poate fi nu doar marginal anxios, ci și indiferent; ca în cazul unei apato abulii deficitare. Alături de comentarea unei disponibilități crescute pentru anxietate în general – și față de cea socială în special – se cer avute în vedere, deci, și variantele tipologic temperamentale în care aceasta e scăzută sau chiar absentă. În capitolul următor va fi abordată și dispoziția indiferentă, a celor lipsiți de emotivitate anxioasă și socială.

Tb. de personalitate obsesiv compulsivă – ce va fi comentată în Cap.5 – se manifestă pe un fond de generală nesiguranță de sine, subiectul fiind într-o permanentă tensiune de a ține sub control situațiile, relaționările, incluzând și un permanent autocontrol. Contextul anxios al patologiei obsesionale simptomatice se exprimă la doi poli. Pe de o parte anxietatea fobică de a nu-și putea controla propriile obsesii compulsive agresive; pe de altă parte la nivelul unei vulnerabilități necontrolabile a persoanei corporale față de agenți periculoși neperceptibili (obsesia de contaminare). Patologia obsesională se înscrie pe o diagramă a relaxării funcțiilor psihice ale coerenței centrale, ce se extinde de la autismul developmental la dezorganizarea ideo-verbală schizofrenă. Din această perspectivă merită subliniată diferența dintre agresiunea contaminantă asupra sinelui corporal – care se referă la o alteritate nedefinibilă; și sentimentul de ostilitate și agresiune personalizată din paranoide.

Privind din perspectiva mai sus menționată, în aria tb. de personalitate marcate de dispoziția anxios fobică s-ar înscrie și varianta suspiciunii paranoide. Sistemica nosologică a DSM-III-5, care e orientată categorial nosologic, preferă însă să o plaseze pe aceasta într-o clasă distinctă de grupajul celor trei menționate în Clusterele C, datorită trimerelor clinice spre patologia psihotic delirantă paranoică. În perspectivă psihoantropologică însă, ea aparține tot în aria dispozițională anxios anxios fobică.

Diapazonul trăirilor anxios fobice ale omului, normale și patologice, se etalează pe întreaga dimensiune ce se întinde între nemijlocitul trăirii situației prezente pe de o parte ( între parametrii căreia se petrec reacțiile psihopatologice comprehensive); și, pe de altă parte, fundalul structurii caracteriale ai persoanei identitare ( care asigură profilul temperamental caracterial al acesteia). În capitolele următoare vom axa asupra unor aspecte psihopatologice comportamentale ce gravitează în jurul acestui de al doilea pol, predominant în variantă externalizat conflictuală.

În Anexa acestui prim capitol ne vom opri însă, pentru o scurtă analiză fenomenologică, asupra prezenței actuale a subiectului la situații. Prezență situațională prin care, subiectul se integrează în lumea sa umană, în cadrul existenței comunitare cotidiene.

## Anexa la Capitolul 2

### Stările psihopatologice și prezentul trăit

Dincolo de aspectul clinic, stările psihopatologice ne provoacă și spre o meditație fenomenologic analitică asupra structurilor constitutive ale psihismului persoanei umane. Vom începe comentariile în această direcție cu o problemă aparent simplă: prezentul trăit și perturbarea acestuia în psihopatologie

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

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

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

Remarcile de mai sus sugerează suficient de clar, credem, importanța faptului de a avea în față o imagine standard a „prezentului trăit” în mijlocul vieții cotidiene comunitare, în calitatea sa de referențial al trăirilor normale; și aceasta ori de câte ori comentăm stările psihopatologice. Vom încerca în cele ce urmează să schițăm conturul acestei teme, asupra căreia se va reveni constant în capitolele următoare.

Orice om își consumă viața parcurgând o succesiune de stări prezente, în cursul cărora el e angajat în rezolvarea unor situații problematice care-l privesc; și care rezultă din inserția sa în viața cotidiană, în contextul unui prezent comunitar. De exemplu, prezentul discuție cu un prieten sau al unei acțiuni profesionale, inclus desigur în prezentul zilei de azi, dintr-o anumită lună și an calendaristic, într-o țară și localitate dată. Prezent învâluit și stratificat prin desfășurarea unor



multiple linii de evenimente intersectate, în plan interpersonal, istoric, cosmic. Prezent ce poate fi inclus într-unul „oficial”, ce se definește pe scena agoriei publice, la intersecția cu practicile instituționalizate ale socio-culturii respective. Scenă pe care se circumscrie temporalitatea istorică a comunității, după norme și definiții pragmatice specifice acesteia.

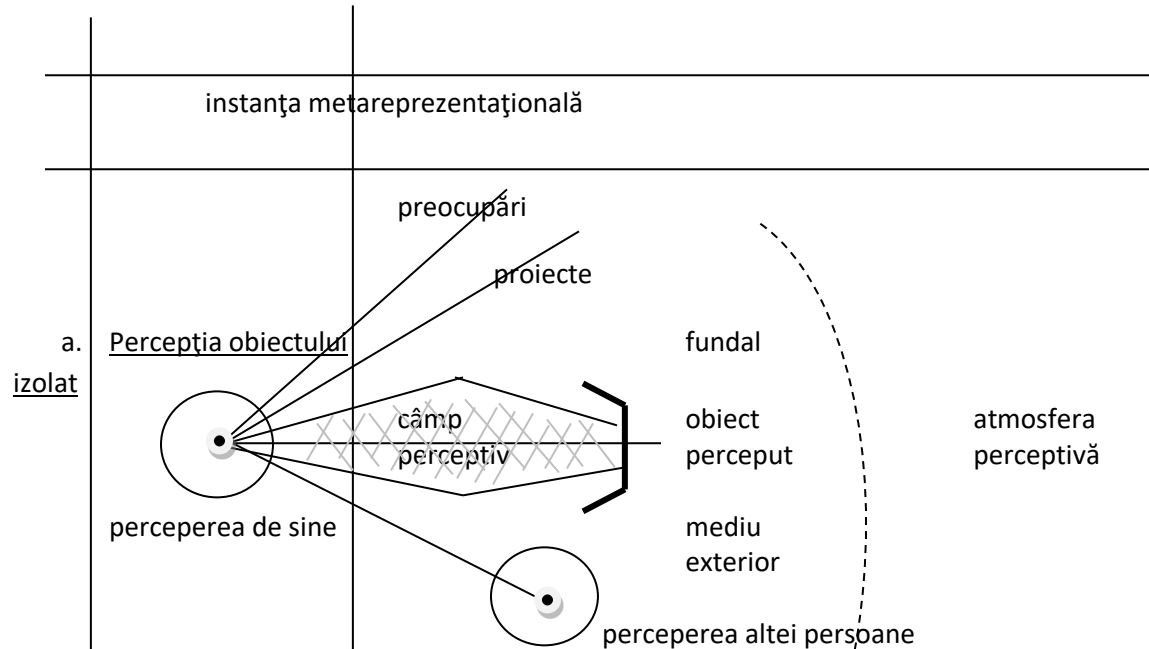
Prezentul trăit de un subiect se corelează, în principiu, cu desfășurarea unei acțiuni actuale în care el e implicat, așa cum ar fi: - a se confrunța cu cineva prin luptă fizică sau prin dialog; - faptul de a transmite sau a recepționa un mesaj; - a susține un curs sau a răspunde la un examen; - a produce sau a repara un obiect de către un meseriaș; - a efectua o operație de către un chirurg; - a executa un tablou de

către un pictor; - a participa la o reprezentație teatrală sau la un concert etc. Stări actuale sunt și cele în care se manifestă intens dispoziții afectiv comportamentale precum: furia dezlănțuită, anxietatea fobică a ascunderii, euforia sărbătorească etc.

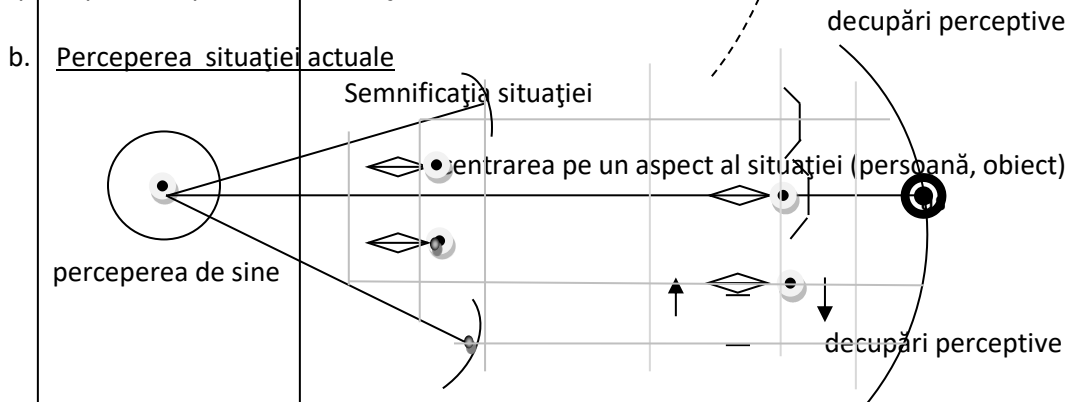
Astfel de „trăiri prezente” pot coagula mai strâns sau mai lax subiectul în jurul sinelui. Când resimte o emoție puternică sau e angajat într-o confruntare pe viață și pe moarte cu un dușman, sinele său e practic absorbit de actualitatea situației respective; iar alte planuri ale angajărilor sale existențiale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

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

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

Chenar 20 **Percepția situației actuale (ca "trăire a prezentului") în raport cu percepția obiectului**

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



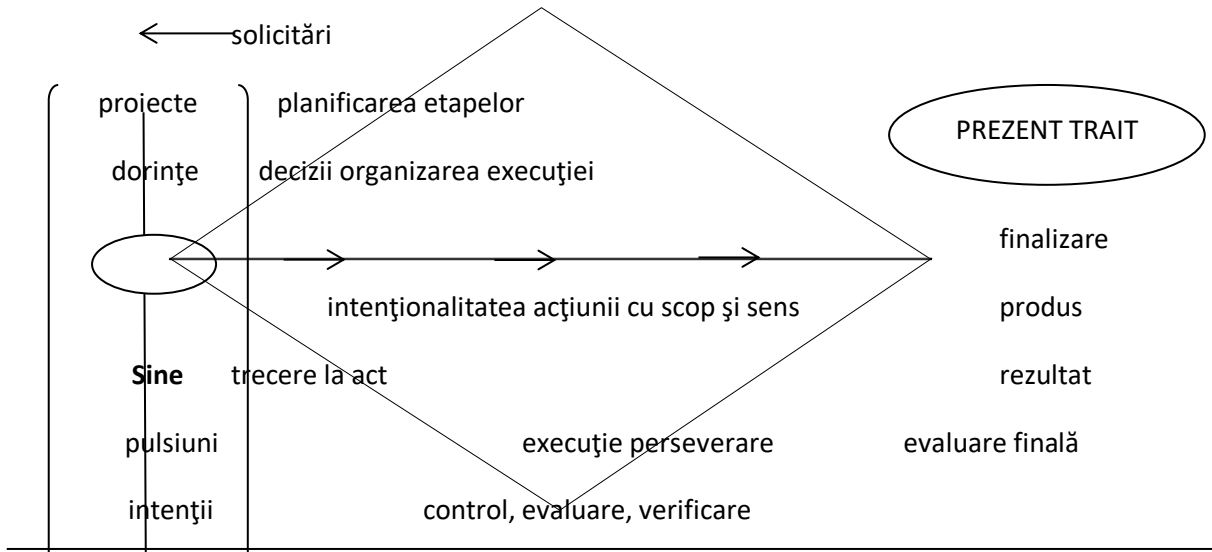
Perceperea unei situații la care subiectul participă împreună cu alte persoane în cadrul unui eveniment, presupune mai multe obiecte și persoane aflate în diverse relații reciproce și cu subiectul. Esențialul percepției constă în acest caz în semnificația situației pentru subiect, centrată pe un aspect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

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

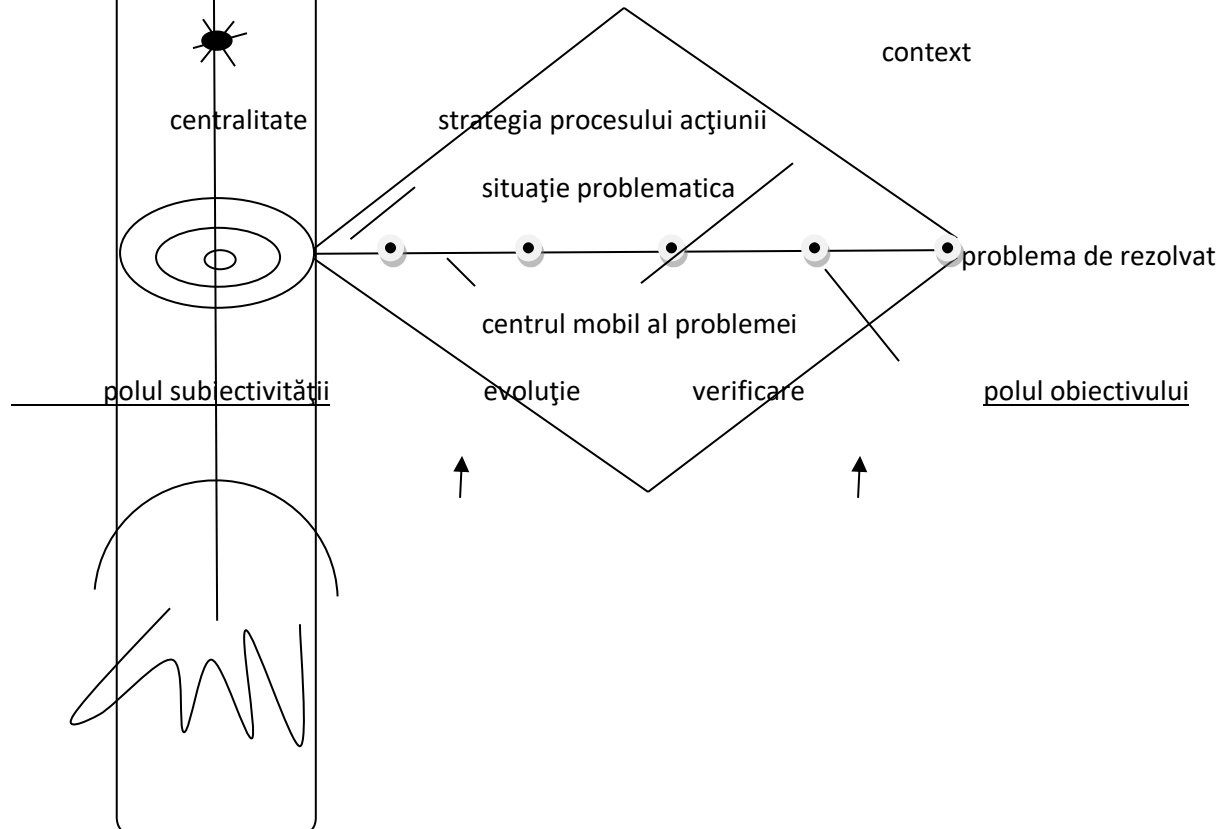
Chenar 22

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

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



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



poate considera că durează până când el rezolvă problema situațională în care este angajat.

Prezentul trăit al unui subiect are, simplist vorbind, o durată și o structură, ce rezultă din însăși acțiunea în care acesta se simte angajat (Chenar 31); și pe care el știe sau presimte că o va integra, după ce o încheie, în trecutul său biografic identitar, memorabil și povestibil. Această potențialitate a relatării viitoare conturează și definește de la început trăirea umană a prezentului. Abordarea prezentului trăit din perspectiva unei acțiuni realizatoare instituie o tensiune între: - nemijlocitul obținerii de informații perceptibile; și - însăși procesualitatea derulării actului, proiectat spre viitor. Iar atât percepția cât și acțiunea presupun o susținere a lor printr-o prefigurare formală, „aperceptivă”.

Dacă ne referim ceva mai detaliat la percepere, aceasta vizează în primă instanță o situație problematică; și abia în subsidiar un obiect individual.(Chenar 19). Iar situația actualmente trăită e decupată și reliefată de către subiect dintr-un context; atât prin semnificația sa resimțită, cât și printr-o configurare spațio-temporală proprie, susținută de apercepția întregului său. Psihologia configuraționistă a abordat și studiat și percepțiile ce se derulează în timp - precum o melodie sau un mesaj comunicațional; fapt care presupune în mod evident o sesizare intuitivă a întregului, chiar înainte ca melodia sau expunerea respectivului mesaj să se fi terminat. Acest aspect al intuirii aperiective a configurației întregului, a fost abordat de la început de către inițiatorii conceptului de percepție, Leibnitz și Wolff, sub denumirea de aperiectiv; și analizat aprofundat de către Kant. Aspectul aperiectiv al percepției curente a fost luat în considerare și de către semiologia psihopatologică, cu exemple precum incapacitatea unui pacient de a înțelege o frază citită, deși înțelege toate cuvintele ce o compun. Iar tradiția aperiectivă se cere a nu fi ignorată acum, când percepția situațională e privită din perspectiva derulării de către subiect a unei acțiuni . Căci, un comportament actual cu scop, susținut de funcții executive, se derulează și el în interiorul unui „câmp al acțiunii”; care e de asemenea delimitat aperiectiv, ca un întreg (Chenar 38, Chenar 34). Sinteza tuturor acestor aperiectivii la un loc, este cea care configurează limitele actuale ale trăirii prezentului.

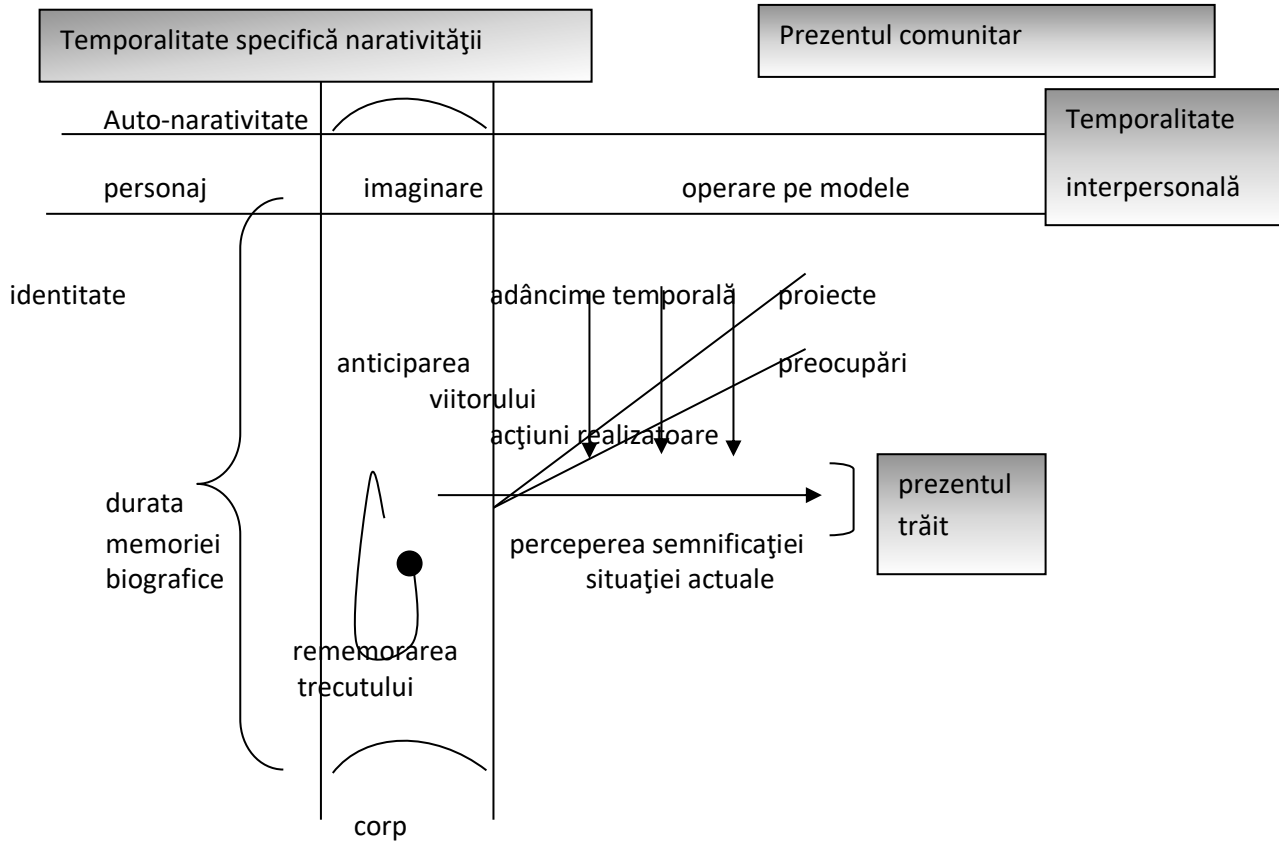
Dacă în primă instanță perceperea pare a aborda realitatea dintr-o perspectivă spațială, în mod simetric acțiunea pare a se impune mai ales prin temporalitate. Cele două aspecte ale raportării intențional comprehensive la o situație dată sunt însă complementare, perceperea și descifrarea semnificațiilor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

interconectate în cadrul unei situații sau a unui eveniment actual. Iar pe de altă parte, acțiunea capătă sens doar prin integrarea secvențelor sale succesive ce se

Chenar 22

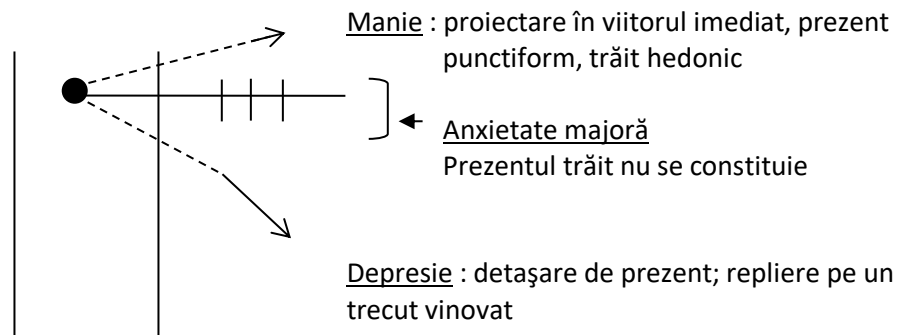
### Structura trăirii prezentului personal

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



### b) Psihopatologia dispozițională a prezentului trăit

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



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

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

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

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

biografice a subiectului încorporat. Structură biografică ce are, de altfel, și o instanță temperamental caracterială și social culturală. Și care susține identitatea persoanei în mijlocul rețelelor sociale (Chenar 21).

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

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

Dincolo de multitudinea dimensiunilor și aspectelor trăirii temporalității, structura actualității trăite se impune constant ca un referențial de bază pentru circumscrierea normalității psihismului uman. Ea se polarizează cu structura identității personale, între ele desfășurându-se evantaiul proiectelor și preocupărilor, modelate prin instanța meta-reprezentatională, susținută de logos. Această organizare psihică e în mod constant susținută, în toate planurile sale esențiale, de structurile funcționale apercceptive ale coerenței centrale. Deficitul disfuncțional psihopatologic alterează această organizare.

## CAPITOLUL 3

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

#### 3.1. Cadrul general al tulburărilor externalizate și stările dispoziționale.

Clasificarea dihotomică a lui Achenbach în tulburări internalizate și externalizate care a fost invocată în primul capitol, poate fi un ghid util, deși relativ superficial, în ordonarea și comentarea multor stări psihopatologice. În aceeași clasă generică internalizată în care se includ. tb. anxios fobice, se plasează și cele obsesiv compulsive și cele depresive, care vor fi abordate în capitole ulterioare. Vom aduce în discuție în acest Capitol tulburările externalizate, cu referire în primă instanță la cele cuprinse în DSM-5 în Cap.13, intitulat **Tulburări disruptive ale controlului impulsurilor și conduitei**. E vorba de o suită de comportamente disfuncționale, impulsive, opozitive, provocatoare și conflictuale ce se manifestă pe parcursul ontogenezei, perturbând relaționarea cu cei din jur; de obicei pe perioade lungi, chiar de ani de zile. Tulburări ce se desfășoară cu menținerea subiectului în cadrul manifestărilor vieții cotidiene. Ele sunt frecvent comorbide sincron; și de obicei se succed pe parcursul ontogenezei. În această clasă sunt incluse în DSM-5 și **Tulburările de conduită ale copilului și adolescentului; precum și Tulburarea de personalitate antisocială**. În corelație cu acest grupaj sindromatic se poate comenta și sindromul deficitului de atenție și comportament din copilărie (ADHD) care e și el externalizat și obicei le precede pe cele menționate. Pe de altă parte, în același stil externalizat în înțelesul lui Achenbach, se desfășoară și comportamentul „psihopatului” din tradiția lui Cleckley. De fapt, în ultimele decenii problematica tulburărilor externalizate – care inițial viza doar pedopsihiatria – a fost extinsă și la psihopatologia adultului (Kroeger 1994, 1998), implicând explicit tulburări de personalitate și consumul patologic de alcool și substanțe. Odată cu tulburările de personalitate și cu psihopatia, ne plasăm însă la o extremă a psihopatologiei nepsihotice, ce se derulează în mijlocul vieții cotidiene,



trimitând la deficitul disfuncțional al structurii caracteriale a persoanei; și care se plasează la un pol opus în raport cu tulburările reactive anormale, circumstanțiale. Majoritatea tb. incluse în Cap. 13 DSM-5 sunt intermediare între acești doi poli.

Tulburările externalizate menționate, la fel ca cele internalizate de tipul anxietății fobice și depresiei, au la bază disfuncția unor stări dispoziționale; de data aceasta cu accent pe cele interpersonale, agresive și opozitiv conflictuale. Dată fiind importanța stărilor dispoziționale în manifestarea psihismului normal și patologic, se va relua la acest nivel analiza acestora începută în capitolul precedent, de data aceasta cu accent pe relaționarea interpersonală.

Deși în limbajul cotidian expresia de „dispoziție” e folosită mai ales cu conotație afectivă (e.g. „bine sau prost dispus”), fenomenologia stărilor dispoziționale poate viza, așa cum deja s-a menționat, preeminent trei direcții interconectate : un obiectiv comportamental pragmatic, relaționarea cu alții și autoevaluarea. În perspectivă comportamental pragmatică, prim planul unei stări dispoziționale, poate fi orientat spre o investigație, spre efortul realizării unui produs sau a unei opere, spre o acțiune eficientă creatoare, spre inițierea unui eveniment cultural etc.; dar și către o perioadă de refacere, de reculegere sau contemplare. D.p.d.v. relațional, în prim planul poziționării dispoziționale se poate manifesta o stare de suspiciune, de ostilitate agresivă, de confruntare beligerantă, de dominare manipulativă; împrejurări în care, celalalt e ținut la distanță. Iar în aria relaționărilor intime, dispoziția de relaționare poate fi orientată spre cooperare în activități curente; sau spre deschidere empatică, întru apropiere duală intimă. Când privește incidența autoevaluării, dispoziția se poate centra o autodeprecieri depresivă sau pe o euforie congruentă autoevaluării pozitive, megalomană uneori; eventual pe o incertitudine și nesiguranță anxioasă.

Stările dispoziționale pot fi înțelese în primul rând ca disponibilități de manifestare adaptativă ce se actualizează în anumite împrejurări; dar ele se pot impune și ca moduri relativ persistente de raportare comportamental

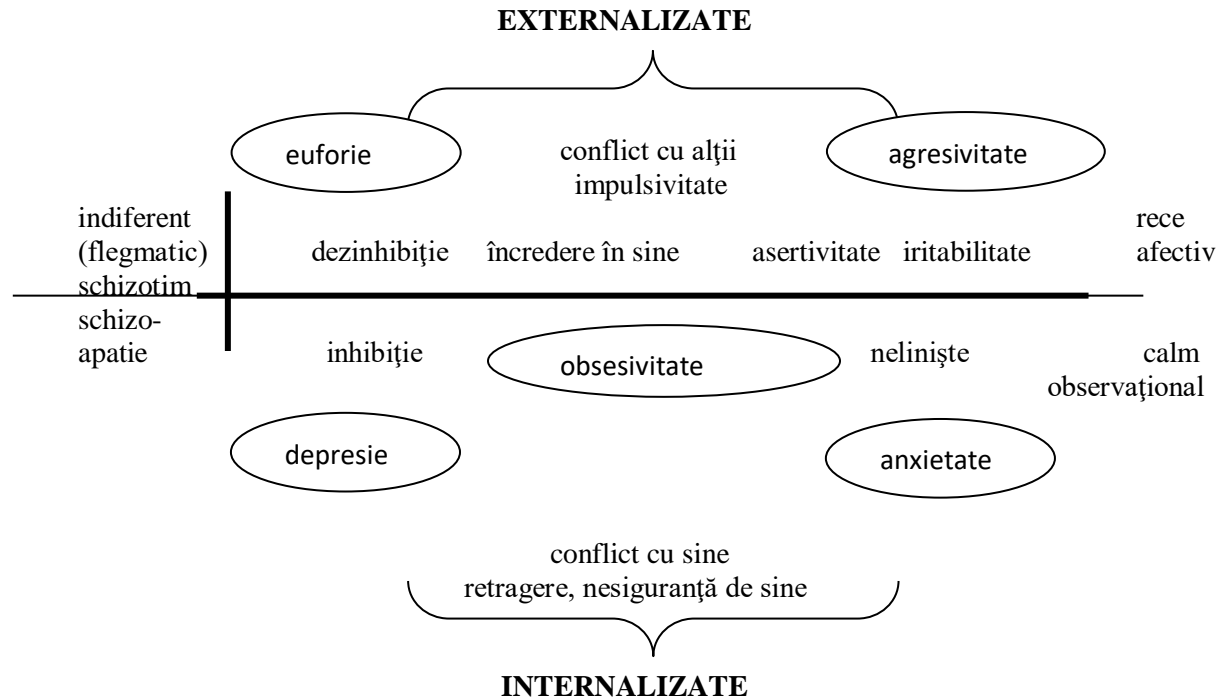
temperamentală, uneori ajungând să susțină un profil caracteriologic. În psihopatologie, dispozițiile depresive, maniacale sau anxios-paranoide – care pot fi considerate ca având un statut aparte - se pot manifesta și în variante psihotice. Tulburările comentate în acest capitol sunt centrate însă de dispoziții interpersonale asertive, agresiv conflictuale ce se manifestă în cadrul vieții de zi cu zi perioade mai îndelungate de timp. De aceea se va aborda ceva mai detaliat la acest nivel și problema psihologiei relațiilor interpersonal sociale. (Paragraf 3.5)

S-a comentat deja că, cel puțin unele stări dispoziționale umane ca de ex. cele de anxietate, expansivitate sau retragere inhibată, au corespondențe în biologie. Pentru dispozițiile relaționale, care sunt comentate în ultimul timp din perspectiva „circumplexului interpersonal” (Chenar 25), există de asemenea unele corespondențe în psiho-biologie, intuite deja de modelul lui Bakan utilizat în bio-sociologie. Dar cele mai multe dintre acestea țin de specificul uman al relaționărilor interpersonale, dezvoltat prin maturare și experiențe ontogenetice.

Majoritatea tulburărilor externalizate comentate în prezentul capitol se referă deci la perturbări dispozițional comportamentale interpersonale, ce se manifestă pe parcursul personogenezei. Prezintă importanță însă, chiar și pentru acestea, un sindrom comportamental externalizat nerelațional, ce se exprimă încă din prima copilărie și a atras progresiv atenția spre sfârșitul sec. XX, fiind în prezent cunoscut ca ADHD (Attention Deficit/Hiperactivity Disorder).

Chenar 23

## a) Dispoziții afective și comportamentale



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

Stările dispoziționale au o componentă comportamental pragmatică, una afectivă autoevaluativă și una relațională; acestea coexistă și sunt interconectate, în prim plan putându-se impune unul din aspecte. În starea depresivă, comportamentul este inhibat, relaționarea redusă la minim iar trăirea tristă e corelată cu autodeprecieră; raportarea la situații e deficitară global. În stările euforic dezinhibate – de tip maniacal – subiectul e hipersociabil dar la nivel superficial, cu o stimă de sine crescută. Anxietatea afectivă se însoțește de nesiguranță de sine, sentiment de insuficiență, neliniște psihomotorie și nevoie de sprijin și protecție socială; raportarea la situații e tensionată, sub alertă. Dispoziția indiferentă se caracterizează prin dezinteres pragmatic, neimplicare emoțională cu detașare în relaționări, uneori indiferență față de valorizarea propriei persoane. Dispozițiile predominant afective - euforică și depresivă – sunt parțial distincte de cuplul agresivitate/anxietate.

### **3.2. Comportamentul externalizat disfuncțional din ADHD.**

Caracterizarea sindromului ADHD din DSM-5 e următoarea:

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

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

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

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

Dacă am căuta în normalitate o împrejurare în care copilul are în mod normal și adaptativ o atenție mobilă, răspunzând la mai toți stimuli noi și în același

timp deplasându-se curios în ambianță, ne putem gândi la perioada de după 1 an, când el investighează spontan mediul ce-l înconjoară; el pune mâna pe obiecte, le manipulează, privindu-le atent pentru scurt timp, e curios la tot ce e nou. Această activitate exploratorie cognitivă e susținută de obicei de un atașament sigur, copilul împărtășind cu mama privirile, care susțin investigarea.

Modelul infantil al investigării ambianței e o etapă ontogenetică ce e apoi depășită, integrată în alte formule mai complexe de raportare la mediul înconjurător, ce-i implică tot mai mult pe ceilalți; și se desfășoară urmărind scopuri. Adultul investighează și el deseori ambianța; dar cel mai des căutând informații, pe care le obține din variate surse; inclusiv de la alte persoane. Se mai poate face însă și o altă trimitere, de data aceasta filogenetică, la perioada în care specia homo era în faza de culegător vânător.

Pentru omul acelor vremi, investigarea mediului înconjurător în vederea căutării hranei era pe atunci principalul model de raportare la natura ambiantă, aceasta constând din deplasare și o atenție distributivă, realizată prin privire, pentru detectarea informațiilor utile. E vorba de un comportament general adaptativ la toate ființele biologice, orientat spre căutarea noutății și susținut de o atitudine stenică; subiectul fiind pregătit pentru acțiune, inclusiv pentru confruntare. Deși simptomatologia ADHD reproduce doar o parte din acest model comportamental, ea ar putea fi totuși interpretată – susțin psihopatologii evoluționiști - și ca afirmarea unei astfel de disponibilități arhaice, pe care societățile agricole și mai ales cea industrial educativă modernă, nu o mai cultivă. Iar în mod special, civilizația ultimului veac, prin stilul învățământului școlar generalizat, prin muncile și ocupațiile sedentare ale adulților, ar bloca exersarea suficientă a disponibilităților de explorare ambientală prin corporalitate, profund implementate în moștenirea genetică . Astfel încât „schița” vechiului stil de comportament s-ar manifesta uneori excesiv și aberant în noua cultură, ca un “mismatch –

genă/ambianță”. Adică ca afirmarea unui model comportamental ce era adaptativ într-un anumit mediu, dar nu mai este util într-un nou mediu cultural.

Chenar 24

### **Funcțiile executive în specificitatea lor umană.**

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

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

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

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

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

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

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

Sugestia psihopatologiei evoluționiste, deși nu poate fi invocată univoc - în ADHD fiind incriminați argumentat și mulți alți factori etiopatogenetici -, poate fi totuși reținută, necesitând însă câteva comentarii. Modelul comportamental al explorării pentru descoperirea și procurarea hranei, era de fapt orientat spre un scop, fiind integrat într-un proiect ce se realiza de obicei în colaborare; pe când comportamentul din ADHD nu e încadrat în nici un proiect și se desfășoară solitar. Apoi, deficitul ADHD este corelat și cu un deficit al funcțiilor cognitive executive, care susțin executarea unei acțiuni cu scop; dificultatea constând acum în a organiza o acțiune proiectată. Omul a dezvoltat foarte probabil aceste funcții executive în corelație mai ales cu producerea de unelte, care necesită o acțiune orientată spre un obiectiv prefigurat de un model ce se cere reprodus. Și care e realizat apoi, în condiții motorii statice și ale unei atenții concentrate; într-o ambianță de colaborare. Perturbarea funcțiilor executive în psihopatologie va fi reluată odată cu analiza obsesionalității.

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

Modul de manifestare externalizat al persoanelor cu ADHD, în care copilul se află în permanentă mișcare fără a urmări nici un scop, nu doar că este neadaptativ pentru subiect; ci el e și deranjant pentru cei din jur. Totuși ceilalți nu sunt vizați direct de expresivitatea cvasiinvestigatorie instabilă a copilului; căci cei

cu ADHD nu exprimă în mod direct agresivitate față de alții, iar reacțiile lor impulsiv explozive nu-i vizează în primul rând pe ceilalți. La vârsta infanto juvenilă se întâlnesc însă și tulburări ce se manifestă prin izbucniri impulsiv agresive și explozive; iar mai apoi chiar prin acte deliberat provocatoare. În DSM-5 acestea sunt comentate în Cap. 13: **Tulburările disruptive ale controlului impulsurilor și conduitei**. Prezentarea în acest context a respectivelor categorii, e importantă nu doar datorită comorbidității lor crescute cu ADHD, ci și pentru că ele evidențiază importanța în psihopatologie a conjuncției dintre relaționările interpersonale și tulburările dispoziționale.

**Tb. de opoziție și coportament sfidător (Opposite Defiant Disorder – ODD)** se referă la un pattern comportamental cu dispoziție iritabilă furioasă (grief) și argumentare sfidătoare sau vindicativă, ce se manifestă timp de peste 6 luni, asupra indivizilor, animalelor, proprietăților. Subiectul își pierde ușor cumpătul, este adesea supărăcios, furios, revoltat, plin de resentimente. El se ceartă adesea cu autoritățile, refuză să se conformeze regulilor, îi poate inerva deliberat pe alții, sau îi învinovățește pentru propriile-i greșeli. Dacă e fără distrugereri sau leziuni, ea trebuie să se manifeste cel puțin de 2 ori/săptămână mai mult de 3 luni.

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

Tulburările psihice care sunt incluse în categoriile menționate mai sus se cantonează la nivelul relaționării interpersonale, inițial între copil și cei ce-l îngrijesc, ulterior între tânăr și societatea adulților. Ele derivă din comportamente

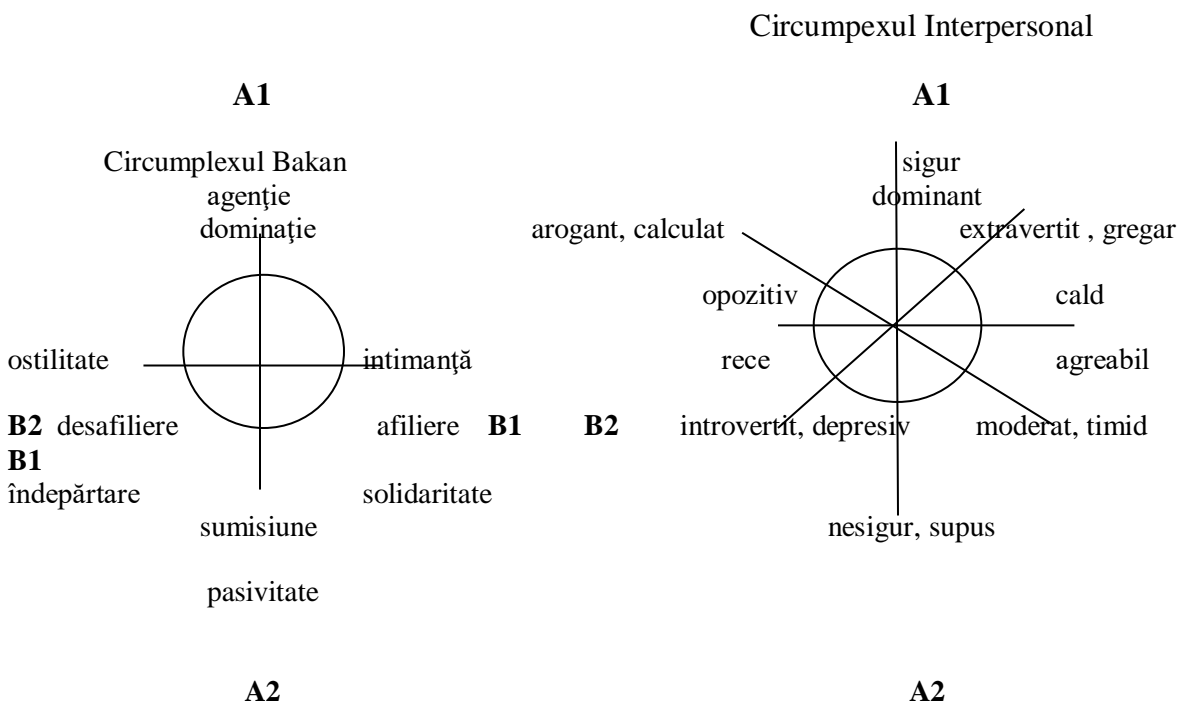


ce se întâlnesc și în normalitate, fiind studiate de psihologia relaționării și caracterizării interpersonale, mai ales prin intermediul doctrinei circumplexului

Chenar 25

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

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



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

interpersonal (Chenar 23). În aceste cazuri psihopatologia nu a introdus niciun “termen tehnic” psihiatric special.

Tb.opozitiv provocatoare se caracterizează printr-un comportament iritabil, reactiv, exploziv, vindicativ, sfidător, pe fondul unei dispoziții disforice. Ea poate apare din perioada preșcolară dar și în adolescența. Deseori precede tulburările de conduită ce apar precoce; dar, reprezintă și un risc pentru apariția ulterioară a tulburărilor anxioase și depresive. Ca adulți, cei ce au avut tulburări opozitiv provocatoare în copilărie mai pot prezenta tulburări de adaptare, incluzând comportament antisocial, probleme de control a impulsurilor, abuz de substanțe.

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

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

Tb. explozivă intermitentă exprimă și ea un insuficient control a pulsionilor agresive și o dispoziție iritabilă și asertiv agresiva față de alții, care poate fi fundată temperamental. Prin simetrie s-ar putea avea în vedere, la un pol opus, copiii și

tinerii retrași și timizi, “sperioși”, care caută mereu protecție, simțindu-se vulnerabili și temându-se de agresiunile altora. Și care sunt mai predispuși ulterior spre anxietate socială și tulburările de personalitate evitantă. Iar o altă variantă ar fi cea a copiilor areactivi, apatici, lipsiți de curiozități și inițiative.

Atât în cazul tulburărilor opozitiv provocatoare cât și în cel al tulburărilor explozive intermitente, poziționarea contrarie față de alții și autorități se manifestă efectiv, în cadrul unor situații tensionate. Ea nu e „tematizată”. ca în atitudinea de permanentă suspiciune a celor cu tulburare de personalitate paranoidă; sau, mai elaborat, în delirul paranoid, în care subiectul e convins că este un personaj aflat sub supravegherea și persecuția unor instanțe ostile; deci, că e cuprins într-un scenariu aberant.

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

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

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

Categoria tulburării dereglării dispoziționale disruptive atrage atenția în mod special asupra fondului dispozițional. O stare dispozițională considerată în general, se instalează ca o montare ce și orientează subiectul într-o anumită direcție a raportărilor la situații, vizând un obiectiv pragmatic sau relaționarea cu alții și autoevaluarea de sine. Adică îl poziționează astfel, încât el e pregătit pentru a avea în vedere anumite modalități de acțiune și angajare conjuncturală (Chenar 11, 20).

Dispoziția exploratorie este una în care subiectul se orientează externalizat și e montat ergic pentru căutare și/sau realizarea unui obiectiv. Dispoziția euforică, de veselie sărbătorească, e una ce deschide subiectul bine dispus spre o sociabilitate gregară și un comportament de petrecere sărbătorească. Dispoziția opozitivă beligerantă, iritabilă, este tot una externalizată și activă, asertiv-agresivă, de confruntare cu alții, de atac și provocare, subiectul având inițiativa (Chenar 23). O dispoziție anxioasă internalizată poziționează însă subiectul într-o condiție de așteptare încordată; adică, a pregătirii pentru retragere, fugă, ascundere, evitare. Și la fel, dispoziția depresivă se manifestă internalizat, prin tendința la retragere, inhibiție, detașare de ambianță, repliere pe sine. Cazul dereglării dispoziționale disruptive are în vedere o situația mai particulară: cea a subiectului care în același timp e iritat și agresiv conflictual, ca în majoritatea dispozițiilor externalizate; dar și depresiv, morocănos, nemulțumit, supărat, disforic. Nu e vorba de o depresie inhibată, pronunțat internalizată; ci de una tensionată, care se mixtează cu manifestări opozitive și impulsiv-explozive. În principiu, depresia iritabil morocănoasă și agresivă, disforică, e diferită nu doar de depresia inhibată; ci și de cea anxioasă, care e și ea neliniștită. Cele două variante se pot însă

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

**Tulburarea de conduită (Conduct Disorder – CD) se referă la un pattern de comportamente repetitive și persistente ce apar înainte sau după 10 ani prin care sunt violate drepturile de bază ale altora, normele și regulile de**

**conviețuire în comun. Criteriile de dg. cer ca, cel puțin 12 luni să fie prezente 15 din următoarele criterii (cel puțin 1 din fiecare în ultimele 6 luni):**

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

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

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

Felul în care e caracterizată dispoziția la tinerii cu tulburare de conduită – prin „limitarea emoțiilor - ar putea fi încadrată într-o variantă aparte de atitudine dispozițională față de lume, cea a indiferenței. (Anexa Cap.11) Dar atitudinea indiferenței poate avea mai multe variante. Astfel ea poate fi globală, față de lume

în ansamblu, față de alții și de sine, așa cum se întâlnește în schizofrenia deficitară apato abulică, plasată în plină orbită psihotiformă; precum și la tulburarea de personalitate schizoidă, desigur într-o măsură mai mică. În cazul tulburării de conduită și a tulburării de personalitate antisocială, întâlnim doar o indiferență anemotivă și lipsită de rezonanță afectiv empatică față de alții; în condițiile în care interesul față de lume și sine se păstrează, subiectul fiind capabil de interese egoiste și acțiuni complexe de manipulare a celorlalți. El manifestă lipsă de remușcare și sentimente de vinovăție. E rece afectiv, lipsit de empatie; și în plus, poate fi indiferent și față de propriile performanțe. Afectele sunt superficiale sau deficitare. ( E de remarcat că, o anumită răceală afectivă anemotivă – mai ales cu absența emoției de frică – poate fi o trăsătură personalistă care e utilă în unele profesii riscante).

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

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

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

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

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

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

**Comportamentul nu se datorează altor tulburări mentale.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Caracterizarea tulburărilor de personalitate antisocială din DSM-5 include manifestări disruptive impulsive ca cele care au fost comentate în perioada dezvoltării (3-impulsivitate; 4-iritabilitate, agresivitate); precum și manifestări incluse în dg. Tb. de conduită a copiilor și tinerilor (2-incorectitudine, minciună; 7-lipsă de remușcare). Dar spectrul manifestărilor e mai larg, incluzând și neglijența față de siguranța altora (de ex. a propriilor copii), neonorarea obligațiilor financiare etc. De fapt, e vorba de un diapazon infracțional larg, ce include înșelăciunea (excrocheria), abuzarea și exploatarea crudă a altora, comportamente sadice etc. Cazuistica penitenciară, în care se găsesc multe persoane cu astfel de diagnostic,

indică cazuri de omoruri planificate cu sânge rece, de criminali în serie, sadici; precum și de persoane care-și planifică foarte riguros nu doar acțiunile infracționale ci și aparenta lipsă de culpabilitate, construind conjuncturi astfel încât vina să cadă pe alții. Cazuistica de acest tip intră și în clusterul denumit tradițional „psihopatie”, în tradiția descrierilor inițiale ale lui Cleckley. În discuție nu e doar aspectul disocial și infracțional, ci și cel psihologic. Și anume, din perspectiva anafectivității relaționale, a cruzimii sadice, a egoismului hedonic, a seducerii și manipulării altora, a construirii de scenarii care să-l dezvinovățească etc. Astfel de aspecte psihopatologice ne conduc mult mai departe decât aspectul „externalizat” a cazuisticii de comportament investigator, disruptiv impulsiv, exploziv. De aceea se va comenta separat problema tulburării de personalitate (T.P.) și a clusterului psihopatiei.

În cadrul TP, cea antisocială apare ca un tip caracterizat în mare măsură prin aspectul infracțional care e ușor obiectivabil. Faptul a făcut ca în studiile epidemiologice populaționale desfășurate în SUA (Epidemiological Catchment Area și The National Comorbidity Survey – NCS) să fie singura TP cercetată. Dar același aspect, care are în vedere comportamentul infracțional ghidat de normele de conviețuire din țările euro atlantice, face dificilă identificarea unei cazuistici similare în țări din alte zone decât Europa și America de Nord. E de reținut totuși faptul că la baza descrierii TP antisocială din DSM-III a stat un studiu longitudinal (Robins, 1960) care a urmărit evoluția în timp a copiilor cu tulburări de conduită, dovedind corelația dintre acestea. De aceea și în prezent, în DSM-5, această TP e menționată și în capitolul Tb. disruptive ale controlului impulsurilor; care se referă în mare parte la tulburările comportamentale din perioada infanto juvenilă.

Constructul TP antisocială din DSM-5 e însă mai puțin unitar în ceea ce privește disfuncția la nivelul identitar al persoanei. În descrierile mai detaliate ale manualului, unele cazuri se prezintă ca egosintone, cu bună sociabilitate, încadrabile deci în clusterul B. Dar altele tind spre depresivul iritabil, impulsiv și



suspicios. Grandiozitatea ar putea fi o trăsătură narcisică. Suspiciunea sugerează interferența cu paranoia, iar anafectivitatea cu schizoidia. Ambiguitatea acestei categorii a făcut ca în cadrul psihiatriei să rămână deschisă problema psihopatiei. Inclusiv a celei descrise în 1941 de Cleckley. Problematika tradiționalei psihopatii se înscrie cu evidență în cadrul tulburărilor externalizate. Motiv pentru care îi vom comenta pe scurt istoria.

### **3.4. Problema psihopatiei**

**a/ Psihopatia în viziunea lui Cleckley și în perspectiva recentă.** În 1941a apărut cartea lui H.Cleckley, "The mask of sanity". În ea este descris și discutat un anumit tip de persoană anormală, din seria etichetată ulterior ca personalitate antisocial-sociopată. E prezentat un tip de om activ și deseori performant în societate, dar care are importante deficiențe în relațiile interpersonale și în respectarea normelor sociale și morale. Un om ce nu-și creează un drum ordonat și statornic în viață, deși poate fi acceptat și apreciat social în multe medii. Aspectul esențial este sociabilitatea cuceritoare, care creează o mască de om normal și adaptativ; în spatele căreia însă sunt prezente multiple deficiențe, mai ales în ceea ce privește înțelegerea a unor noțiuni ca responsabilitatea, generozitatea. Psihopatul lui Cleckley nu avea trăsăturile și caracteristicile tipurilor lui Kraepelin (excitabil, instabil, impulsiv, excentric, cverulent), ale celui „dissocial” (inamic al societății, distructiv, amenințător, turbulent, criminal) și nici a tipurilor descrise de Schneider (astenicul, depresivul, nesigurul pe sine, apaticul sau fanaticul). Chiar în raport cu ceea ce s-a conturat în DSM III ca personalitate antisocială există diferențe, lipsind caracteristicile de explicită și majoră agresivitate continuă, de ignorare gravă și sistematică a normelor de conviețuire și legale.

Psihopatul era caracterizat de autor ca fiind activ, independent, sociabil, plăcut și convingător în relația cu alții, având un farmec superficial și o bună inteligență, stăpân pe sine, sigur, fără nervozitate sau simptome de serie nevrotică.

Lipsește de asemenea delirul și semnele de gândire irațională. Are o bună inteligență socială și este abil în a rezolva probleme interpersonale în folosul său. Pe de altă parte e un om complet lipsit de sinceritate, în care nu te poți încrede, fără sentimentul rușinii și al remușcărilor, care are un comportament antisocial inadecvat; și care nu învață din experiență. Relațiile sale interpersonale sunt deficiente în sensul egocentricității și a incapacității de a iubi, având o afectivitate restricționată. Nu-și dă seama și nu înțelege faptul că manifestările sale sunt neadecvate. La acestea se adaugă consumul necontrolat de alcool și droguri, comportamentele parasuicidare, o viață sexuală impersonală, trivială și puțin integrată; precum și incapacitatea de a urmări un plan general de viață.

Cleckley descrie psihopatul ca „un om de lume” ce poate avea succese în diferite domenii sociale, expunând exemple de medici, psihiatri, avocați, oameni de știință. Psihopatia poate fi astfel deghizată, făcând destul de multe victime. În aceste cazuri ar exista o mască a sănătății mentale (acesta este și titlul cărții – *The mask of sanity*) care nu trebuie să demobilizeze psihiatrii. Autorul consideră că la mijloc e o patologie pe care încearcă să o circumscrie prin comparație cu tulburările pronunției și înțelegerii limbajului, cu afazia. Trimiterile sale sunt la opera lui Head; la o formă superioară, semantică de afazie. Ar fi vorba de o incapacitate constituțională, bazată organic cerebral, de a înțelege unele semnificații, cum ar fi cele de responsabilitate, vinovăție, rușine; alături de semnificația prieteniei, a dragostei, grijii față de semenii.

Psihopatul circumscris de Cleckley a rămas un tip de referință. Modelul său e construit în mare măsură categorial, prototipic – ca un caz tipic-ideal - nu dimensional. Stilul de abordare și circumscriere pleacă de la cazistică și se întoarce la ea. Este vorba deci de decuparea și cercetarea unui tip pregnant, relativ ușor de identificat; dar mai mult în manieră intuitivă cu minime criterii operaționale. Lipsește de asemenea plasarea sa într-un context, într-un cadru mai general al tulburărilor de personalitate, al tradiționalelor personalități dizarmonice.

**b/ Dezvoltări ale conceptului de psihopatie a lui Cleckley.** Importanța istorică a demersului lui Cleckley constă în faptul că a atras atenția asupra psihopatului ca persoană care este în același timp delictuală (o problemă juridico psihiatrică), deficientă psihologic în anumite arii (deci o problemă psihiatrică) și inserată destul de bine social (problema mascării sociologice a psihopatului). Ulterior Harre (1985) a operaționalizat itemii de caracterizare a psihopatiei lui Cleckley. La origini acesta identificase 16 caracteristici de bază. Harre a construit o listă – checklist – (1980) cu 22 itemi reduși ulterior la 20 care să identifice

Chenar 26

### **Dispozițiile agresive în general și în relaționarea interpersonală**

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

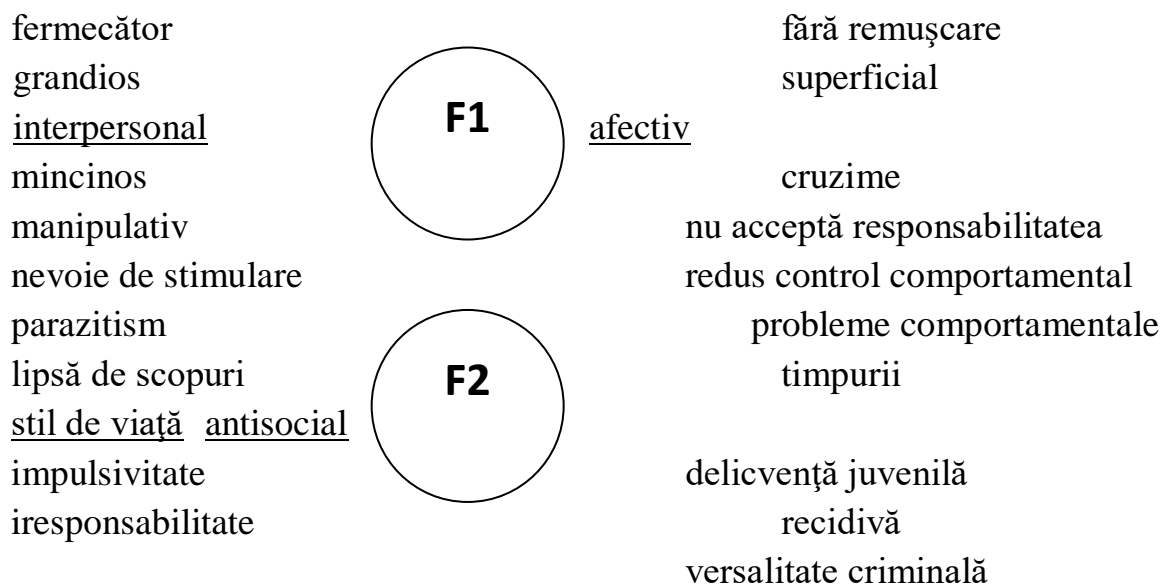
În manifestările relaționale interpersonale, agresivitatea iese în evidență mai ales în confruntarea conflictuală a subiectului, în lupta sa pe viață și pe moarte cu un adversar; comportament pe care omul îl moștenește din biologie, transformând însă modelul predator interspecific într-unul intraspecific.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

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

O a doua variantă a agresivității interpersonale se manifestă prin respingerea celuilalt până la acel nivel al depărtării sufletești, în care el iese din câmpul relațiilor; rămânând în postura unui obiect manipulabil. Acum nu mai e prezent contextul situațional al confruntării reciproc periculoase. Subiectul, dominator și detașat, ajunge să îl manipulează și să îl exploatează pe celălalt fără frică, emoții empatică, rușine sau remușcări. O astfel de atitudine se poate manifesta și față de cel ce a fost învins în luptă și transformat în “sclav”, cu personalitate civică anulată. Precum și pentru toți cei

Harre 1992; 1996; 2003). Itemii cuprinși în PCL-R sunt: 1. Farmec, șarm superficial; 2. Grandiozitate (sentimentul de capacități sporite, supraevaluate, aroganță); 3. Nevoia de stimulare continuă; 4. Minciuna patologică; 5. Manipularea semenilor; 6. Lipsa remușcărilor sau a vinovăției; 7. Afect superficial; 8. Răceală interpersonală și lipsa empatiei; 9. Stil de viață parazită; 10. Slab autocontrol comportamental; 11. Comportament sexual promiscuu; 12. Probleme comportamentale timpurii (de la vârste fragede); 13. Lipsa unor scopuri relevante pe termen lung; 14. Impulsivitate; 15. Iresponsabilitate; 16. Refuzul de a accepta responsabilitatea pentru propriile acțiuni; 17. Relații maritale scurte repetate; 18. Delicvență juvenilă; 19. Recidivism infracțional; 20. Versalitate criminală.

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



Psihopatia, așa cum este ea circumscrisă prin PCL-R, poate fi relativ ușor de identificat, cu o bună concordanță între diagnosticieni. Ea este însă un construct ce rezultă parțial din instrument. În raport cu tipurile de personalitate descrise categorial în DSM-5, această psihopatie apare ca o dimensiune de personalitate supraordonată, un cluster care cuprinde trăsături ce se regăsesc în mai multe tipuri: la histrionic (șarm superficial, nesinceritate, egocentrism, manipulare); la narcisic (grandiozitate, lipsa empatiei, exploatarea altora), la personalitatea de tip borderline (impulsivitate, gesturi suicidare) și la paranoid (neîncredere).

Pornind de la ideea că psihopatia ar fi o dimensiune de personalitate supraadăugată celor ce definesc tipurile categoriale din DSM-5, s-au propus modele în care fiecare din acestea ar avea și o variantă psihopată. Astfel după Millon, pe fondul TP narcisistă s-ar dezvolta „psihopatul lipsit de scrupule” (unprincipled). Psihopatul nesincer (disingenuous) se aseamănă cu TP histrionică. Este sociabil, caută să atragă atenția celorlalți, are comportament seductiv, dar relațiile sunt superficiale ; e nestatornic, necinstit, incorect, nesincer, calculat. Inventează ușor, încercând să convingă pe alții de lucruri ireale. În mod similar Millon face un tablou descriptiv psihopatic pentru fiecare tip categorial de tulburare de personalitate.

Perspectiva de a adăuga o dimensiune psihopatică fiecărui tip categorial de TP nu s-a dezvoltat. Însă convingător. Problematika ridicată de psihopatul lui Cleckley s-a păstrat însă incitând la noi cercetări. Una din observațiile ce au devenit clasice e cea a lui Lykyed (1957) privitoare la lipsa reacției de anxietate la „psihopatul primar”, care ar fi predominant condiționat genetic, prin lipsa în encefal a unor structuri neuronale care să susțină emotivitatea socială; spre deosebire de „sociopat” (sau psihopatul secundar), a cărui devianță caracterial comportamentală ar rezulta predominant din influențele negative ale ambianței educative, care induc învățări patologice. De-a lungul timpului s-au acumulat multe studii experimentale care precizează particularitățile biopsihice ale reactivității

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

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

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

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

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

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

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

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

2. A doua dimensiune de bază a psihopatiei din modelul triarhic e impulsivitatea, ca extensie a tendințelor externalizate în care se înscrie comportamentul psihopatic. E vorba de actele îndrăznețe, neplanificate, realizate spontan, ca expresie a dezinhibiției și lipsei de autocontrol.

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

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



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

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

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

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

O altă problemă e cea a criminalilor în serie, care deseori duc în paralel, în comunitate, o viață aparent obișnuită, fără a se manifesta clar „psihopatic” în viața de zi cu zi. Ei pot avea o profesie, chiar o familie; și își planifică și își organizează crimele foarte elaborat, cu multă grijă pentru a nu fi prinși. Se pare că în aceste cazuri se combină primul factor, cel al îndrăznelii, cu factorul trei, al malignității, fără o manifestare importantă a factorului doi, al impulsivității.

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

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

Ansamblul tulburărilor comentate în acest capitol au caracteristici externalizate în sensul sistematizării lui Achenbach; manifestându-se în plus, tot timpul, în mijlocul vieții cotidiene, prin comportamente interpersonal sociale disfuncționale. În mod curent aceste cazuri nu necesită instituționalizare și nu au o "intensitate clinică" a simptomatologiei. Iar "testarea realității" nu e perturbată. Dar, problemele ce se ridică cu această ocazie nu se rezumă la neplăcerile subiectului, fiind tulburată și ambianța socială proximă; iar persoanele cu care subiectul intră în contact direct sunt afectate. Centrul problematic al acestei cazuistici îl constituie o disfuncție a raportării externalizate asertive la situația

relațională, ce se distribuie spre doi poli. Unul constă în controlul situațional detașat și neimplicat în raport cu celalalt; și se întâlnește la persoanele cu afectivitate restricționată, lipsite de reacții anxioase și de emoții sociale (milă, compasiune). În acest caz subiectul se raportează la celalalt manipulativ, „rece” afectiv, ca în condiții de laborator. Celalalt pol e cel al comportamentului impulsiv exploziv, se petrece cu scurtcircuitarea deliberării și cu manifestări agresive necontrolate. În ambele variante e prezentă o distorsiune a spațialității relaționale trăite în cadru situațional, dar de alt tip ca în cazul anxietății.

De reținut că toate tulburările menționate au devenit probleme ale clinicii psihiatrice în ultimele decenii, de când s-a dezvoltat problematica sănătății mentale, preocupată de comunitate și de membrii familiei. Dată fiind centrarea acestor tulburări pe disfuncția relațiilor interpersonal sociale în mijlocul comunității, se impune un scurt comentariu privitor la psihologia relațiilor interpersonale.

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

În perspectivă psihosociologică, aceste persoane fac parte din rețelele sociale care circumscriu existența subiectului într-o nișă ecologică umană determinată. În acest cadru, relaționările sale de durată se ierarhizează în funcție de proximitatea afectivă și fizică a legăturii și de frecvența contactelor. Mai intervine apoi dinamica

Chenar 27

### Stările dispoziționale situaționale și dispozițiile relaționale caracteriale.

Dispozițiile psihice se cer comentate în primul rând în raport cu raportarea subiectului la situații. Ele pot fi considerate acele "poziționări atitudinale" ale subiectului în raport cu lumea dată, prin care el delimitează și configurează o situație pe care o înțelege; și în rezolvarea căreia se implică. Deoarece prin definiție se consideră că psihismul persoanei e centrat de un sine intențional și reflexiv, raportarea situațională nu trebuie înțeleasă doar ca reactivă, ci și ca prospectivă. Iar dimensiunea desfășurării active astfel susținută, poate avea diverse durate temporale.

O stare dispozițională circumscrie în primul rând o situație actuală în care subiectul se implică prin actualizarea unor disponibilități de raportare; prin punerea în joc a unor structuri funcționale, a unor "dispozitive" psihice pe care subiectul "le are la dispoziția sa", în urma dotării genetice și experienței biografice; fapt ce implică o suită de gnozii, praxii și competențe. De ex. dispoziția – în sens de capacitate – de a identifica intențiile agresive ale altora, de a se emoționa într-o situație în care ar trebui să-i fie rușine, de a se confruna agresiv cu un oponent în cadrul unui conflict, de a identifica un dușman și a se ascunde etc. La conjuncția dintre disponibilitățile actualizate și datumul oferit de prezentul situațional, subiectul prefigurează schița de rezolvare a problematicii în care se angajează. Diapazonul de disponibilități, de stări dispoziționale a persoanelor este desigur variat, el participând și la caracterizarea acestora. Faptul a fost sesizat din antichitate, odată cu descrierea de către medicina hipocratică a temperamentelor: flegmatic, melancolic, sangvinic, coleric. Treptat s-a făcut diferența între temperament, predominant înnașcut; și caracter, predominant dobândit. Instanța dispozițiilor se întinde în ambele direcții ale structurii caracteriale. În ceea ce privește orientarea stărilor dispoziționale putem diferenția între:

a/ Stările dispoziționale de ordin general, centrate de acțiunea realizatoare :- observarea atentă; - investigarea curioasă, îndrăzneță; - procesul pregătirii și realizării de produse, opere, lucruri, (care poate fi și creativ); - retragerea pentru odihnă, refacere; - condiția de sărbătoare și petrecere; - contemplarea etc. Acest grupaj al stărilor dispoziționale cuprinde, desigur, nu doar poziționări atitudinale afective ci și gnozii, praxii și competențe.

b/ Stările dispoziționale etichetate uzual ca "afective" – bucuria, tristețea, anxietatea – au la bază plasarea în prim plan a unei trăiri autoevaluative. În registrul bucuriei, relației se plasează sentimentul pozitiv al împlinirii de sine, a unei valori și capacități crescute, cu încredere în sine, forță, speranță etc. Depresia se desfășoară în corelație cu un sentiment de autodeprecieri, auodevalorizare, vinovăție, incapacitate de acțiune. Dispoziția anxioasă se însoțește de sentimentul unei vulnerabilități crescute față de pericol. La conjuncția între stările dispoziționale și relaționare, s-ar mai plasa, marginal, dispoziția iritabil-rejectivă, de raportare agresivă la alții; și cea indiferentă, posibil de a se manifesta și în dispozițiile centrate pe relaționare.

c/ Stările dispoziționale care implică în prim plan relaționarea cu alții sunt ordonate și sistematizate prin circumplexul interpersonal, ce a fost dezvoltat în ultimele decenii ale sec. XX. Acesta are drept coordonate polare axele: A- dominație/sumisiune și: B -deschidere agreabilă, afiliație/ opozitivitate, desimplicare, indiferență. (Chenar 13). Acestea se manifestă pregnant în cadrul tulburărilor de personalitate.

În concluzie, stările dispoziționale joacă un important rol în structura formală a psihismului omenesc, participând la definirea sa caracterizantă și mediind între identitatea

apropierilor și îndepărtărilor sufletești. Persoanele de atașament intim ocupă o poziție specială în această constelație. La acest nivel se cere comentată pe scurt diagrama relaționărilor intim/public.

Raportările interpersonal sociale ale subiectului se diferențiază structural prin plasarea lor între doi poli. La o extremă se află persoanele intime și apropiate, cu care subiectul întreține legături constante și între care există o strânsă interpătrundere afectivă; acestea fac parte din familie, grupul prietenilor și cunoștințelor. La cealaltă, se plasează zona de relaționări publice, oficiale și cu străinii. Aceasta e una de fundal, a vieții sociale publice, organizată prin practici instituționalizate; în cadrul cărora subiectul ocupă o anumită poziție, are un statut și exersează un rol social. Pe acest fundal, legăturile interpersonale se organizează în jurul fiecărei persoane într-o rețea.

În zona sa intimă, subiectul se raportează la persoanele din familie, la părinți, copii, iubit sau partener de viață, rude, vecini și cunoștințe apropiate. Cu aceste persoane există de obicei o colaborare strânsă, bazată pe încredere și raport mutual, toți împărtășind un univers de cunoaștere și atitudini comune, conviețuind împreună. Totuși, e posibilă uneori ambivalența. În urma procesului de atașament, ele au o prezență constantă în interioritatea psihismului partenerului. Înțelegerea reciprocă utilizează puține elemente lingvistice discursive; fiecare cunoaște în mare măsură intimitatea celuilalt iar interinfluențarea reciprocă e importantă. Persoanele intime se înscriu într-un cerc concentric ce învâluie subiectul. E vorba în principiu și de o apropiere fizică constantă, a cărei simbol e casa, locuința. Prezența cuiva străin și nechemat în casă, e resimțită ca o imixtiune în atmosfera propriului spațiu intim.

În zona publică subiectul se raportează la oameni și la instituții și în calitate de personaje ce îndeplinesc diverse roluri, având statute oficiale definite. Comunicarea publică e ordonată de norme și de limbajul discursiv, cu utilizarea dialogului și argumentării retorice. Relaționarea față de persoanele străine,

necunoscute, este orientată de distanțele interpersonale, de așteptări și de intenții. Pot funcționa diverse strategii de apropiere sau de ținere la distanță și control a acestora. Colaborarea cu un altul puțin cunoscut, se bazează pe tatonări și precauție în stabilirea contactelor; flancate constant de evaluări, deseori de rezervă și suspiciune. Spre deosebire de zona intimă, în cadrul relaționării publice funcționează tot timpul autocontrolul și elaborarea exprimării. Aproximarea psihologică de o persoană inițial necunoscută e un proces ce poate conduce progresiv la integrarea acestuia în zona intimă și de atașament, cu interpenetrare sufletească. După cum și invers, în raport cu persoanele apropiate sufletește, poate să se desfășoare un proces de distanțare marcat de suspiciune și neîncredere, ajungându-se chiar la ieșirea lor din această orbită, în zona indiferenței. Subiectul are sentimentul că poate controla și decide liber accesul altora la intimitatea sa, cea a secretelor și deciziilor personale. (Chenar 55).

Diversele persoane de relaționare - inclusiv subiectul - se manifestă nu doar ca realități nemijlocite; ci și ca personaje cuprinse în variate narațiuni și scenarii. În această ipostază ele se întâlnesc cu personajele narațiunilor publice; atât cu cele transmise curent prin mass media; cât și cu personajele istorice sau de ficțiune, de care luăm cunoștință din povestiri, istorii, legende, filme, romane. În sfârșit, sunt prezente la acest nivel, pentru întâlniri speciale cu subiectul, personajele narațiunilor mitico sacrale și ale religiei.

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

Relaționările interpersonal sociale ale unei persoane date se manifestă în contextul socio-cultural în care el își derulează existența, pe fundalul structurii sale de relaționări intime și publice; prin evenimente curente, cu diverse semnificații, durate și intensități de afectare. Iar în cadrul acestor situații actuale, subiectul activează, în funcție de împrejurări, diverse dispoziții interpersonale din recuzita sa temperamental caracterială. Evenimentele relaționale sunt un important aspect al derulării vieții cotidiene a unei persoane, de a lungul ciclurilor vieții sale. Pe parcursul personogenezei capacitatea sa de relaționare cu alții se dezvoltă treptat.

Persoanele evitante ce au fost comentate în Cap.1 prezintă o exagerată disponibilitate de a se emoționa în public, la privirile evaluative ale străinilor; motiv pentru care le evită. Iar cele dependente, resimt în permanență nevoia unei apropieri de persoane asertiv dominante, care să le suplimenteze deficitul de autonomie al agenției lor identitare. În raport cu aceste două variante de tb. de persoalitate, cele antisociale și psihopatul afirmă și exercită o constelație dispozițională interpersonală de opozitivitate agresivă, dominante și manipulativă, deseori conflictuală; fundalul dispozițional afectiv putând fi variat. Tulburările externalizate pe care DSM -5 le grupează în Cap.13, par a pregăti evoluția persoanei în direcția unei astfel de dizarmonii, de tipul Tb. p.antisociale, psihopate.

Pentru o înțelegere comprehensivă a psihopatologiei și a rolului acesteia în înțelegerea psihismului uman, merită a se avea în vedere și această zonă a psihismului uman, pe care psihopatologii o comentează în cadrul tulburărilor de personalitate. Și care se plasează la un pol opus față de manifestările și reacțiile psihopatologice circumstanțiale sau de perioadele și ciclurile existenței personale.

## **Anexă la Capitolul 3**

### **Tulburările de personalitate ca afectare a structurii identitare temperamental caracteriale a persoanei.**

Stările psihopatologice alterează capacitatea de raportare a subiectului la situațiile prezente; și prin aceasta, integrarea sa firească în cursul vieții cotidiene. Afectare ce vizează diverse aspecte ale structurii persoanei, având multiple variante și intensități. De o importanță aparte e diferențierea între patologia psihotică și cea nepsihotică. La nivelul structurii identitare această distincție desparte patologia psihotic-delirantă de cea a tulburărilor de personalitate.

Identitatea persoanei se construiește mnestic biografic pe fundal psihobiologic, fiind înrădăcinată în propriul corp și circumscrisă print-o serie de parametrii socio culturali. Ea are o coerență centrată în jurul propriului sine intențional reflexiv, fiind delimitată subiectiv și obiectiv de alții și lume. Persoana identitară are și o serie de caracteristici temperamental caracteriale, care susțin stilul raportării la situațiile problematice actuale prin activarea selectivă unor disponibilități ce se conjugă cu datele prezente. Iar angajarea în evenimentele actuale, se intersectează cu proiectele și preocupările de durată ale subiectului. Persoana identitară se articulează însă constant, prin limbaj, și de lumea teoretic culturală în care subiectul există; și în care ea se autoproiectează ca personaj. Psihopatologia psihotică afectează grav în primul rând instanța identitar biografică din fundalul manifestărilor persoanei, prin care el se articulează cu planul teoretic cultural al lumii umane, proiectându-se ca personaj. Odată cu deficitul delirant, subiectul e convins că s-a transformat identitar, ajungând să aibă o altă identitate, de personaj cuprins într-un scenariu aberant. Iar în dezorganizarea psihotică. el își pierde coerența fundalului identitar, odată cu perturbarea ordinii în gândirea conceptuală, în motivație și percepție.

Psihopatologia identifică însă și cazuri în care afectarea fundalului identitar nu e așa de gravă, rezumându-se la o distorsiune temperamental caracterială, ce se evidențiază în relaționarea interpersonală și în comportamentul social din cadrul evenimentelor cutumiere. Este cazul Tulburărilor de personalitate. Acestea se plasează la un pol opus față de reacțiile comprehensive circumstanțiale, fie ele și exagerate și anormale. (Chenar )

Actualele sisteme de clasificare și diagnostic a tulburărilor psihice cuprind un capitol aparte care se referă tocmai la aceste tulburări de personalitate. E vorba de persoane care-și desfășoară viața curentă în mijlocul colectivităților; dar au o structură caracterială și un comportament deficitar, aparte, excentric, care condiționează o integrare socială dificilă, repetate probleme relaționale și deseori



încălcări ale normelor legale și morale. Această cazuistică s-a regăsit mereu printre oamenii marginalizați social și infractori. Dar tulburările de personalitate (T.P.) se pot însoți și de un bun intelect; iar uneori chiar de creativitate. În ultimele decenii s-a studiat corelația dintre T.P. ale adultului și perturbări ale dezvoltării psihice

Chenar 28

### Din istoricul „tulburărilor de personalitate”

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

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

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

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

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

ontogenetice, mai ales în direcția tulburărilor de conduită ale copilului și adolescentului. Pe de altă parte, multe din modelele comportamentale din T.P. ale adultului sugerează asemănări cu simptomatologia unor tulburări mentale. Motiv pentru care psihiatrii s-au interesat de această cazuistică încă începând cu sfârșitul sec.XIX. Inițial sub eticheta de tulburări ale constituției psihice; și apoi sub cea de psihopatie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

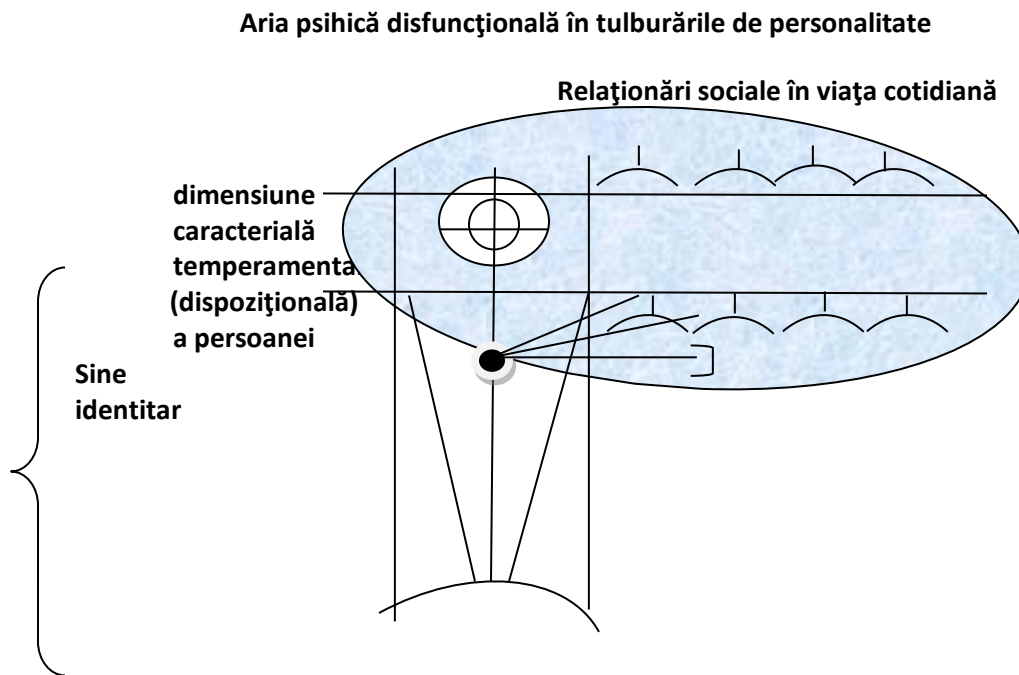
T.P. schizotipală se caracterizează prin: - suspiciozitate, lipsă de confidenți apropiați, anxietate socială excesivă, comportament și aspect excentric, bizar, afect inadecvat, gândire și limbaj ciudat, vag, circumstanțial, metaforic, supraelaborat, stereotip, experiențe perceptive insolite, iluzii corporale,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

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

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

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

Chenar 29



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

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

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

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

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

În cazul psihopatologiei T.P. nu e vorba de o disfuncție psihică de moment, sau care durează un anumit timp relativ limitat. Ci de un fond structural identitar caracterial dizarmonic, care întreține repetate raportări situaționale neadecvate mai ales în plan interpersonal, perturbatoare social, o perioadă îndelungată de timp; uneori mulți ani sau chiar întreaga viață.

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

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

iar în prezent trimiterea se face la doctrina trăsăturilor, grupate în teoria celor Cinci Mari Factori.

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

TP antisocială și întreg clusterul psihopatiei exprimă în mod evident trăsături constant asertive, dominante, plasându-se astfel în polul superior (A1) a circumplexului. Pe când TP dependentă se plasează, tot cu evidență, la polul inferior, sumisiv (A2). Această polarizare se poate regăsi, sub anumite aspecte, și la alte tipuri de TP din DSM-5, oferind o nuanțare a interpretării cazuistice. Astfel, TP obsesiv compulsivă poate cuprinde cazuri anancaste, preocupate major și ritualic de asertare prin implementarea proiectelor; iar subiectul se manifestă față de alții ca distanțat, scrupulos și intolerant; dar și cazuri „psihastene”, în care predomină indecizia, dependența, ambivalența, nehotărârea, îndoiala (Chenar...). Paranoia se poate distribui și ea între o variantă orgolioasă și luptătoare și una sensibil suspicioasă, pasivă, ce se apropie de TP evitantă (Chenar..) . Iar TP histrionică ar putea fi și ea polarizată identic. (Anexa Cap.3)

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

Structura temperamentală caracterială distorsionată a TP reflectă astfel faptul că, atitudinile interpersonale se corelează intim cu dispozițiile afective și de ordin general ale subiectului.

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

Problematika Tb. de personalitate ne trimite în consecință spre instanța structurii formale a coerenței identitare biografico caracteriale, centrată de sine; care se dovedește acum marcată de pronunțate particularități în delimitare și în stilul manifestărilor sale; mai ales în raportarea sa la alții, în cadrul vieții cotidiene. Structură identitară ce stă în spatele tuturor raportărilor active la lume ce străbat polul prezentului trăit, prin acțiuni, proiecte și relaționări.

Tulburările formale ale structurii identitare se întâlnesc în psihopatologie și în alte formule decât cele exprimate prin disfuncțiile tipologico caracteriale ale tb. de personalitate. Astfel, în tb. disociative întâlnim o insuficiență a autonomiei identitare în raport cu alteritatea personalistică generică; iar în tb. obsesiv compulsive, predominant o perturbare a autocontrolului agenției, în ambianța proximă.

## CAPITOLUL 4

### TULBURĂRILE DISOCIATIVE DE IDENTITATE. POVESTEA HISTERIEI

În nosologia psihiatrică actuală e prezent un capitol consacrat tulburărilor disociative, care reunește o simptomatologie ce tradițional era descrisă în cadrul histeriei; capitol, care e comentat alături de cel al tulburărilor corelate traumei și stresurilor. Patologia disociativă reunește tulburări care în societățile industrializate au devenit relativ rare, așa cum sunt: - tb. conversive somatice; - tb. ale memoriei identitare (și dubla personalitate); - tb. identitare de transă, cu sau fără posesiune (de spirite) etc. Acestea, nu se încadrează direct în clasa celor „psihotice”; deși s-au descris în mod repetat și „psihoze histerice sau disociative”. Patologia disociativă poate fi comentată și din perspectiva reacțiilor exagerate la stres, de ex. ca leșin psihogen; precum și din cea a tb. de personalitate, caracterizate acum prin hiperexpresivitate captativă și imaginar narativ bogat. Ea merită însă o atenție aparte, deoarece exprimă o fragilizare, o afectare a structurii identitare mnesticobiografice și social relaționale a persoanei; printr-o dedublare interioară, însoțită de sentimentul pierderii autonomiei agenției. Iar acest deficit psihic disfuncțional identitar, împreună cu sindromul de depersonalizare/derealizare – ce e plasat în DSM-5 tot în această clasă – constituie o avântcameră pentru patologia psihotic delirantă.

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

Tb. disociative sunt urmașele unui grupaj de tulburări ce derivă din clasică patologie histerică, grupată în jurul crizei de leșin și comentată încă din antichitate în Corpusul Hipocratic; și a cărei tablou clinic s-a conturat pentru psihiatrie pregnant la sfârșitul sec. XIX, pe vremea lui Charcot. Tabloul simptomatologic al tradiționalei histerii se agregă între doi poli. La un capăt se manifestă deficiențe în



funcționarea corporală exprimate hiperexpresiv, impresionabile pentru anturaj; simptome care în psihanaliză au căpătat eticheta de “histerie de conversie somatică”. Nucleul acestora îl constituie marea criză de leșin psihogen, ce trebuia diferențiată tradițional de criza epileptică; precum și simptome ce mimează suferințe neurologice ce blochează comunicarea cu alții, mai ales deficiențe ale funcțiilor senzoriale și motorii. A doua clasă de tulburări reunește episoade comportamentale și manifestări ce se derulează cu o stare de vigilitate parțial deficitară, și care sugerează că subiectul nu-și mai controlează suficient identitatea biografico socială și agenția de acțiune; tot predominant în relaționarea sa cu alteritatea. Identitatea e resimțită ca dedublată, multiplicată, substituită, abolită. Aceste episoade, care în cadrul histeriei lui Charcot includeau și stările de transă și cele de dublă personalitate, au fost studiate intens în sec. XIX în corelație cu hipnoza; și au fost etichetate spre sfârșitul sec. XX ca Tb. dissociative (de conștiință), preluându-se o formulare a lui Janet. La acest grupaj simptomatologic s-a adăugat mai recent și un decupaj din sd. de depersonalizare/derealizare (descriș în sec. XIX), care constă în sentimentul subiectiv al unei detașări de propria identitate psiho corporală și de lumea umană înconjurătoare. În prezent DSM-5 comentează, distinct cele două grupaje, vechea histerie de conversie somatică fiind prezentată în clasa **Tb. centrate pe disfuncții corporale**. Sistemul de diagnostic ICD-11 păstrează însă în cadrul Tb. dissociative întreg ansamblu tradițional derivat din simptomatologia histeriei. Motiv pentru care-l vom invoca în continuare pentru caracterizarea acestei patologii.

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

**Simptome neurologice (tradiționala conversie somatică). Acestea constau în simptome motorii, senzoriale și cognitive, care implică discontinuitatea involuntară a integrării normale a funcțiilor și care nu sunt consistente cu modalitățile de recunoaștere a acestor simptome în patologia**

sistemului nervos sau în alte domenii de patologie. Inventarul acestor simptome e amplu și cuprinde:

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

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

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

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

\* Amnezia disociativă, constă în imposibilitatea de a-și reaminti date importante de memorie, cel mai tipic a unor evenimente psihotraumatice recente, într-un mod diferit de rememorarea normală; amnezia poate fi și parțială sau selectivă;( uneori ea se corelează cu deplasări și acțiuni necontrolate reflexiv „fugi” sau „stări crepusculare de conștiință”).

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

\* Tulburarea de transă cu posesiune se caracterizează printr-o stare de transă în care e prezentă o marcată alterare a stării de conștiință iar sensul firesc de identitate personală e înlocuit printr-o “identitate care-l posedă”; subiectul resimte că mișcărilor și comportamentul său sunt controlate de agentul care-l posedă. Acest agent poate fi un spirit, un demon, un zeu etc.

\* Tulburarea de identitate disociativă se caracterizează printr-o disrupție a identității prin care subiectul ajunge să aibă două sau mai multe stări de personalitate distinctă. Fiecare stare de personalitate include propriul registru de experiențe, percepții, concepte și raportări la sine, corp și

ambianță. Două (sau mai multe) stări de personalitate distinctă preiau (alternativ, recurent) controlul executiv asupra conștiinței și funcționării individului în interacțiunile sale cu alții și cu ambianța, precum și în funcționarea vieții zilnice, ca părinte, soț, fiu etc.; sau răspunsul la situații specific (de ex. reacție la amenințări). Schimbarea în starea de personalitate e însoțită de modificări în senzație, percepție, cogniție, memorie, control motor și comportamental. Se manifestă episoade tipice de amnezie ce poate fi severă.

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

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

La capătul listei de tulburări care sunt incluse în prezent în ICD-11 în grupul celor disociative, cei care iau pentru prima dată contact cu psihiatria în zilele noastre, vor avea dificultăți în a recunoaște ușor în ele tradiția clasicei histerii; despre care probabil au auzit. Deși milenara histerie a fost prezentă explicit în nosologia psihiatrică din prima jumătate a sec. XX - mai ales ca nevroză histerică, spre sfârșitul veacului acest diagnostic s-a redus progresiv; până când, însăși termenul de histerie a fost scos din nomenclatorul psihiatriei. Faptul s-a datorat în parte condiției stigmatizante a unei astfel de etichetări; care, în conformitate cu tradiția, trimitea spre o hipersexualitate provocatoare. Din altă perspectivă însă, se poate considera că a intervenit și noua direcție de metamorfozare a stilului vieții

sociale în societățile postindustriale, în care contactele interpersonale au ajuns să fie mediate tot mai mult de tehnologie. Ori, una din caracteristicile acestei patologii consta într-o hiperexpresivitate captativă situațională, care viza oameni cu care pacientul se întâlnește față în față.

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

Dar spre sfârșitul secolului XX, și această societate oareșcum tradițională a vremii lui Freud a explodat, odată cu postmodernitatea și globalizarea, în care viața socială a devenit tot mai circumstanțială și mediată de tehnologie. În această nouă atmosferă socială, diversele culturi conectându-se, perspectiva istorică a psihopatologiei a devenit mai transparentă. În consecință, arhaica – pentru Europa

de azi – stare de transă cu posesiune (de zei sau spirite) devine din nou actuală, reapărând frecvent în diagnosticele pacienților din multe țări de pe glob. Astfel încât, ea e plasată în clasificarea din ICD -11 a OMS alături de amnezia disociativă și de crizele de leșin pseudo epileptic, în marginea obișnuitelor stări de transă.

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

## 4.2. Povestea histeriei

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

histeriei masculine. Galen descrie pentru histerie o formă letargică, una în care predomină sufocația și alta motorie.

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

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

Corelația dintre boală și intervenția spiritelor malefice este veche și universală, întâlnindu-se peste tot în societățile arhaice de culegători și vânători. Iar cei ce îndeplineau funcția cvasimedicală de vindecători erau șamanii sau “medicine man”. Dintre care, o parte au mai putut fi studiați de către etnologi în sec.XIX și XX. Caracteristicile acestei activități sunt amplu comentate de M.Eliade în monografia sa privitoare la șamanism.( ).

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

Chenar 30

### **Mircea Eliade despre șamanism**

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

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

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

Doar că, raționalismul medicinei greco romane face acum abstracție de „superstiția” spiritelor, boala apărând ca o patologie corporală, interpretată umoralist, în care uterul migrator manipulează corpul neputincios al subiectului. De remarcat că și în această interpretare elenistă, pacienta histerică era într-o condiție de pasivitate manevrabilă, uterul migrator având și conotații simbolice de



element cvasiviril; ce induce manifestări și comportamente observabile, similare unui comportament sexual. Odată cu greco-romanii suntem însă de mult în vremea societăților agrare, care venerau fecunditatea feminității. Și pentru care, un uter sterp și migrator amintea, poate, de spiritele scăpate de sub control de către arhaicul și dispărutul șaman, ajuns impotent. De fapt se cere a nu fi neglijată chiar conotația sexuală a acestei patologii. În mod destul de transparent criza histerică, ce se manifestă la fetele nesatisfăcute sexual, se desfășoară ca un echivalent de orgasm; ca o parodie a sexualității feminine, care, prin ea însăși, ar fi trebuit să simbolizeze fecunditatea naturii.

Atmosfera antropologică în care se desfășoară histeria este una a pasivității, sumisiunii, a apelului de a fi ajutat, manevrat, manipulat; pacientul desfășurând un comportament pe care nu și-l mai poate controla și asuma singur. El poate intra într-o stare de vigilitate redusă – „stare secundă” – ce a fost mai recent etichetată ca și cvasi hipnoică. Iar în cadrul acesteia, pacientul se lasă, practic, în posesia unui „alter ego”, mai mult sau mai puțin personificat. Dar, condiția sa nu e plasată pe orbita somnului cu vise. În sfârșit se cere amintit că deja medicina antică a contabilizat printre tulburările din această clasă și „letargia”, ce consta într-o suspendare a conștiinței de mai lungă durată, sugerând o „moarte aparentă”. E o condiție ce trimite și ea la starea de detașare de ambianță a tradiționalului șaman.

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

străbătut epoca de recrudescență majoră a magiei, alchimiei și astrologiei care au înflorit la sfârșitul antichității; și pe care Renașterea a reactualizat-o, chiar prin Academia Platoniceană de la Florența. 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 din amurgul Renașterii în care Inchiziția catolică a intentat procese și a ars pe rug vrăjitoare, principala acuzație ce li se aducea acestora era că, în urma unui pact cu diavolul - cu care uneori întrețineau și relații sexuale - acționau la distanță pentru a interveni în probleme de sănătate și dragoste. Tradiționalele manifestări corporale convulsive și hiperexpresive ale histericelor erau acum interpretate și ele, deseori, ca posesiune demoniacă. Iar vinovăția, aparținea vrăjitoarelor sau celui ce a trimis spiritele să o „muncească” pe femeia posedată, ce se zvârcolea. În celebrul caz al maicii Ioana a Îngerilor ( Chenar 23 ) – reanalizat în sec.XIX de școala lui Charcot – posedata era ajutată prin slujbe de exorcizare a demonilor; iar cel ars pe rug a fost preotul Garnier, pe care ea îl învinuia că i-a trimis pe demoni. Condiția aparte a femeii cu crize convulsive hiperexpresive - deci a histericeii - consta în faptul că era considerată sub efectul unei posesiuni involuntare. De fapt, ea era inocentă, resimțindu-și trupul manevrat de spiritele malefice străine, în afara voinței sale. Desigur, situația vrăjitoarelor era diferită.

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

În sec.XVII, Thomas Willis (1621-1675), considerat ca întemeietorul neurologiei, etichetează histeria ca un fenomen convulsiv asemănător cu epilepsia, ce se manifestă la femei, implicând hiperexpresiv întregul corp prin: acuze de vertij, rotirea capului și ochilor, mișcări ale membrelor, feței și întregului corp, însoțite uneori de râs. Willis combate ideea uterului migrator, pledând pentru implicarea creierului. În același secol Thomas Sydenham (1624-1689), considerat

părintele medicinei bazate pe observații, comentează tulburările hysterice ca mimând diverse boli, dar cu manifestări hiperexpresive: „femeile râd sau strigă fără motive reale, astfel încât adună lumea din jur”. El considera că frecvența

Chenar 31

### **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.

histeriei este greu de stabilit „deoarece împrumută simptomele diferitelor părți ale corpului, manifestându-se ca un cameleon ce preia culori numeroase și variate.” Suntem deci nu atât în fața unei boli bine definite, cât a unei modalități malade de a prezenta hiperexpresiv echivalentul unor boli reale.

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

Între epoca Renașterii și sfârșitul sec.XIX - când Charcot impunea histeria în clinica psihiatrică prin diferențierea ei de patologia neurologică - medicina a comentat deseori, în marginea epilepsiei, și o serie de condiții anormale în care vigilitatea era scăzută iar comportamentul se polariza între dromomanie și nemișcare. Deja Cornelius Agrippa îi înregistra, în sec.XVI, pe lunateci, alături de vesanici și melancolici; pentru ca tulburarea celor influențați de lună și a somnambulilor să fie apoi diagnosticată în continuare, veacuri la rând. Și la fel, încă din 1609 Prater introduce în clasificarea bolilor mentale – alături de Imbecilitas și Alienațio – și patologia somnului nenatural, „Morbus consternațio”, ce includea: coma, letargia, stuporul, catalepsia. Tulburări ce se vor regăsi ulterior printre cele psihotice; dar și ca variante histerice particulare. E vorba deci de stări în care subiectul nu e complet vigیل și nu are sub control propriul comportament. Histeria, care continuă să însoțească destinul epilepsiei, se afla și ea mereu aproape de aceste manifestări și de comentariile interpretative ce le însoțeau. Comportamentele aberante aflate sub condiția vigității reduse, cele ce gravitau în

jurul somnambulismului și transei, pot fi considerate ca reprezentând în această perioadă aria derivată din comportamentul șamanului, rămasă după explozia structurii medico culturale a șamanismului. Ele au evoluat împreună cu ansamblul problematicei epilepsiei și histeriei până în sec.XIX, traversând perioada magnetismului animal și a sugestiei hipnotice, deosebit de importante pentru istoria histeriei moderne.

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

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

**c/ Histeria în școala lui Charcot.** Jean Martin Charcot (1825 – 1893), după ce lucrase într-o clinică de medicină generală și se preocupase de anatomia patologică, este numit șef de serviciu la Salpêtrière, o veche instituție medicală din Paris ce avea și un pavilion pentru femei histerice; care, erau amestecate cu

paciente ce aveau tulburări neurologice. Charcot era interesat de neurologie, specialitate pe care a constituit-o, având contribuții remarcabile în acest domeniu.

Chenar 32

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

Sindroame pseudoneurologice

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

Tulburări neurovegetative, sindrom somatic

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

Crize de suspendare a conștiinței

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

Tulburări ale vigilității conștiente

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

Studiind histericele prin comparație cu cazurile neurologice și dezvoltând lecții publice demonstrative, Charcot a reușit să diferențieze clar cele două patologii. În simptomatologia histeriei pe care a avut-o în vedere Charcot se includeau forme funcționale de anestezie, pareze, paralizii, astazo-abazie, mișcări involuntare, afonie, disartrie, tulburări de vedere, de auz, miros, gust; deci o

simptomatologie motorie și senzorială, ce era prezentă și în cazul tulburărilor condiționate clar neurologic (Chenar 24). În centrul patologiei erau însă crizele sau atacurile psihomotorii cu suspendarea conștiinței, care au fost comentate în mai multe variante, inclusiv cea de histero epilepsie. Marea criză de histerie descrisă de Charcot comporta cinci faze succesive: 1. Faza prodromală, ce include dureri ovariene, palpitații, globus și tulburări vizuale, ajungând la pierderea cunoștinței; 2. Conracțiunile tonice urmate de cele clonice, însoțite de grimase; 3. Contorsiile (clownismul) implică mișcări și strigăte (către ființele imaginare); 4. Faza de transă sau posesiune, în care pacienta mima scene violente, erotice sau demoniace, într-o stare ca de vis; 5. Faza terminală, verbală, însoțită de halucinații și revenirea la starea conștientă.

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

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

bogat, în raport cu o veche traumă. În această atitudine, se prefigurează viitoarea doctrină a lui Breuer și Freud privitoare la terapia prin catharsis.

Momentul Charcot a impus tema histeriei în medicina psihiatrică, împreună cu, dar și alături de, patologia neurologică. Cazuistica ce a intrat astfel în dezbatere 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, catatonie și lethargie.

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

Un bilanț al demersului lui Babinski s-a făcut în 1907 la Conferința alieniștilor și neurologilor de limbă franceză ce s-a ținut la Geneva cu tema: “Definiția și natura histeriei”. Babinski și-a expus doctrina care devenise victorioasă, a sugestiei și autosugestiei care întreține această tulburare. Dar dacă “marea histerie” a lui Charcot părea să se estompeze, alte perspective intrau în joc. Astfel Sollier a avansat ideea prezenței în histerie a unui somn parțial, limitat la anumite regiuni ale creierului. Iar Claparède aducea în discuție perspectiva



etologiei, sugerând o paralelă filogenetică între histerie și răspunsul prin sumisiune față de agresorul predator în lumea animală. Pe atunci însă astfel de analogii cu comportamentul animalelor apăreau ca simple curiozități, în lipsa unei preocupări sistematice față de psihologia evoluționistă.

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

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

Dubla personalitate s-a exprimat în variate forme, corelându-se pe de o parte cu automatismul ambulator, pe de alta cu personalitățile multiple. S-au descris cazuri de dublă personalitate concomitentă, subiectul navetând între cele două poziții sociale și identități, cu o destul de bună cunoaștere a fiecăreia. Situație ce se apropie de condiția normală a spionului și escrocului; sau, de cea a criminalilor în serie, care duc concomitent o viață socială onorabilă. În alte cazuri dubla personalitate se manifesta în același cadru socio-cultural, alternativ, sub privirile neliniștite ale familiei și cunoștințelor; cele două personalități aveau frecvent temperamente opuse, stil de relaționare, preocupări și interese diferite, neamintindu-și totdeauna una de alta. De obicei o variantă era decentă, retrasă, timidă, serioasă; iar cealaltă era dezinhibată, hipersociabilă, expansivă, curajoasă,

indecentă chiar – fapt care sugerează oscilații ciclotime. S-au descris apoi personalități cu identități multiple, unele dintre acestea fiind conștiente și amintindu-și de altele; dar alte identități se arătau opace față de celelalte. Janet a evidențiat identități ale personalității prezente în inconștient, ce se relevau doar sub hipnoză; și puteau fi identificate doar dacă primeau un nume special. Dedublarea personalității a fost corelată cu stările de transă dromomanică, în care subiectul se deplasează prin locuri străine, având mișcările destul de bine coordonate și un comportament în mare măsură adecvat; dar cu o anumită detașare față de ambianță. Astfel de stări de automatism ambulator puteau dura ore, zile, săptămâni sau luni, ele fiind puse și în sarcina epilepsiei temporale.

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

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

Identitatea biografică, resimțită de subiect ca fundal din spatele raportărilor actuale la situații, se subsumează acestei identități sociale.

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

Alt aspect aparte a sec.XIX occidental a fost rapidele transformări ale vieții sociale cotidiene, într-o societate ce se industrializa; și în care se circula tot mai mult și ușor dintr-o parte în alta a lumii, cu accentuarea vagabondajului. Disoluția societății patriarhale, a lumii stabile, bine structurată ierarhic, creează în societatea occidentală – pentru care SUA era o avangardă – tentația experimentării și explorării nețarmurite. În acest context cultural, cadrele stabilității sociale de tip patriarhal care susțin identitatea personalității, se fragilizează inevitabil.

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

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

Interesant e faptul că în aceeași epocă în care a fost în vogă fenomenul dublei personalități, a apărut și a ajuns la apogeu și moda spiritismului, inițial în SUA, răspândindu-se apoi amplu în Europa. Totul a început prin sentimentul și convingerea comunicării cu spiritele celor decedați, în spațiul în care aceștia au locuit și murit, după modelul arhaic al stafiilor care bântuie fostele lor locuințe.

Comunicarea se realiza de către persoane sensibile, “medium-uri”, care de la un moment dat au ajuns să scrie cele transmise de spirite prin “dicteu automat”. După 1860 s-a pretins că unele “aparitii” ale spiritelor au putut fi fotografiate. Apoi, medium-urile au ajuns să ia contact cu tot mai variate spirite ale celor decedați, care – se zicea - locuiau într-o zonă specială până la o nouă reîncarnare. În această categorie intrau și personalitățile istorice, ca Napoleon, Alexandru cel Mare etc. În viziunile sale, Swendenborg era convins ca poate comunica cu spiritele ființelor decedate de pe diverse planete ce ne înconjoară. În aceeași vreme s-a conturat o mișcare teosofică care aducea în discuție un “corp astral” al fiecărui om ; și ale cărei idei au continuat în sec.XX, inclusiv prin opera lui Rudolf Steiner.

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

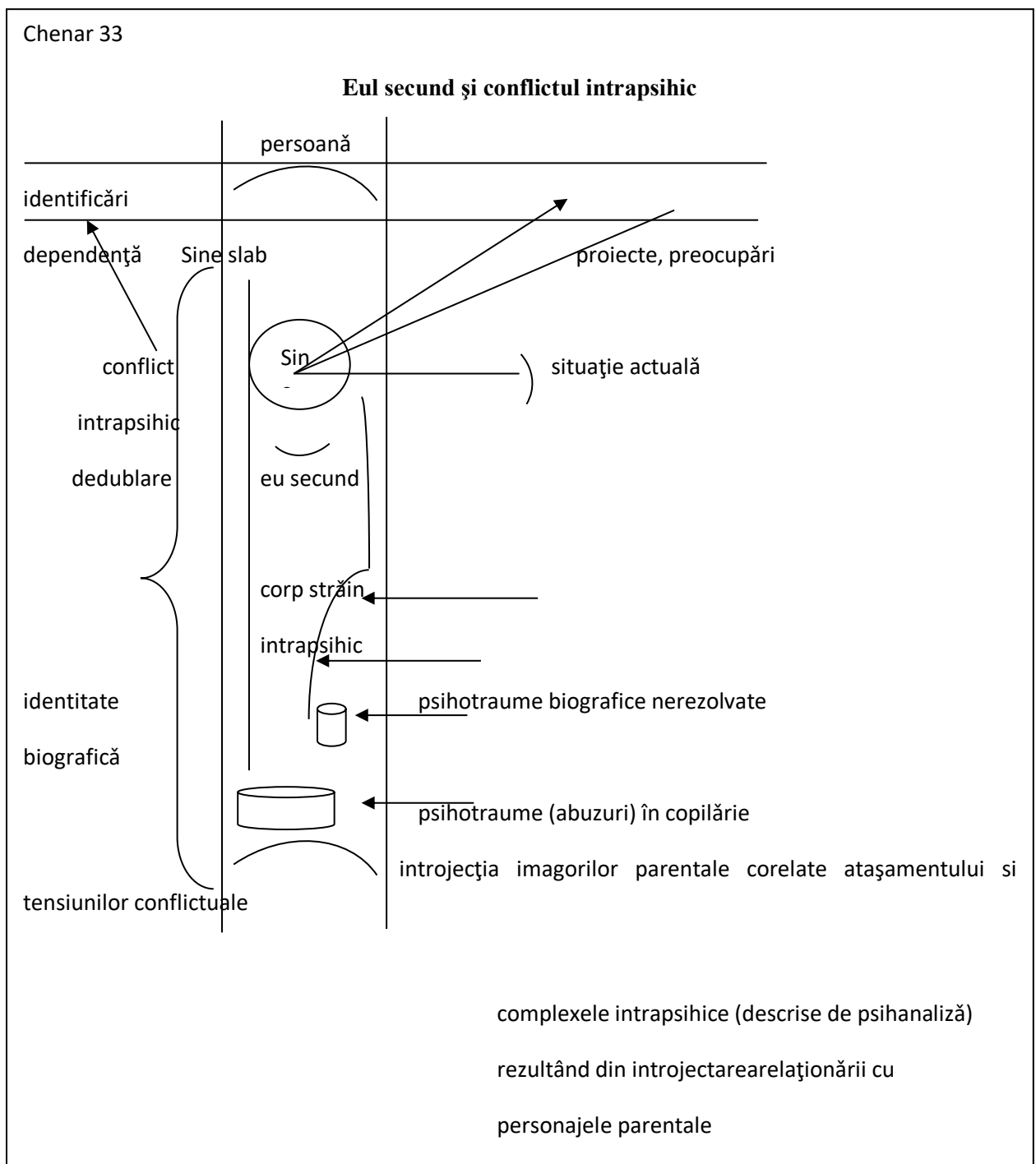
**e/ Nevroza histerică din sec.XX, conflictul intrapsihic și psihotraumele cumulate.** Histeria a intrat și a rămas în psihiatria secolului XX sub umbrela conceptului de nevroză; așa cum era și în sec.XVIII-lea. Simptomatologia cu care a traversat acest secol a fost centrată pe crizele funcționale de leșin și stările de conversie corporală, predominant cele pseudoneurologice. Episoadele crepusculare și amnestice se manifestau mai rar; iar stuporul și dubla personalitate excepțional.

Problema ce se cere comentată e însă aceea că, conceptul de nevroză și-a schimbat în sec.XX înțelesul, mai ales sub influența psihanalizei. Ea a devenit – așa cum susținea elvețianul Dubois – un fel de „psihonevroză”. Aceasta nu mai depindea ca și în nevroza lui Cullen de „nervi”, de sistemul nervos; ci de edificiul psihismului personal; și în primul rând a sinelui biografic. Credem ca nu se greșește dacă se consideră că interpretarea histeriei ca nevroză, a fost elementul clinic de bază în structurarea și afirmarea psihanalizei lui Freud.

Psihanaliza postula existența unui conflict intrapsihic ce rezultă din pulsuniile – predominant sexuale și agresive - ale Sinelui personal pe de o parte, și interdicțiile instanței Supraeului pe de alta. Supraeu care, deriva din introjectarea imagourilor parentale, purtătoare ale normativității culturale. Esențial în această interpretare este faptul că, însăși structurarea normală a psihismului infantil e înțeleasă ca realizându-se prin asimilarea reprezentativă (introjectarea) a persoanelor de atașament (= părinți); care devin părți componente a propriei structuri psihice a persoanei. Dacă pe vremea romanilor spiritele strămoșilor erau concretizate în măști depozitate într-o anumită parte a casei, acum imagourile părinților se localizează în inconștientul subiectului. Iar scenariile relaționale inconștiente de atașament distorsionat, împreună cu tensiunile conflictuale agregate în scenarii ce implică imagourile părinților, pot genera – sugerează psihanaliza - anxietate. Simptomatologia neurotică ar rezulta, conform psihanalizei freudiene, din activitatea „aparaturii psihice” al persoanei care încearcă să reducă această anxietate, proiectând-o în configurarea unor manifestări psihocorporale deviate; dar, ușor costabile. Viziunea psihanalitică asupra nevrozelor – și deci și a histeriei - face referință la această instanță conflictuală intrapsihică, care se manifestă ca un „complex” sau „corp străin intrapsihic” ce dirijează din umbră opțiunile și comportamentele subiectului. (Chenar 33)

Din concepția psihanalitică face parte și ideea că modelul relațiilor intrapsihice - așa cum se structurează el pe baza experiențelor și învățărilor din

prima copilărie - se instituie apoi ca matrice pentru modul relaționărilor cu alții pe parcursul întregii vieți. Doctrina psihanalitică pune deci accent pe dimensiunea



relațională intrapsihică a persoanei. Ori, aspectul relațional s-a impus ca fiind esențial și în manifestările psihopatologice ale histeriei.

Nevroza psihanalizei avea în vedere deci acele cazuri, în care relațiile sinelui subiectului cu personajele (imagourile) intrapsihice ale părinților introjectați – în calitatea lor de reprezentanți ai normativității sociale - rămân tensionate. În care de ex., complexul Oedip nu e soluționat. Iar subiectul nu e conștient și lucid reflexiv, de complexul său inconștient, de eul său secund. Cura psihanalitică ar avea în vedere rezolvarea acestor complexe, integrarea lor într-o personalitate armonică matură, autonomă, deasupra dedublărilor.

Psihanaliza a încercat să sondeze psihismul individual în profunzimea sale inconștiente „refulate”, în spatele biografiei publice și a autobiografiei ce poate fi rememortă lucid și reflexiv. Dar problema dedublării psihice printr-un „corp străin intrapsihic” poate rezulta și din biografia explicită. O psihotraumă importantă poate zace în memorie, nemetabolizată, dedublând într-un fel psihismul, chiar preconștient sau conștient. Iar din această poziție, ea poate deranja viața curentă a omului, prin memorări și conduite involuntare. Acest rol al traumelor psihice s-a profilat deja în cursul Primului Război Mondial; și s-a impus cu evidență după al doilea. Astfel s-a născut treptat conceptul „reacției de stres posttraumatic”. În varianta standard al acesteia, scena psihotraumatizantă inițială revine în conștiință într-o modalitate cvasi obsesivă și preconștientă, inducând anxietate, trăiri neplăcute, psihopatologice. Având în vedere aceste evidențe, ultimele decenii au adus în dezbatere faptul că însăși copilăria multor oameni poate fi marcată de importante psihotraume psihice efective. 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 a introjecării imagourilor parentale, pe care a descris-o psihanaliza clasică. Ele se pot cumula. Și încă, se pot adăuga de-a-lungul vieții o serie de alte psihotraume și probleme, ce se încrustează în structura psihică și în memoria persoanei; la diverse vârste ale biografiei, dedublându-i autonomia agenției. Astfel, problema (psiho)-traumei și a

Chenar 34

### **Interpretarea cognitivă a relațiilor intrapsihice**

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

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

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



„eului secund” a devenit mult mai nuanțată în psihopatologia recentă decât era pe vremea lui Janet și Freud.

Iar un fundal psihic sensibil, vulnerabilizat biografic, deschide calea pentru variate reacții psihice, psihotraumatice actuale.(Chenar 30 ). Precum și pentru conversii somatice; care practic se înscriu și ele în tradiția patologiei histerice; și încă, pentru așa zisa patologie psihosomatică. Pe de altă parte, se consideră că astfel pot fi condiționate și alte manifestări, inclusiv cele ce sunt comentate în prezent sub eticheta tulburărilor disociative.

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

### **4.3 Tb. disociative, reacțiile comprehensive, tulburările de personalitate și psihoza.**

Către sfârșitul sec. XX, când s-a impus denumirea de tulburare disociativă pentru moștenirea patologiei hysterice, reacțiile comprehensive anormale comentate de Jaspers la începutul veacului au fost acceptate și ele în nosologia psihiatrică, printr-un capitol intitulat **Tb. corelate traumei și stressorilor**. Tb. disociative au fost considerate ca apropiate de acestea, cele două capitole fiind plasate în DSM-5 și ICD-11 una lângă alta.

Manifestarea unor stări psihopatologice în corelație directă, nemijlocită și relativ comprehensivă cu evenimente psihotraumatizante, a căpătat pe parcursul sec. XX o interpretare tot mai nuanțată, care ține cont și de parametrii de fond ai terenului personalistic. (Chenar Cap. 3). E luată astfel în considerare vulnerabilitatea condiționată genetic, tipologia temperamentală caracterială, precum și mulți alți factori ce țin de istoria personogenetică, de sedimentarea evenimentelor trăite, biografice și recente. Mai intră în joc învățări, competențele de coping cu stresorii, suportul social și alți factori protectivi. S-a păstrat însă principiul jaspersian al semnificației comprehensive a reacției, în sensul că: - pentru evenimentele cu semnificație de pierdere, sunt firești reacțiile de retragere inhibată depresivă; - în urma frustrărilor și provocărilor, apar reacții exploziv beligerante; - în fața amenințării și pericolelor, subiectul reacționează prin comportamente de tip anxios fobic etc. Manifestările reactive histero-disociative urmau a-și contura specificul în acest context.

Dacă privim simptomatologia acestor tulburărilor ca urmașă a patologiei hysterice, din perspectiva reacțiilor psihice anormale primul aspect ce se impune spre comentariu e cel al leșinului psihogen. Acesta a fost abordat în continuitatea mării crize hysterice a lui Charcot (care era însă mult mai complexă, exprimând uneori și trimiterea la spirite). Și la fel ca atunci, pe întreg parcursul sec. XX leșinul psihogen a fost diferențiat de marea criză epileptică (de “grand mal”).

Principalele criterii invocate în diagnosticul diferențial ce erau : - apariția în public în urma unui eveniment psihotraumatizant (cel mai des aflarea sau clarificarea unei vești rele, care-i afectează subiectului poziția socială și stima de sine); - pacientul anunță că va leșina, apoi cade fără să se lovească, nu prezintă contracții tonico clonice la fel ca în criza de grand mal (unde acestea sunt urmate frecvent de mușcarea limbii, midriază și abolirea reflexului rotulian și plantar); - durata e mai lungă, fiind însoțite de obicei de tremurul pleoapelor, lacrimi, suspine; - contactul cu ambianța se poate păstra uneori, dar doar îngustat, printr-un singur canal relațional (ca în hipnoză); - revenirea e lentă, deseori cu oftaturi și plâns. Leșinul psihogen are un caracter dramatic, e impresionant, adună multă lume în jur, care compătimentește pacientul și se străduie să-i dea un ajutor.

Modelul de reacție a leșinului psihogen e însă mai general decât contextul histeric dissociativ; și el a fost interpretat ca un simulacru de moarte. În acest sens de la începutul sec. XX, Claparede și apoi Kretschmer au comparat această reacție cu „reflexul de moarte” („totstelreflex”) din biologie; care e o strategie instinctiv adaptativă a individului aflat în mare pericol de a scăpa de predatori (care nu consumă cadavre). Dar, în leșinul psihogen strategia preconștientă a subiectului nu e de fapt de a se sustrage unui atac vital; ci, de a-i mobiliza pe alții să-l înconjoare, să încerce a-l ajuta, compătimindu-l, încurajându-l, valorizându-l. O trimitere la „totstelreflex” poate fi comentată însă în „stuporul reactiv”, în care subiectul rămâne imobil, hipertonic și areactiv într-o poziție fixă, în condițiile persistenței unor pericole majore ( război cu mulți morți, proiectile și distrugerii în jur, cutremure, incendii etc.). Reacția de stupor nu e de fapt adaptativă în sens existențial la om (subiectul trebuind să fie extras din situație de către alții, uneori cu efort). Efectul său constă în faptul că blochează accesul fluxului informativ insuportabil la conștiința evaluativă a subiectului (care nu mai poate suporta să-l prelucreze), deconectându-l pe acesta de ambianță, într-o stare hipovigilă. De fapt, la om modelul stuporului se activează cel mai des în sindromul cataton și în depresia

profundă; deci în condiții de psihopatologie ce întâlnesc orbita psihotiformă. Pentru leșinul psihogen amintitul model biologic ar putea fi invocat doar ca o eventuală sensibilitate crescută a unui model reactiv psiho-biologic general.

În tradiția histeriei de conversie leșinul psihogen se corelează în schimb cu alte simptome corporale precum : mutismul, surditatea, amauroza (aparenta lipsă a vederii), pareze și paralizii ale membrelor, anestezii etc.; manifestări ce marchează posibilitatea de relaționare și încadrare în ritmul vieții cotidiene comunitare. Precum și cu amnezia sau deplasarea dromomană hipoconștientă (stări crepusculare). Cel puțin o parte din aceste simptome au fost studiate de psihanaliză ca rezultând din elaborări inconștiente, derivate din scenarii conflictuale intrapsihice. Chiar dacă interpretările explicative psihanalitice pot fi considerate doar ca parțiale, ele atrag atenția că simptomatologia disociativă nu reprezintă doar o activare aberantă a unor stări dispozițional comportamentale din fundal (de tip anxios fobic, agresiv conflictual, depresiv etc.). Ci, ea implică identitatea biografică a subiectului, angrenarea acesteia în scenarii relaționale conflictuale; care, ajung să se exprime uneori indirect, simbolic. Deci un al model decât cel al reacției comprehensive jaspersiene. În tradiția acesteia se înscriu însă reacțiile acute și prelungite ce apar după psihotraume ce amenință grav persona, care au ajuns să fie circumscrise prin diagnosticul **Tb. de reacție de stres posttraumatic**.

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

Chenar 35

### **Caz; reacție de leșin în context disociativ**

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

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

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

Au fost consultați medicii. Neurologii au făcut examinări amănunțite care au exclus o patologie a creierului. Până la urmă s-a pus diagnosticul de tulburare Disociativa conversivă și a început un tratament psihoterapeutic.

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

TP histrionică e comentată în DSM-5 prin tendința continuă a subiectului de a atrage atenția asupra sa printr-un comportament hiperexpresiv, provocator, inclusiv în arie sexuală. Spre deosebire de persoanele senzitiv suspicioase ce sunt deranjate dacă sunt privite de alții, histrionicul preferă o poziție de centralitate socială. El caută să se facă observat prin îmbrăcăminte stridentă, prin mimică, gesturi teatrale, vorbire afectată, exagerarea expresiilor emoționale. TP histrionică e plasată în DSM-5 în Clusterul B, alături de TP marginală („borderline”), antisocială, narcisistă; TP cu care ar putea fi comparată.

Prin comparație cu histrionicul, TP marginală preferă cantonarea la o relație intimă cu atașament cvasifuzional; în raport cu care, trăirile sale se manifestă cu intensitate, oscilând între sumisiune totală cu idealizare, furie agresivă, indiferență

rece, rușine, anxietate suspicioasă. Comportamentul e uneori spectacular, dar în aria privată a vieții.

Încă de pe vremea lui Charcot s-a remarcat la persoanele histerice prezența unui imaginar bogat. În cazul TP histrionice e vorba însă și de transpunerea trăirilor mnestic imaginativ în limbaj, în planul narativității. Histrionicul nu doar are un imaginar bogat; ci și o capacitate de a povesti atractiv, captarea situațională a atenției altora putând fi realizată prin narațiuni. Se poate manifesta astfel un comportament seductiv și manipulativ, apropiat de cel al psihopatului escroc. (E vorba de cazuri ce se plasează în cadranul superior, asertiv, al circumplexului interpersonal, spre deosebire de varianta tradițională a nevrozei histerice, caracterizată prin sumisivitate și sugestionabilitate crescută). Apoi, talentul de povestitor a celor cu TP histrionică nu e doar susținut de imaginarul bogat, ci și deformat de către acesta. Histrionicul apare în narațiunile și evocările sale mereu ca aflându-se în mijlocul evenimentelor, ca erou al unor întâmplări excepționale, dramatice, uneori extraordinare și neverosimile. E vorba de ceea ce psihopatologia din sec. XX a consemnat sub denumirea de confabulație (deformarea imaginativ megalomană a amintirilor) și mitomanie (autoplasarea narativa în scenarii fantastice relatate ca adevărate). Se cere subliniat la acest nivel că, în mod firesc, identitatea unei persoane include prin definiție durata istoriei sale biografice; fapt ce implică și condiția sa de personaj narat, de către alții sau de către sine. Intrarea subiectului în instanța narativității nu e o excepție, ci o caracteristică intrinsecă a persoanei sale, prin intermediul căreia el se conectează cu câmpul relațiilor sale interpersoanele semnificative, care în mod firesc îl comentează și îl caracterizează; dar și cu câmpul personajelor narative din instanța teoreticului cultural.

Revenind la confabulație și mitomanie și desfășurări în plan imaginativ, acestea se pot corela și cu tendințe megalomane, pe care histrionicul le poate împărtăși cu TP narcisistă, plasată tot în Clusterul B; și care e caracterizată printr-o

exagerată părere bună despre sine pe care subiectul o pretinde și altora. În tradiția psihopatologică a sec.XX se poate aminti la acest nivel cadrul nosologic denumit „**pseudologia fantastică**”. Acesta se referea 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 din aceste cazuri se intersectează cu psihopatul escroc cu tente megalomane; iar altele cu delirul. Intersecția cu delirul, deși posibilă, e însă la acest nivel minoră. Persoana histrionică ce se transpune în scenariile fantastice pe care le povestește, ca în pseudologie, nu le trăiește efectiv, sub spectrul convingerii (la fel ca Don Quijote). Povestind altora, în prim plan trece componenta de raportare nemijlocită, actuală, de impresionare spectaculară a celorlalți, în cadrul situațiilor vieții cotidiene; cu păstrarea testării realității.

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

Modelul interpretativ a lui Janet se baza pe neintegrarea suficientă și armonică în memoria biografic identitară a persoanei a unor episoade de viață conflictuale, la care subiectul se raportase biografic cu o anumită identitate relațională. După autorul francez, personalitatea normală ar integra în structura sa



mai multe dimensiuni identitar relaționale, corelate experiențelor trăite și preocupărilor importante. (Janet a studiat prin hipnoză nu doar dubla personalitate, ci și subiecți cu personalități multiple). În cazul psihozei, în urma unor circumstanțe aparte, s-ar produce o „disociere” a personalității, în urma căreia o sub-structură identitară particulară corelată unor experiențe traumatice, s-ar detașează de ansamblu, impunându-se în prim plan, cu propria ei agenție. Autonomia de ansamblu a agenției sale scapă astfel de sub controlul subiectului, el simțindu-se controlat de o alteritate, cu sentimentul dedublării. Episodul psihotic nu se manifestă deci ca o reacție comprehensibilă la o situație actuală stresantă; ci ca desprinderea din structura identitar biografică a unei dimensiuni identitare anume, ce se impune în prim plan. Reintegrarea sinelui disociat în personalitatea de ansamblu - demers ce poate fi realizat psihoterapeutic - ar reduce episodul psihopatologic.

Viziunea oarecum simplistă și schematică a lui Janet, precede complexa elaborare a psihanalizei lui Freud, ce trimite la experiențele biografice preconștiente din prima copilărie și la elaborarea psihismului centrat de eu prin scenarii complexe. De asemenea, doar mult timp după elaborările sale s-a acceptat psihopatologia reacțiilor anormale; și mai ales cea de stres posttraumatic, în care amintirile se pot reactualiza pregnant. Dar, schema de fond a lui Janet s-a păstrat. Mai ales că autorul francez făcea trimitere în cazuistica sa și la cazuri de psihotici histerici care invocau ființe supranaturale.

După declinul histeriei lui Charcot în prima jumătate a sec. XX, această viziune asupra psihozei histerice s-a estompat și ea, impunându-se nevroza histerică din interpretarea lui Freud. După cel de al Doilea Război Mondial tema psihozei histerice a fost însă reluată episodic. ( de ex. de psihiatrului olandez Hugenholtz -1946 - iar în SUA de Hollander și Hirsch -1964, 69 -). Tulburările psihotice din histerie au fost comentate predominant în marginea tulburărilor de

transă și a celor identitare cu amnezie. Spre deosebire de persoanele ce prezintă bufeuri psihotice scurte de tip schizofren, cei cu episoade psihotice de tip histeric

Chenar 36

### **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 actuale comunică inițial doar în scris, notând: “nevorbitul nu e din gât ci din cap, acolo e un piticuț care nu-mi dă pace...nu mă lasă să vorbesc, parcă aș fi băgată într-o gelatină din care nu mai pot ieși...totul în jurul meu e un vis...plutesc, picioarele nu-mi ating pământul...valuri de apă trec peste mine și sunt albastre...oamenii sunt transparentți...totul mi-e confuz....capul îmi este turbure..nu mai știu să leg sunetele...să spun un cuvânt...”. Peste câteva zile scrie: “piticul a plecat....dar a lăsat un gol în mintea mea, un gol imens....cu ce o să se umple?...cu cuvinte, cred...în curând am să vorbesc și domnul doctor se va bucura...numai că din gelatină încă nu am ieșit...”

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

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

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

se manifestau la persoane cu relaționări interpersonale dezvoltate și cu tendință la dependență.

Către sfârșitul sec. XX când terminologia s-a schimbat, a început să se vorbească de psihoze disociative. Aceasta au fost corelate mai ales cu ”tulburările disociative complexe”, care gravitează în jurul tulburărilor de identitate. Psihopatologii olandezi ( ) au elaborat și o conceptualizare mai riguroasă a acesteia, ca o tulburare corelată psihotraumelor încorporate într-o „disociație structurală a personalității”. Autorii ce s-au ocupat de psihozele disociative insistă asupra sentimentului frecvent al pacienților că în interiorul corpului și psihismului lor se afla o altă persoană (sau instanță personalistă). În cursul episoadelor psihotice sunt prezente comportamente orientate spre scop aberante, pe care subiectul își dă seama că nu le poate controla. Orientarea și relaționarea în raport cu ambianța și cu propriul sine e deficitară în diverse grade. Subiectul re trăiește aspecte ale unor scene traumatizante, frecvent cu reprezentări vizuale pregnante. Sunt prezente diverse idei neobișnuite și halucinații, în special sub forma unor voci ce i se adresează direct sau îl comentează din interior; și a unor influențe resimțite din partea „alterității interioare”; care îi induc sentimentul de pasivitate. Autorii comentează o frecvență crescută în psihozele disociative a simptomelor de depersonalizare/derealizare și a celor de transparență influență, denumite în prezent „simptome de prim rang Schneider”.

Tradiția psihozelor histerice și disociative merită avută în vedere în prezent, după ce în sec.XX patologia psihotică a fost centrată pe schizofrenie și pe mutația realizată prin „delirul primar”. În aria psihozelor disociative, deși se manifestă elemente biografice ale unor trăiri traumatizante din trecut, e frecventă trăirea unei

dedublări, a relaționării cu o alteritate interioară în genere; care tradițional trimitea spre posesia de spirite supranaturale. Ori, aceste spirite – demoni, zei, ce reapar și în prezent în stările disociative de transă cu posesiune - sunt personaje ce fac parte din aria „teoreticului cultural”. Este una din importantele provocări ale cazuisticii psihopatologice disociative faptul de a putea scoate în evidență că, psihismul oricărei persoane umane include în propria-i structură psihică alteritatea, cu trimitere spre dimensiune culturală a personajelor.

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

Atât în antichitate cât și după Renaștere, histeria a fost comentată de medici în marginea epilepsiei, referința de bază fiind la marea criză de leșin. Dar preocuparea față de histerie a medicinei europene de după Renaștere – între Sydenham, Charcot și Freud – a scos în relief faptul că în această tulburare aspectul specific îl reprezintă nu atât simptomatologia pozitivă, ci modul în care ea se manifestă, în plan relațional, interpersonal. Adică stilul hiperexpresiv, captativ și sumisiv, metalimbajul care solicită sprijin afectiv; adică apelul la atenție, protecție, susținere, îngrijire din partea anturajului. Willis insista asupra acestei hiperexpresivități corporale generale, însoțită de rotirea capului și ochilor, deseori de râs. Iar Sydenham constata și el că „femeile histerice râd și strigă fără motive reale, adunând astfel lumea în jur”. O astfel de atitudine de solicitare a ajutorului – pe care criza de leșin o sugera oricum odată cu mimarea morții - e însă și o condiție generică a stării de om bolnav, slab, neputincios, (Chenar 26); a cărei rădăcină psihologia evoluționistă o descoperă în comportamentul animalelor. Problema a început să fie studiată sistematic în sec. XX în cadrul etologiei; și dezvoltată în sec XXI odată cu psihopatologia evoluționist culturală.

Psihologia animală a evidențiat stereotipii comportamentale prin care animalele se sustrag pericolelor vitale. E vorba în primul rând de fenomenul bine studiat în etologie de „mimare a morții” („totstelreflex” în formulare germană).

Când se află în pericol vital, animalul intră în nemișcare, ca și cum ar fi mort. Cele mai multe specii nu mănâncă victime pe care nu le-au vânat direct; așa că un predator lasă în pace un astfel de individ. Pe această temă în folclor s-au dezvoltat o serie de istorioare cu vulpea care "face pe moarta" pentru a păcăli. La începutul sec.XX psihiatrul german Kretschmer și psihologul elvețian Claparede au interpretat leșinul histeric ca un echivalent al simulării morții din biologie. Trimiterea, deși parțial sugestivă pentru leșinul psihogen, reprezintă însă un model general și primitiv de reacție, pe care criza histerică îl evocă doar marginal, ca pe un cadru general; căci ea are ca finalitate subiacentă nu îndepărtarea unui agresor, ci atragerea factorilor de suport și salvare. Moștenirea modelului reactiv din „totstelreflex” trimite mai de grabă spre manifestări psihopatologice de tip letargic; sau, mai ales, de stupor. Stuporul, constând în păstrarea unei poziții fixe cu areactivitate la stimuli, deși poate fi întâlnit și în condiții reactive de pericol, îl regăsim în sd. cataton și în depresia gravă; care sunt de obicei condiții psihotice.

Tot în biologie se manifestă însă - intraspecific de data aceasta – o reacție de sumisiune cu nemișcare în caz de eșec în confruntare; ce funcționează ca un fel de „declarație de înfrângere”. Un câine învins în luptă cu altul se lasă pe spate, exhibându-și organele sexuale sensibile. Și acest model biologic ar putea sta, parțial, în spatele crizei de leșin psihogen. Apoi, s-a remarcat că puii și copiii, prin însăși dimensiunile și forma lor corporală, inhibă agresivitatea, stimulând în primul rând comportamente de joacă; și în general, atitudini și relaționări neagresive. Regresia spre comportamente infantile, ce a fost observată la histerici, ar trimite și spre o astfel de interpretare. Într-o comunitate de oameni ce cooperează, boala, rana, incapacitatea fizică, suferința, declanșează spontan manifestări de grijă, protecție și sprijin. Ideologia milei și dragostei pentru aproape, amplifică astfel de atitudini protective și grijulii. Care, de altfel, sunt susținute și de o normativitate socială elaborată.

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

Chenar 37

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

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

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

C. Sugestia directă din partea altei persoane dominante

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

Simptomatologia din aria tradiționalei histerii și a tulburărilor corelate

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

Reacții directă la stres; reacția de stres postraumatic

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

Aceasta este schema generală în care s-au plasat de la început tulburările de tip maladiv puse în joc de histerie. Ele fac parte dintr-un grup de manifestări care sunt condiționate în mare măsură reactiv, conflictual, emotiv, mimând – pe lângă leșinul ce trimite spre moarte și sufocare - boli reale și cunoscute; mai ales tb. neurologice, deficite senzoriale și motorii, care afectează comportamentul adaptativ. Simptomatologia histeriei de conversiune somatică se manifestă pe fondul unei atitudini pasive, de supunere, de predare și solicitare de ajutor a pacientului.

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

urbanizarea. Astfel încât, la începutul sec.XXI la populația urbană tabloul clinic al histeriei lui Charcot a devenit tot mai rar.

A fost deja comentată interpretarea antică a histeriei ca derivând din dislocarea modelului șamanic specific societăților de vânători, în lumea agricolă tot mai civilizată a Greciei. Acest model aduce în scenă, pe deoparte mimarea morții de către șaman, constând în leșinul pseudo epileptic, cu o stare de vigilitate „secundă”, care-i permite călătoria în lumea spiritelor . Pe de altă parte, un amplu tablou de patologie psihosomatică, nediferențiat și mobil, afectând multiple arii psihocorporale într-o manieră grosieră și impresionantă: pareze, mișcări involuntare, sufocare, mutism etc.; care ar trimite spre pacienții pe care șamanul trebuia să-i vindece.

Se ridică însă și problema stărilor disociative ambulatorii și a dublei personalități, care fac parte și ele din recuzita histeriei lui Charcot; dar în legătură cu care literatura medicală antică nu ne spune mare lucru. Pentru acestea, o sugestie destul de evidentă pare a rezulta din includerea în actualele manuale de diagnostic (mai ales în ICD-11 dar și în DSM-5) la capitolul Tb. disociative, a stărilor de „transă cu posesiune”. Pe parcursul trăirii acestora, într-o stare de semivigilitate cvasihipnotică („stare de conștiință secundă”) subiectul resimte că identitatea și agenția sa e preluată de o ființă supranaturală, de un spirit, zeu. În istoria culturii spirituale situația se întâlnește cel mai tipic în religiile de mistere – așa cum era și cultul lui Dyonisos pe vremea Greciei antice –, în care ritualul incantației duce tocmai la inducerea unor astfel de trăiri de tip transă, care facilitează accesul la instanța supranaturală a Zeului. Ceva similar nu apare însă printre simptomele inițiale ale histeriei medicinei greco-romane. O explicație ar putea fi faptul că, pe atunci o astfel de cazuistică tocmai se forma, odată cu intrarea în transă a celor ce intrau în procesiunea Marilor Dyonisiaci. În perioada Renașterii în schimb, când nu mai funcționau religiile de mistere, tulburările ambulatorii de tip somnambulism au fost înregistrate ca stări patologice corelate



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

Totuși, în tot acest timp precum și în prezent, în multiple locuri din lume a persistat și persistă credința în zei și spirite, în posibilitatea ca acestea să posede oamenii. Astfel încât, globalizarea ne obligă să nu ignorăm nici în zilele noastre stările de transă cu posesiune. Ba mai mult, probabil că „stările secundare” ce au fost interpretate după Renaștere ca „somnambulism” (al lunaticilor), ar putea fi acceptate explicit ca moștenitoare a menționatei stări de transă, în care subiectul ce era cuprins de entuziasmul colectiv se transpunea într-o lume specială, în apropierea zeului mitic (la fel cum șamanul călătorea în lumea spiritelor). Lume diferită de cea cotidiană. S-ar identifica astfel o orbită antropologică aparte, ne-onirică, a stărilor particulare de conștiință în corelație cu reprezentări cultural-spirituale, ce ar putea face mai comprehensibil scenariul delirant, ce absoarbe subiectul în cazul psihozei. Subiect ce se transpune, în aceste cazuri, într-o condiție identitară de personaj aparte, dintr-o lume cvasifictivă. În cele din urmă sec. XIX, cel în care s-au afirmat cu pregnanță dubla personalitate și stările disociative de conștiință, a fost și epoca în care delirul s-a decantat ca entitate psihopatologică

independentă și majoră, desprinzându-se - sub eticheta de „paranoia”- , din milenara sa conviețuire cu melancolia și mania.

Lăsând la o parte diversele interpretări, din perspectivă evoluționistă și a istoriei culturale, patologia disociativă - considerată ca plasată în tradiția medicală a histeriei - ne relevă o fațetă a psihismului uman în care acesta se manifestă externalizat, cu o identitate fragilă, dedublat și centrat pe o relaționare cu o alteritate (de tip uman) într-o modalitate pasivă, apelativ-captativă. Și aceasta, pentru a primi un sprijin din partea respectivei alterității, fie ea spirit sau om. Psihopatologia disociativă implică în diverse grade și o reducere a vigilității, în sensul raportării perceptive diferențiate la ambianță; fapt ce permite imaginarului să fie mai activ. Iar autonomia agenției scapă de sub controlul acestei persoane dedublate și fragilă identitar, predându-se alterității.

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

Un cadru semiologic oareșcum intermediar între tb. disociative și cele obsesiv compulsive îl reprezintă sindromul de depersonalizare/derealizare; care în actualele clasificări e inclus în grupajul tulburărilor disociative. În acest sindrom subiectul se autopercepe lucid și analitic, cu sentimentul că e străin de propriul corp și de propriul sine, de propria memorie și identitate („eu nu mai sunt eu”); precum și de ambianță. Această simptomatologie nu se regăsește însă în referințele la tradiționala histerie antică. Iar atitudinea reflexivă de autopercepție lipsește din celelalte tb. disociative ale sistematicii actuale. Descrierea depersonalizării datează de fapt din sec. XIX, sindromul fiind corelat inițial cu variate contexte psihopatologice. La începutul sec. XX el a fost implicat de Jaspers în geneza delirului primar. Depersonalizarea și derealizarea se regăseau pe atunci și alături de

patologia obsesională, de ex. în cadrul „psihasteniei” lui Janet; în care era prezentă alături de simptome anxios fobice și obsesiv ruminative, în contextul unei pronunțate îndoieli autoanalitice și hiperreflexive, a unui autocontrol chinuitor al propriei agenții. Căci în obsesionalitate, dedublarea subiectului nu constă în predarea sa către o alteritate; ci în confruntarea disperată cu sine însăși. Sentimentul depersonalizant al pierderii identității cu sine însuși poate fi însă poarta de intrare spre metamorfoza sa delirantă.

## Anexă la Capitolul 4

### Tulburări corelate traumei și stresurilor

În ultima ediție DSM-5 (2013) există un capitol intitulat Tulburări datorate stresului și traumei, plasat înaintea celui consacrat Tulburărilor disociative; care sunt și ele creditate ca fiind parțial determinate de traume psihice. Acest capitol nu exista în ediția princeps a DSM-III (1980) deși unele din tulburările incluse acum erau și atunci descrise, dar plasate în alte capitole. Când s-a lansat, DSM-III s-a autoproclamat ca “neutru d.p.d.v. teoretic în perspectiva etiopatogenezei”; ceea ce însemna că includerea în diagnostic a condiționării psihosociale a unei categorii nu ar fi trebuit să fie utilizată. Totuși, încă de la începutul sec.XX Jaspers a conturat cadrul posibil al “reacțiilor psihopatologice comprehensive anormale, cu exemple din stările anxioase consecutive spaimei sau cea de doliu prelungit, cu trăiri depresive. Acestea se plasau la un pol opus față de Tulburările de personalitate.

Reacțiile comprehensive anormale se instituie nemijlocit în urma trăirii de către subiect a unui eveniment cu o semnificație deosebită pentru el, foarte impresionantă. Reacția este comprehensibilă ca și conținut, adecvată ca stil de manifestare dar extrem de intensă și prelungită. Dacă cauza sa încetează, reacția se retrage treptat. Școala psihopatologică germană (Schneider, Muller-Sur, Kretschmer) a dezvoltat această temă, atrăgând atenția asupra sensibilității diferite a oamenilor la semnificațiile receptate; precum și asupra vulnerabilizării subiectului prin cumulara în preconștient a unor psihotraume nerezolvate într-o perioadă determinată de timp. La această sensibilizare, s-ar adăuga apoi, marcarea persoanei de-a lungul întregii sale biografii prin evenimente stresante și influențe psihice negative. Precum și o vulnerabilitate genetică crescută, care poate induce sensibilități tipologice specifice la unii stresori. Psihiatrul german Kretschmer a atras atenția asupra sensibilității crescute a anumitor tipuri de persoane la modele specifice de reacție, de ex. în manieră senzitiv relațională („Personlichkeitreaktion). Ulterior, psihopatologii scandinavi au introdus conceptul de psihoză reactivă. În ultimele decenii au existat dezbateri aprinse în mediile de specialitate americane pe această temă, mai ales datorită curentului de idei ce lupta împotriva stigmatizării prin etichetare diagnostică psihiatrică. Se argumenta că, dacă trăirile reactive firești sunt acceptate - de la o anumită intensitate - ca diagnostice psihiatrice, atunci poarta abuzurilor ar fi deschisă, limitele fiind greu de stabilit.

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

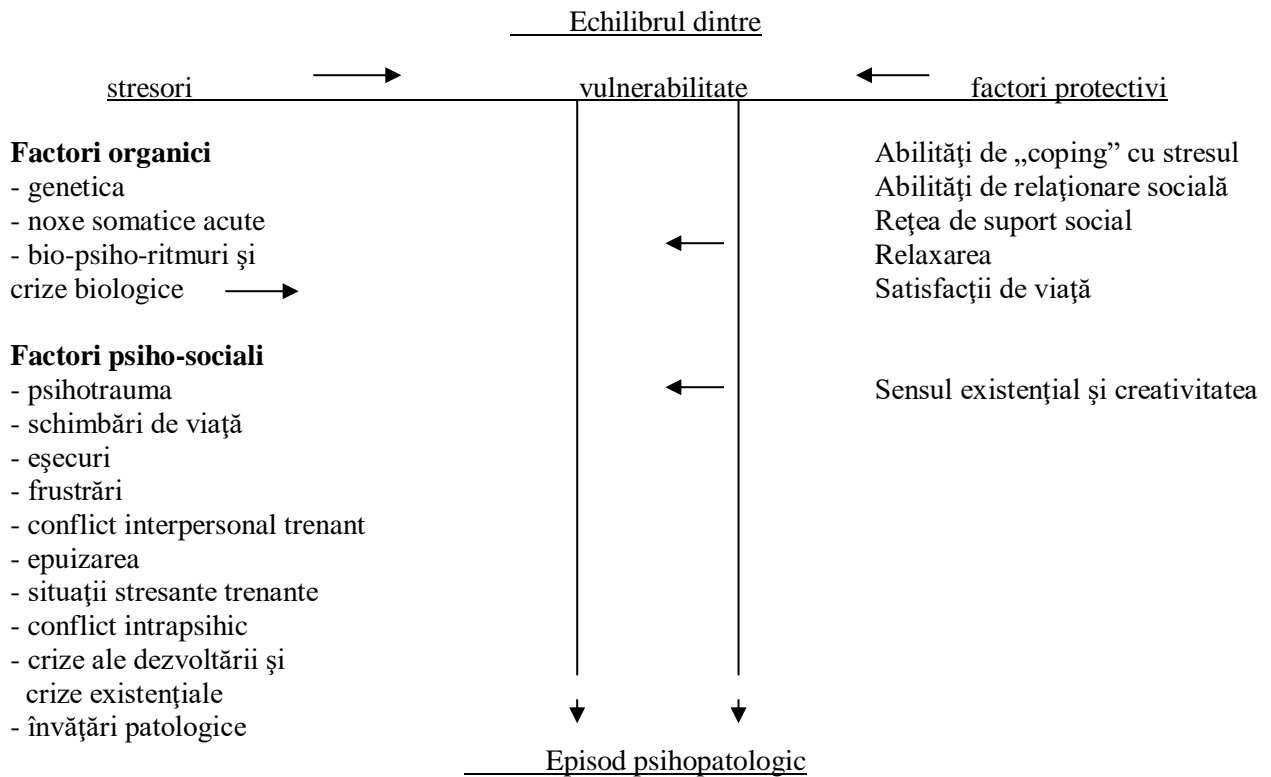
Apoi, pe lângă clasică psihotraumă constând din amenințare, agresiune și pierdere s-au evidențiat valențele psihotraumatice ale frustrării, eșecului, schimbărilor de viață, a substimulărilor și a psihotraumelor minore prelungite din ambianța proximală. Un rol deosebit l-a jucat mai ales introducerea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

Această perspectivă analitică a stresorilor și a factorilor protectivi a condus la comentarea mai atentă a “stărilor de dezadaptare”; care sunt diferite de consecințele directe și comprehensive ale unor psihotraume dramatice. Ele se petrec în condiții aparent firești de existență, la unele persoane vulnerabile, manifestându-se prin simptome anxioase, depresive sau iritabil comportamentale. Această categorie diagnostică a fost introdusă deja în clasificarea DSM-III. A fost studiat mai atent deasemenea și rolul patogenetic al substimulărilor psihosociale la pacienții instituționalizați. Wing și Brown au demonstrat că substimularea accentuează simptomatologia negativă a schizofrenilor cronici. Fapt ce a plecat pentru programe de stimulare și ergoterapie în instituții; dar mai ales pentru evitarea instituționalizării prelungite.

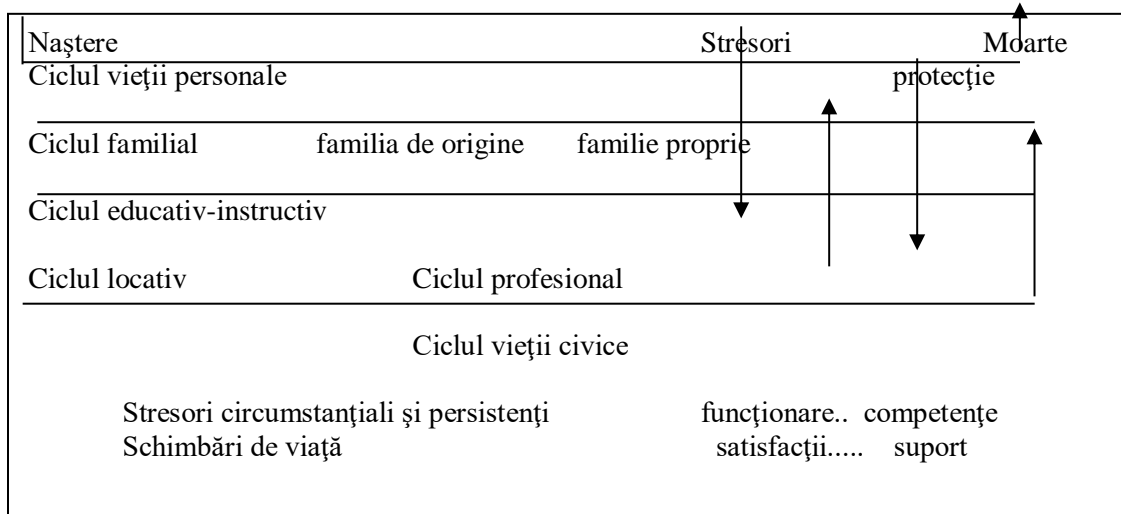
Extrem de importantă s-a dovedit deficiența de stimulare psihosocială adecvată la vârstele mici, în perioada în care se formează relația de atașament, prin absența mamei sau a substitutului ei (“frustrarea de mamă”). Observațiile au condus la conturarea a două tablouri clinice care rezultă din această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

**Tb. de atașament reactivă. Aceasta se diagnostichează la între 9 luni și 5 ani la copii care au suferit de: - neglijare sau deprivare socială prin nesatisfacerea nevoilor emoționale bazale pentru confort, stimulări, afecțiune din partea îngrijitorilor; situație care a limitat posibilitatea de a se forma un**

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



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



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

atașament stabil; sau de: - îngrijirea în locații neadecvate, care au împiedecat atașamentul selectiv (de ex. în instituții supraaglomerate). Se manifestă prin:

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

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

Cea de a doua Tb. din aceeași categorie este:

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

Privitor la stările psihopatologice ce pot apare după expunerea adulților la situații stresante extreme, lumea americană a fost impresionată către sfârșitul sec.XX de reacțiile psihice prelungite pe care le-au avut unii soldați din Vietnam; astfel încât s-a decantat progresiv conceptul de tulburare de stres posttraumatic. Dar, clinica psihiatrică a ajuns să fie interesată în ultimele decenii tot mai mult de vulnerabilitatea psihică și de stările psihice reactive, chiar dacă ele nu aveau intensitate clinică. Și aceasta, deoarece ele erau importante în înțelegerea pe care a introdus-o viziunea spectrelor maladive.

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

**Tb. de stress posttraumatic (TSPT)** este circumscrisă în DSM-5 și ICD-11, printr-un ansamblu de simptome ce se instalează ca o consecință directă a unor trăiri intens psihotraumatizante, menținându-se apoi o perioadă de timp.

Categoria are mai multe variante de intensitate. În DSM-5 s-a menținut ca variantă mai ușoară Tb.reacției acute la stress, ce apare în primele trei zile de la eveniment și durează cel mult o lună; pe când TSPT poate apare și după un interval liber (maxim până la 6 luni, dar unele simptome sunt de la început prezente); iar durata ulterioară este de până la 6 luni.

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

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

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

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

- Marcate alterări ale reactivității și arousalului asociate cu evenimentul traumatic: - comportament iritabil și izbucniri de furie, exprimate verbal și fizic, asupra oamenilor și obiectelor; - izbucniri comportamentale autodistructive; - hipervigilantă; - răspunsuri speriate (Star1); - probleme cu comunicarea; - Tb. de somn (deficit de adormire, de a rămâne adormit, somn superficial).

- Alterări cognitive și ale dispoziției (în sens depresiv) corelate cu evenimentul: - inabilitatea de a-și reaminti aspecte importante ale evenimentului (în sens disociativ); - convingeri negative exagerate despre sine (“sunt un om rău, ...în care nu se poate avea încredere”); - cogniție



distorsionată privitoare la cauzele și consecințele evenimentului, care justifică blamarea de sine sau a altora; - stare emotivă negativă prelungită (frică, oroare, furie, vinovăție, rușine); - sentiment de detașare și înstrăinare față de alții; - inabilitatea persistentă de a exprima emoții pozitive (satisfacții, bucurii, dragoste).

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

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

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

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

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

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

- **Stuporul reactiv.** Acesta se instalează după stresori puternici trăiți direct (de ex. condiții speciale de război sau cutremur) în care multe persoane mor sau sunt grav rănite în jur. Subiectul rămâne imobil într-o poziție uneori neobișnuită, hiporeactiv la stimuli, expunându-se astfel la pericole

suplimentare. El ajunge să fie mobilizat (uneori cu greu) de către alții; iar starea de vigilitate revine treptat, putând trece prin diverse faze.

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

Stuporul reactiv se aseamănă cu unele stări de imobilitate ce apar în biologie în fața unui pericol iminent. Pentru om, detașarea de ambianță într-o stare de semivigilitate are valenta de a suprima perceperea în continuare a pericolului; deși subiectul rămâne de fapt în contact cu situația conflictuală. Stările crepusculare se însoțesc și ele de o vigilitate redusă, dar cu motricitate păstrată. Ambele aceste deficite de conștientă fac parte din largul diapazon de posibile manifestări ale condiției funcționale a vigilității la om, pentru care oscilația dintre somn și veghe e un referențial de ordin general (amintim că între acestea se include și relaxarea reveriei, hipervigilitatea din actul creator sau din starea de extaz).

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

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

Reacția de doliu prelungit din ICD-11 pune accentul acum nu atât pe dispoziția depresivă și caracteristicile ei intrinseci, pe care orice pierdere o induce; ci pe specificitatea pierderii relaționale a unei persoane apropiate. Pierdere pe care subiectul nu poate și nu vrea să o accepte. De aceea sunt luate în considerare o

serie de aspecte comportamentale și atitudinale ca furie, negare, blam etc. Prin aceasta, depresia de doliu este particularizată într-un tablou psiho-comportamental bine definit.

Tb. corelate traumei și stresurilor, așa cum le delimitează clinica psihiatrică actuală, includ manifestări care fac trimitere nemijlocit la trăirea unor evenimente cu o semnificație aparte, unele din acestea fiind corelate relațiilor interpersonale. Prin această trimitere ele se plasează la un pol opus față de clasa Tulburărilor de personalitate. Care, prin definiție exprimă o anormalitate comportamentală prelungită; dacă nu chiar permanentă, oricum care evoluează mulți ani de zile. Tb. corelate stresorilor implică, cel puțin în plan secund, actualizarea unor disponibilități psihice funcționale ale psihismului, așa cum ar fi dispozițiile afective anxios fobice, depresive, euforic expansive (maniacale), iritabil explozive. Iar prin trimiterea la "traume" (biografice), în ele sunt implicate, parțial, și scenarii relaționale experimentate biografic.

Un aspect aparte se întâlnește în cazurile în care, deși poate fi identificat un stresor mai mult sau mai puțin important, manifestarea psihopatologică ce urmează nu apare într-o relație comprehensivă, de conținut, cu acesta. Astfel de ex., în urma morții unei persoane apropiate, se poate declanșa uneori un episod maniacal. Apare astfel în comentariu cazul unei modificări psihopatologice care se pregătesc subteran, afectând unele aspecte ale structurii psihismului ce se agravează progresiv; până la un moment în care se produce „actualizarea” deficitului constituit, care se poate realiza în urma unor solicitări bio-psihice nespecifice ; sau pe parcursul unor perioade critice de viață, a unor schimbări ce necesită un efort de readaptare. O serie de episoade maniacale, depresive și de bufeuri psihotice pot debuta astfel. Practic, multe episoade psihotice pot fi astfel "precipitate" sau „declanșat”, în manieră nespecifică, prin simple evenimente solicitante de viață.

## CAPITOLUL 5

### PATOLOGIA OBSESIV COMPULSIV COMPULSIVĂ ȘI SPECTRUL EI.

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

Simptomatologia obsesiv compulsivă (O.C.) s-ar defini pe scurt prin : trăiri egodistone repetitive (idei, tendințe, reprezentări, comportamente) care se impun subiectului fără intenția și acceptul său; și pe care el încearcă să le controleze, fără succes. Trăirile obsesiv compulsive sunt resimțite ca izvorând din propria agenție, nu ca impuse de o alteritate. Ele îl fac pe pacient să sufere, îi consumă mult timp, perturbă inserția sa în viața cotidiană și performanțele. Subiectul prezintă o exagerată tendință la autocontrol ce se corelează cu o redusă spontaneitate de raportare la situații. În raport cu tulburările externalizate agresiv-conflictuale și manipulative și cu cele internalizate anxios fobice și depresive, tulburarea obsesiv compulsivă (TOC) ar putea fi plasată la mijloc. Raportarea la situații, deși marcată de intenții agresive, nu se desfășoară efectiv, impulsiv sau asertiv; iar anxietatea nu se poate fixa clar situațional (pericolul pare a veni din sine însuși sau de la agenți neperceptibili). Deși, egodistonia, autocontrolul exagerat și coexistența marcată a stărilor anxios depresive, înclină mai mult balanța în direcția celor internalizate.

Comportamentul obsesiv compulsiv nu a atras atenția din antichitate, la fel ca spectaculoasa histerie, ce se manifesta la persoane hiperexpresiv captative, orientate spre relaționare și cu tendința la dedublare, în contextul dominației sau a posesiunii de către o alteritate (umană sau de un spirit). Totuși, încă din antichitate a început să se profileze și un model al psihismului reflexiv, pe care-l sugerează cazul lui Socrate, pe care *daimonul* său intim, îl sfătuia să nu participe la mentalitatea exterioară a manifestărilor politice din agora Athenei; ci să se replieze pe propria interioritate conceptuală. Dar, deși ideea unui *forum interior* se conturează deja în stoicism, de abia prin impunerea creștinismului persoanele ajung să acorde o importanță majoră ideeației ce emerge din profunzimea

subiectivității lor. Biserica creștină îi stimulează pe credincioși să-și analizeze singuri vinovățiile și să se spovedească. În perioada Reformei, când aceștia erau îndemnați să-și facă zilnic bilanțul păcatelor și să le mărturisească, s-au semnalat cazuri de apel excesiv la confesiune, de mai multe ori pe zi, pentru culpe minore. Această condiție a fost etichetată ca “obsesivă” (de la latinescul *obsidere* - a asedia). Desigur, vulnerabilitatea psihică pentru simptomatologia TOC nu e condiționată direct cultural. Totuși o atmosferă culturală poate inhiba sau exacerba unele valențe psihopatologice.

Simptomatologia obsesiv compulsivă a fost în continuare comentată de medici în marginea altor tulburări, cum sunt cele ale mișcărilor involuntare, cele impulsiv addictive sau anxios fobice. Adică, a unui grupaj de manifestări anormale care exprimă un deficit de autocontrol al agenției comportamentale. După ce în sec. XIX simptomatologia obsesiv compulsivă a fost descrisă, ea a fost încadrată la începutul sec.XX în largul concept al „psihasteniei” lui Janet. Apoi Freud a diferențiat nevroza obsesională de patologia propriu zis anxioasă, comentând-o prin polarizare față de nevroza histeriei de conversie. Treptat psihopatologii au descris și o tulburare de personalitate ce a fost atașată clasei simptomatologice obsesiv compulsive. În ultimele decenii studiile cognitive au contribuit la o mai sistematică delimitare a acestor tulburări clinice. Marile sisteme de clasificare internaționale de la cumpăna dintre sec.XX și XXI, ICD-9-11 și DSM-III-5, comentează TOC într-un capitol distinct, care tinde să-și contureze în jur un spectru maladiv. (Inițial, DSM-III includea patologia TOC în cea anxioasă).

În TOC există un fundal agresiv-anxios, sesizat constant de psihopatologi, mai ales de psihanalști. Acesta se exprimă destul de clar în ideea obsesivă orientată spre distrugere, spre a face rău celor apropiați și neputincioși, a blasfemia și a încălca tabuuri; ideea care se configurează deseori în schițe de acțiune. Dar aceste intenții de act agresive nu se manifestă direct și nemijlocit în raport cu alții, la fel ca în Tb. externalizate ale dispoziției iritabil conflictuale. (vezi Cap.2). Ci,

ele sunt trăite subiectiv, egodiston, pacientul neacceptându-le; și străduindu-se să le controleze, într-un context de trăiri dispoziționale tensionat anxioase, cu teama de a nu-și pierde autocontrolul. În marginea acestora, obsesivul dezvoltă conduite de verificare repetitivă (dacă nu a comis cumva actul respectiv); și uneori manifestări cvasi magice de „anulare retroactivă”. Altă sursă de anxietate o constituie în TOC sentimentul (ideea obsesivă) agresării sale de către microbi și alte substanțe neperceptibile și de dezordine. Fapt ce conduce mai ales la conduite de contracarare, prin comportamente de spălare și ordonare. E de subliniat că anxietatea fobică din TOC nu se corelează cu eventuale intenții agresive ale altora, ca în paranoizie; și faptul că lipsește conduita de a recurge, ca în anxietatea fobică, la sprijinul celor apropiați și puternici sau la protecția spațiului securizant al locuinței. Dimpotrivă, obsesiile de contaminare și dezordine se produc în chiar spațiul intim al locuinței.

În TOC e prezentă o stare de permanentă tensiune, de luptă activă cu sine și cu simptomele, o marcată nesiguranță și o continuă propensiune spre controlul situațiilor și autocontrol. Această tendință se evidențiază pregnant și la nivelul tulburării de personalitate obsesiv compulsivă (TPOC), odată cu exagerata pregătire și organizare a acțiunilor, prin schițe, proiecte, scheme, tentative repetate de act, hiperverificare. Privind împreună TOC și TPOC, se impune observația că în această patologie iese în relief perturbarea „funcțiilor executive” ce susțin acțiunea cu scop; tulburare ce se manifestă prin indecizie, hiperlaborare, supracontrol, inclusiv a derulării propriilor acte; cu un interes redus față de relaționarea spontană cu alții. În plus, psihismul propriu e resimțit de către obsesivul hiperanalitic ca insuficient de unitar și asertiv, el fiind atras de detalii, dedublat egodiston, lipsit de o suficientă coerență centrală și delimitare. Subiectul se manifestă într-o atmosferă de nesiguranță, incertitudine, indecizie, îndoială, ambivalență, orientat mai mult spre cele posibile, decât spre realitățile efective. Patologia OC se manifestă în diverse grade de gravitate, cazuistica cu manifestări

mai pronunțate sugerând un proces de depersonalizare/derealizare, diferit de cel disociativ și orientat spre desorganizare.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un aspect al continuității între ticuri și mișcări normale poate fi clipitul, care e o reacție de apărare. Și alte mișcări ce se exprimă ca ticuri sugerează o atitudine de retragere sau apărare fizică; iar altele, o ripostă sau atitudini agresive. Prin astfel de asemănări patologia ticurilor apare corelată cu relaționarea interpersonală; ceea ce nu se poate spune despre ADHD. În perioada 3-6 ani se întâlnesc frecvent câteva obiceiuri comportamentale ca suptul degetului, scobitul în nas sau rotirea capului, care seamănă până la un punct cu ticurile. Ele sunt de obicei tranzitorii. La fel și unele mișcări stereotipe ca legănatul capului, corelate deseori cu carență



afectivă și de îngrijire. Se cere ținut seama de faptul că predispoziția genetică pentru ticuri se consideră a fi mult mai mare decât cazuistica efectivă, astfel încât “penetranța” acestei predispoziții este variabilă; fapt ce se constată și prin gradarea manifestărilor patologice.

Tulburarea ticurilor e frecvent comorbidă cu ADHD. Aproape 40-50% din copiii cu ticuri prezintă o istorie de hiperactivitate, neatenție și impulsivitate înainte de apariția ticurilor. Ambele sindroame ar avea la bază același substrat neuronal al ganglionilor bazali insuficient de bine controlați. În aceste cazuri sunt frecvente comportamentele impulsiv-disruptive și neadaptare familială. Copiii care prezintă doar ticuri au în general un comportament internalizat. Cei cu ADHD au în schimb un comportament externalizat, dar fără implicarea directă a altora. Când coexistă Tulburarea ticurilor și ADHD se pare că se amplifică un comportament disruptiv interpersonal.

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

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

Ticurile sunt distincte de mișcările neurologice involuntare (de tip coreo atetozic) prin faptul că, cuprind grupe musculare ce sunt angrenate în mișcări

uzuale cu sens, pe care parțial le schițează. Aceste schițe de mișcări sugerează gesturi de apărare sau ripostă automată, fără a fi corelate însă cu o idee specifică. Compulsiile din TOC apar însă în strânsă legătură cu ideea obsesivă, constând din scurte acte ce încearcă să contracareze conținutul obsesiilor. Față de obsesia de dezordine apare ordonarea; față de obsesia de murdărie, spălarea; față de intențiile agresive, verificarea. Există însă și compulsiile mai puțin corelate cu ideea obsesivă care se derulează ca niște ceremonialuri; și care sunt de obicei precedate de tensiuni interioare, care se detensionează la execuția ritualului.

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

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

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

Actualele sisteme de clasificare a tulburărilor psihice folosesc termenul de obsesiv compulsiv (OC) pentru două categorii diagnostice: Tulburarea obsesiv compulsivă (TOC) și Tulburarea de personalitate obsesiv compulsivă (TPOC). Comorbiditatea stabilită statistic între TOC și TPOC nu este mare. Totuși există o strânsă legătură între ele prin faptul că perturbarea afectează în ambele cazuri autocontrolul agenției ce se bazează pe funcțiile executive; fapt ce conduce la o egodistonie indecisă și nesigură cu lipsă de spontaneitate în acțiune și nevoie de control reflexiv. Vom prezenta inițial circumscrierea din DSM-5 a TOC, urmată de trecerea în revistă și comentarea mai detaliată simptomatologiei clinice.

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

**Obsesiile se definesc ca:**

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

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

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

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

- **Preocupările de frică din anxietatea generalizată;**

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

**Ca specificatori în TOC se menționează:**

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

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

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

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

Simptomatologia TOC se manifestă, deci, prin obsesii și compulsii, care sunt de obicei asociate și corelate, având o pondere variată în simptomatologie. Mai rar ele pot să se manifeste și independent; sau prin forme de tranziție. Studiile statistice au conturat ca principale grupaje (clustere) simptomatice: - intenții agresive/verificare; - contaminare/spălare;- ordine/ordonare; - colecționare. In DSM-5 colecționarismul patologic e prezentat ca o categorie distinctă de TOC, dar

în aceeași clasă cu acesta. Simptomatologia TOC are în vedere raportarea la situații actuale, care e însă dificilă și indirectă, lipsită de manifestări efective evidente în raport cu alții. În continuare vor fi prezentate grupajele simptomatice menționate mai sus, urmate de aspecte mai speciale ale simptomatologiei OC, precum: ritualurile actelor cotidiene, lentoarea, ceremonialurile magice, aritmomania, ruminatiile abstracte, preocuparea față de eventualități, incertitudinea.

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

1.1. Simptomatologia intențiilor agresive e trăită sub formă de gânduri ce constau în tendințe de act agresive, ce se corelează direct sau indirect cu situații actuale. Ideea obsesivă poate fi doar resimțită subiectiv, ca intenție de act. Sau, ca reprezentare a respectivului act în diverse grade de elaborare, care pot fi schițate sau chiar începute; dar nu realizate până la capăt. Trăirile respective intrigă subiectul, îl nemulțumesc și induc o anxietate fobică în legătură cu ceea ce el simte că ar fi pe cale să facă; susținând un sentiment de vinovăție. Compulsia obișnuită consta în verificarea faptului dacă nu cumva actul s-a produs. Deși subiectul știe obiectiv că nu l-a făcut, el nu are certitudinea faptului. Alte compulsii pot fi acte mentale de contracarare a intenției anormale; sau de anularea a ei, retroactivă, printr-un act considerat contrar.

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

defenestra când se află în apropierea unei ferestre (tendință contracarată prin mimarea actului, prin aplecarea de câteva ori deasupra ferestrei). Printre obsesiile

Chenar 39

### Cazuistica TOC și patologia delirantă

Psihopatologia clinică a comentat în repetate rânduri eventuala intersecție dintre patologia obsesională și delir. Se acceptă în prezent că acea variantă a TOC în care critica (insight-ul) scade până la dispariție, ar putea fi considerată delirantă. Așa se întâmplă lucrurile în fenomenul "fuziunii gând-acțiune". Condiția identitară anormală a subiectului de posibilă implicare a sa într-un act neobișnuit, eventual cu consecințe negative pentru alții - care e trăită un timp obsesiv fiind rejectată - e posibil ca de la un moment să fie acceptată. Uneori ideația obsesivă monstruoasă e atribuită diavolului, astfel încât convingerea delirantă ajunge să fie una de posesiune. Trăiri obsesive pot însă intra în circuitul patologiei psihotiforme delirante și în afara acestei căi ce trece prin "fuziunea gândire act", în cadrul unor intersecții psihopatologice diverse.

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

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

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

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

Caracterul scenic, de act sau de scenariu în posibilă derulare - dar care nu se realizează efectiv - diferențiază net trăirile din TOC de cele din tulburările dispozițional conflictuale; în care subiectul se manifestă efectiv, impulsiv, nereținut și perturbator în raport cu alții, în contextul vieții cotidiene, inducând evenimente relatabile și de alții. Proiectul de act – sau, în cazuri mai complexe scenariul comportamental obsesiv compulsiv - se derulează însă în plan metareprezentational subiectiv, avându-l pe pacient ca erou central, plasat într-o condiție aparte, anormală.

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

prim plan, unde se impun, menținându-se repetitiv. Patologia ar consta în primul rând în acest proces cognitiv, în care atenția se centrează pe detalii agresiv culpabilizatoare, pierzându-și capacitatea de a menține o ierarhizare sintetică, o coerența centrală firească a cursului ideativ, ce se derulează continuu în fundalul raportărilor subiectului la situații.

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

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

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



Simptomatologia TOC agresivă este receptată de subiect ca neadecvată; fapt ce induce nu doar anxietatea fobică de a nu fi comis actul, ci și culpabilitate în raport cu un astfel de act posibil. Culpabilitatea e o caracteristică a depresiei, unde, ea e însă trăită în raport cu un act efectiv făcut. Pe când în TOC ea apare în raport cu un act posibil. (E de reamintit la acest nivel că practica spovedaniei îndeamnă subiectul să-și amintească și să mărturisească „tot ce a păcătuit cu fapta și cu gândul”).

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

Verificarea, care e considerată principala compulsie ce apare în cadrul simptomelor OC agresive, se manifestă însă la pacienții TOC și în împrejurări banale ale vieții curente: în legătură cu închiderea ușilor, gazului, ferestrelor, apei, curentului electric etc. Aceste acte de verificare compulsivă domestice, au fost

puse de Slavckovitch tot în legătură cu sentimentul vinovăției; dat fiind faptul că cei cu TOC sunt persoane hiperconștiincioase, scrupuloase, s-ar instaura gândul subjacent că respectivele omisiuni ar putea avea consecințe rele pentru cei din casă: furt, incendiu, răceala etc. Această interpretare, chiar dacă poate fi până la un punct susținută, nu are cum să ignore faptul că, în TOC întâlnim o serie de perturbări în prelucrarea cerebrală a informației; inclusiv a informației inverse, care ar trebui să semnaleze când un act e terminat. Dacă această informație nu e integrată corespunzător, subiectul nu receptează firesc faptul că un lucru efectiv s-a terminat, chiar când el a gata. La cei cu TOC acest deficit de sinteză informațională, induce un sentiment al „neterminatului”, care se integrează în cel de „incompletitudine”.

În cazul simptomatologiei TOC agresive, ideea obsesivă constă deci din reale tendințe la act impulsive, care depășesc nivelul strict ideatic; trecând nu doar spre reprezentare ci uneori și spre o realizare parțială, desigur hipercontrolată. La acest nivel apare raportarea la – și diferențierea de - comportamentul impulsiv disruptiv (inclusiv exploziv), în care deliberarea și controlul sunt scurtcircuitate. În TOC, dimpotrivă, trecerea ideii (sau tendinței) agresive spre acțiunea efectivă e încetinită, controlată, blocată; cu efort, chin, anxietate și culpă. Menținerea continuă în planul elaborării dar fără finalizare, transformă proiectul de act într-o eventualitate neîndeplinită. Această menținere în planul eventualităților, e de fapt una din specificitățile acestei patologii. Care e, în ansamblul ei, centrată pe problematica acțiunii; pe o orbită paralelă cu cea a narativității, ce operează cu personaje fictive, susținând în cele din urmă delirul.

1.2.Simptomele OC sexuale se corelează cu cele agresive. Pacientul e chinuit de porniri sexuale aberante, neacceptate de conștiința sa morală. Pot apare obsesii legate de acte incestuoase, pedofile, acte anormale ca mod de execuție, pornografie, homosexualitate etc. Simptomatologia se corelează cu manifestările etichetate ca parafilice. Există însă și diferențe față de simptomele OC strict

agresive, prin caracteristicile impulsiv addictive ale respectivelor comportamente sexuale ; și, uneori, prin oferta pieții sau seducția ce o poate realiza un partener.

La fel ca în simptomatologia OC agresivă, în prim moment se afirmă ideea care conține intenția aberantă și reprezentările sexuale corespunzătoare. Ulterior pot apărea dezvoltări parțiale înspre realizarea acestor intenții; care însă sunt controlate de subiectul ce li se opune, astfel încât până la urmă nu se ajunge la desfășurarea efectivă a celor mai multe dintre ele. Există însă nenumărate variante ale acestui scenariu, ce se derulează în cea mai mare măsură în spații private. Astfel, privitor la scopofilie, subiectul poate ceda la un moment dat obsesiilor ce îl atrag, lăsându-se dominat de vizionarea scenelor pornografice, într-o manieră cvasiaddictivă. El poate lupta, cu mai mult sau mai puțin succes împotriva acestei dependențe, mai ales în condițiile actuale în care imaginile pot fi obținute pe internet. Ca și în cazul jocurilor de noroc, rezistența e înfrântă cu atât mai ușor, cu cât oferta e mai accesibilă și agresivă. Un caz aparte se poate produce la persoanele cu orientare nativă bisexuală, care resimt la un anumit moment dat și o atracție homosexuală, ce poate deveni obsesivă; în măsura în care apare un partener seductiv, acesta poate precipita tendința spre comportamentul homosexual efectiv. Problema se pune uneori și în cazul violului, a cărui declanșare poate fi susținută de conduite provocatoare.

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

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

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

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

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

Simptomatologia contaminării e una anxios fobică particulară, constând în sentimentul unei agresiuni periculoase și greu controlabilă asupra sinelui corporal, din partea unor agenți cvasisubstanțiali neperceptibili, a”ceva rău”, ce acționează din proximitatea trupului, prin atingere. Ea diferă clar de simptomatologie anxios

fobică standard, ce se manifestă în aria comportamentelor active ale subiectului, ce se realizează în raport și relaționare cu alții; și care se accentuează pe măsura ce el se îndepărtează de ariile protectoare (locuință, persoane de atașament) spre zone spațiale necontrolabile și periculoase (manifestări în public, în spații aglomerate). Și de asemenea, diferă de anxietatea fobică paranoidă, în care alți oameni și instituții intenționează să-i facă rău de la distanță. În TOC agenții nocivi nu sunt cei umani, sunt imperceptibili și tind să invadeze interioritatea sinelui corporal în urma contactului fizic.

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

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

În conformitate parțială cu modelul general fobic, deși obiectul fobogen propriu zis (microbii) nu sunt perceptibili, sunt identificate zone speciale din ambianță care apar ca mai periculoase, mai contaminate cu murdărie și agenți infestați. Așa sunt: clanțele ușilor și telefoanele publice, mijloacele de transport în comun, banii, WC-uri publice etc. E de fapt singura zonă de intersecție notabilă a anxietății fobice din TOC cu agorafobia. În legătură cu acestea se dezvoltă și cele

mai frecvente conduite de evitare și asigurare, mai ales prin protejarea mâinii de a atinge zonele potențial contaminate. În vizorul factorilor de contaminare pot intra însă și materii utilizate în gospodărie, ca detergenți, substanțe lipicioase; apoi, radiațiile, propriile secreții ș.a.m.d. Evident că „tematizarea” factorilor contaminanți depășește limitele raționalului. Cel mai edificator și semnificativ e faptul că, subiecții se pot simți contaminați prin singura atingere de un alt om. (Chenar 29)

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

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

Intervin apoi aspecte culturale, curățenia fiind inclusă de variate doctrine mitico-ritualice în simbolistica binelui, opusă infernului, dezordinii, haosului și întunericului murdăriei. Spălarea în general și spălarea mâinilor în special (ablutomania) a devenit de-a lungul istoriei culturale simbolul curățirii persoanei spirituale de rele, de păcate. Acest ritual era cunoscut în multe religii practicate în

vechiul imperiu roman. Când îl judecă pe Iisus, Pilat din Pont cere să se spele pe mâini de eventualul păcat de a-l fi dat pe mâinile iudeilor. Obiceiul persistă în cultura islamică și în creștinism. În piesa lui Shakespeare Lady Macbeth, aceasta cere mereu apă să-și spele mâinile de păcatul de fi comandat un omor, pe care de fapt l-au executat trimișii săi.

Limitele persoanei corporale, mai ales cele ce reprezintă zone cutanate intens implicate în specificul existenței umane, se plasează astfel la joncțiunea între moștenirea psihobiologică a grijii pentru suprafața ce desparte corporalitatea individului de ambianță: și, pe de altă parte, investirea simbolică a curățeniei corporale (a mâinii în special) pe care a instituit-o tradiția ritualurilor sacrale. Ar mai fi de adăugat că, acest aspect contaminant al simptomatologiei TOC e congruent cu cel al intențiilor agresive, în sensul localizării problematicii obsesiv compulsive în proximitatea ambianței. Particularitate care e susținută și de următorul cluster, ce se referă la simptomele de ordine/ordonare.

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

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

Simptomele OC corelate ordinii/ordonării, aranjării, simetriei, se cantonează de obicei și ele la spațiul apropiat și controlabil, avându-se în vedere locuința,

propria cameră cu obiectele ei, dulapurile, îmbrăcămintea, sertarele, colecțiile. Nu rareori obsesia ordonării e corelată cu cea a curățeniei, astfel încât locuința obsesivului tinde să devină un spațiu hiperordonat, încremenit și steril, mereu rearanjat, spălat și purificat. Fapt ce devine insuportabil pentru un om obișnuit ce conviețuiește cu el.

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

Chenar 40

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

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

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

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

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



circumscrie ca o tulburare inclusă în DSM-5 în spectrul TOC. E vorba de compulsia de a aduna lucruri complet inutile și fără valoare (ziare vechi, pietre, gunoi etc.) și a le depozita în casă; unde acestea pot constitui un focar de infecție. Fenomenul e predominant impulsiv compulsiv, de obicei fără obsesii pregnante împotriva cărora subiectul să lupte. Acesta nu reacționează negativ nici față de grămezile de obiecte ce se adună în casă și îi deranjează pe colocatari. E de remarcat și în această tulburare a colecționarismului, atenția acordată unor detalii ne semnificative; și concentrarea asupra spațiului restrâns al casei.

Simptomatologia de ordine/simetrie/ordonare din TOC, așa cum s-a menționat, se intersectează cu cea a spectrului autist; fapt pe care cercetările cazuistice actuale îl confirmat. Dar ea se poate manifesta uneori și cu o formulă și intensitate care o apropie de orbita psihotiformă; la fel ca fenomenul fuziunii gândire/act din simptomatologia intențiilor agresive, sau cel al atingerii contaminante (Chenar 39). Preocuparea față de ordinea simetrică se poate amplifica, unii pacienți fiind preocupați ca partea dreaptă a corpului să fie perfect simetrică cu cea stângă, fapt ce-l verifică în mod repetat în oglindă. Sau, uneori se deplasează exact pe mijlocul străzii, străduindu-se să fie mereu „în centru”. Spațiul fizic ambiental poate fi resimțit apoi ca nesigur. Un astfel pacient schizo-obsesiv descris de Minkowski era cuprins de anxietate în corelație cu discontinuitatea ce o observa în ambianța din jur (a pietrelor de pavaj, a spațiului dintre cărămizile edificiilor); el se mai întreabă obsesiv, „dacă zidurile clădirilor sunt efectiv drepte?”. Alunecarea spre orbita psihotiformă plasează aceste cazuri într-o atmosferă de nesiguranță și tensiune anxioasă; dar și de simplificare perceptivă a ambianței, ce devine marcată de o derealizare desanimantă, decontextualizată de evenimente interumane, redusă la o structură fizico-matematică abstractă. Iar concomitent e trăită o vidare depersonalizantă a subiectului de emoții și de sentimente. Această patologie depersonalizant/derealizantă indică o altă direcție spre orbita psihotiformă decât cea delirantă. Și anume, una pe care o vom regăsi în

procesul dezorganizant al depersonalizării anonimizante a simptomatologiei negative (schizofrene). Alunecarea spre orbita psihotiformă pe această direcție e diferită de cea a transformării subiectului într-un personaj cuprins într-un scenariu delirant, pe care o inițiază patologia disociativă a identității; deși în schizofrenie cele două pot fi complementare.(Chenar 40).

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

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

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

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

Recurgerea la numărare în ritualuri este un aspect specific patologiei OC neîntâlnindu-se în alte Tb. psihice (cu excepția, uneori, a autismului). În schimb în ritualurile culturale execuția lor de un număr fix de ori e uzuală. În TOC se pot

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

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

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

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

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

Astfel, responsabilitatea exagerată a fost considerată de Slavkovich – așa cum deja s-a menționat - ca o convingere distorsionată care ar induce judecăți automate de culpă eventuală, urmate de verificări consecutive „dacă nu s-a făcut ceva cu consecințe culpabile”. O analiză ulterioară a lui O'Connor și Aardena a atras însă atenția asupra unui aspect perturbator mai adânc decât convingerile distorsionate. Ar fi vorba de dificultatea de a realiza certitudinea, de prezența unei îndoieli profunde a obsesivilor, care nu reușesc să sintetizeze acceptabil datele prezenței lor în situație. Într-un fel se reia astfel o veche idee a lui Janet privitoare la funcțiile psihice de sinteză a realului.

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

În proiectul cognitivist de studiere a TOC, esențială poate fi considerată atragerea atenției asupra prezenței la aceste cazuri a unei structurări aparte a instanței metareprezentationale, de operare pe modele și eventualități. Pacientul acordă atenție crescută gândirii; dar în condițiile unei pronunțate incertitudini în raport cu variantele posibile și a unei crescute nevoi de control; flancată de atitudini și convingeri excesive, corelate acțiunilor eventuale. E o variantă depersonalizantă diferită și paralelă cu disfuncția deficitară care conduce la patologia identitară delirantă, orientată spre hipertrofia condiției de personaj a subiectului plasat într-o lume delirantă. Incetitudinea și indoiala ce se instalează

astfel, schițează direcția psihopatologică a unei depersonalizări centrată pe alterarea sintezei agenției, subminând spontaneitatea generativ sintetică a sinelui.

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

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

a) În corelație cu simptomele agresive, sexuale și de încălcare a tabuurilor, o primă diferențiere se cere făcută față de comportamentele externalizate impulsive incluse în clasa Tb. disruptive, impulsive și de conduită (comentate în Cap.3.). Deși în astfel de tulburări pot fi prezente și perioade de autocontrol în care ele se manifestă parțial obsesiv, acestea sunt totuși periferice; și corelate de obicei coexistenței depresiei. Simptomatologia TOC se exprimă în specificul său tocmai prin faptul că intențiile agresive sunt de la început respinse și controlate reflexiv, astfel încât nu se realizează. De fapt, esențialul constă în faptul că în TOC trăirea patologică se plasează ab initio, nu în planul raportării la o situație efectivă, ci într-o instanță metareprezentatională, a eventualului și posibilului („ce ar fi dacă....”); și rămâne tot timpul pe această orbită, sub control reflexiv. Secvența efectivei lor implementări în realitate e suprimată; sau diluată la maximum, în contextul deficitului funciar al pacientului TOC de raportare la situațiile actuale.

Psihopatologii cognitiști au evidențiat, ca una dintre între particularitățile persoanelor cu TOC faptul că aceasta „acordă o importanță crescută gândurilor”, având tendința de a le echivala cu realitatea. Pe acest fundal apare amintitul fenomen al „fuziunii gândirii cu actul”, ce poate evolua până în marginea ideii delirante. Astfel de convingeri amintesc însă de universul magic al basmelor și

legendelor. De fapt, așa cum s-a menționat mai sus, mutația psihică formală din TOC, transpune psihismul într-o condiție în care, instanța metareprezentatională a eventualităților – ce în mod firesc e doar un strat implicat în trăirea prezentului - se amplifică și se plasează în prim plan. Dar, deficitul disfuncțional al sintezei realității trăită actual (în sensul în care Janet vorbea despre „funcția realului”) e în TOC diferită de condiția absorbției subiectului de către fantezia narativă din „Pseudologia fantastică” a mitomanului histrionic. În aria de patologie a TOC dimensiunea narativă a psihismului e slab reprezentată, în prim plan trecând proiectele de acțiune. Modelul magic al gândirii, similar cu cel din povești și mituri, grevează acum derularea ritualurilor și ceremonialurilor comportamentale, a căror eventuală nerealizare e resimțită de pacient ca proiectându-l spre o nenorocire iminentă.

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

b) În ceea ce privește diferențierea simptomelor din TOC de cele întâlnite în patologia internalizată anxios depresivă, referințele se pot face pentru început la obsesiile de culpă și la cele din reacția de stres posttraumatic. Acestea au însă la bază evenimente trăite în trecut; și nu eventualități corelate intențiilor de act imediate. O altă referință e cea la anxietatea socială, ce se referă la situații în care subiectul proiectează participarea la situații în care se așteaptă la trăiri neplăcute;

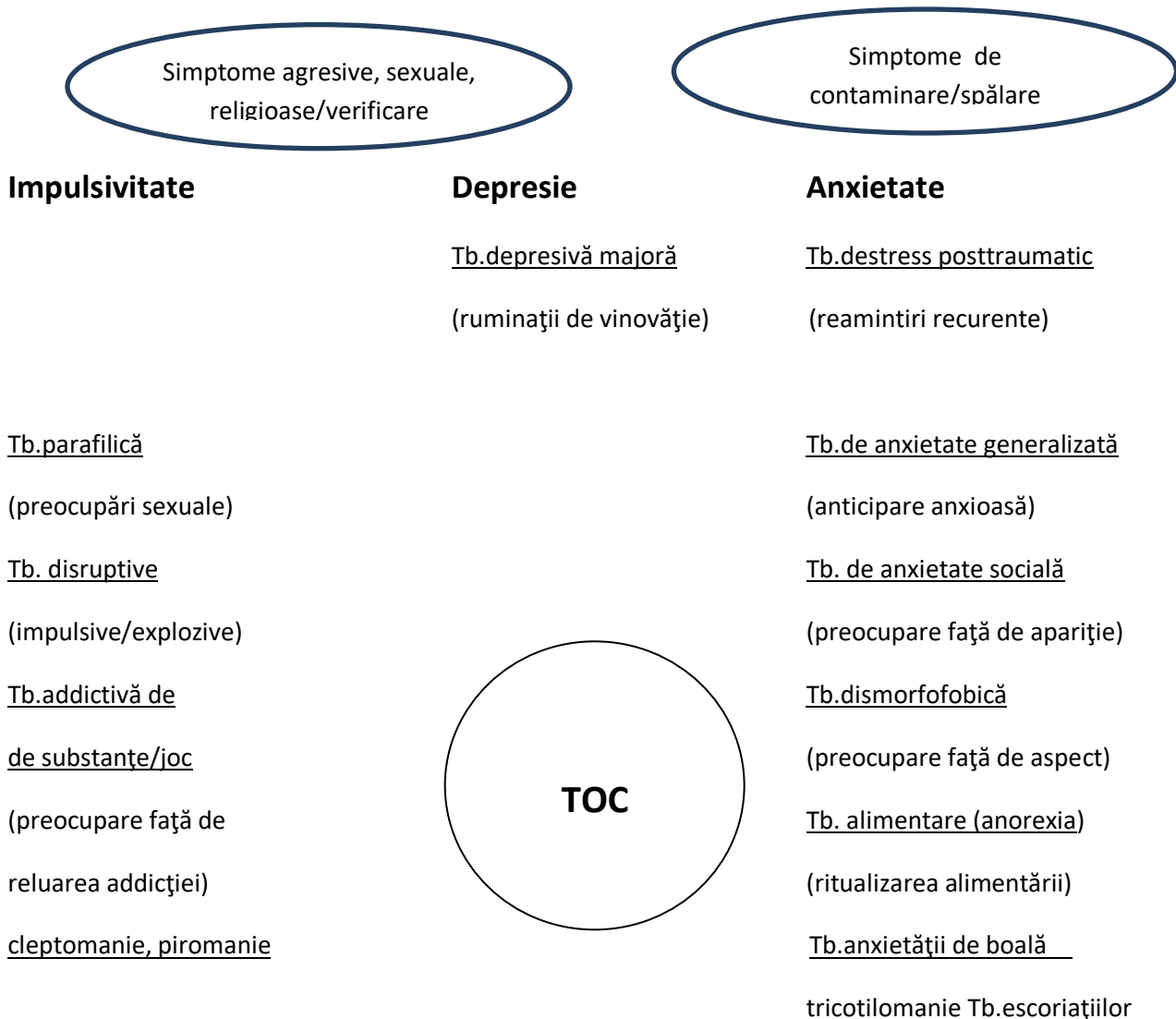


care-l pot obseda anticipativ. La fel se pot petrece lucrurile în anxietatea anticipatorie la cei cu agorafobie și atacuri de panică.

În aceeași direcție de articulare cu o anxietate anticipatorie au fost apoi studiate unele condiții, neincluse în lista diagnosticelor din DSM-5, a obsesiilor anxioase din cadrul îngrijorării accentuate privitoare la evoluția unor preocupări normale. Așa se pot petrece lucrurile cu ocazia primei nașteri, când atât gravida cât și soțul pot deveni extrem de preocupați și îngrijorați în legătură cu nașterea și

Chenar 41

**Diagnosticul diferențial al simptomelor din TOC cu cele de tip obsesiv/ compulsiv din alte afecțiuni.**



evoluția copilului; cu verificări interminabile și consulturi repetate la medici. În altă perspectivă, ritualurile micii copilării, mai ales cele de dinaintea somnului, exprimă o tensiune anxioasă ce se liniștește doar prin conduite ce se repetă identic; dând astfel sentimentul de stabilitate și siguranță. Într-un fel, comportamentul ritualic - care prin repetitivitatea sa are importante similitudini formale cu compulsiile - se impune ca un fel de „soluție magică” pentru anxietatea anticipatorie.

Revenind la specificitatea trăirilor anxioase din TOC, se cere să acordăm atenție faptului particular că, obsesia de contaminare rezultă din sentimentul permeabilității limitelor corporale la agresiunea unor factori nocivi neperceptibili. Limitele corporale, organizate în jurul „schemei corporale”, reprezintă de fapt limitele identității persoanei la nivel psihocorporal. În această perspectivă, vulnerabilitatea limitelor persoanei corporale față de „ceva rău”, s-ar înscrie într-un complex simptomatic depersonalizant/derealizant special din TOC. Aspect care e destul de evident odată cu simptomul pe care TOC îl împărtășește cu autismul, cel al sensibilității la simpla atingere corporală de către altul. Concentrarea asupra vulnerabilității limitelor corporale se corelează în simptomatologia TOC cu problematizarea spațiului proxim, pe care-l evidențiază simptomele de ordonare.

c) În ceea ce privește simptomatologia de ordine/ordonare și a colecționarismului, acestea se cer raportate la psihopatologia din spectrul autist (SA). Un grupaj simptomatic specific patologiei autiste care se reîntâlnește în TOC, constă din intoleranța la schimbarea spațială a ambianței, cu resimțirea nevoii ca obiectele să se mențină în același loc („seimnes”), într-o ordine nemișcată. În variate grade și forme, această simptomatologie se întâlnește și în TOC, în corelație cu simptomele de simetrie/ordonare; și cu sentimentul că „totul trebuie să fie în ordine” („all right”). Obsesia de ordine/ordonare se mai articulează cu atenția crescută acordată detaliilor și cu colecționarismul, alte simptome comune TPOC și spectrului autist. La fel sunt și ceremonialurile; care însă în TOC

se desfășoară de obicei însoțite de un ritual numeric, care se desfășoară cu o valoare antianxiogenă magică. Preocuparea față de numere există în ambele domenii de psihopatologie (și numai în acestea); dar în autism sub forma unei exagerate capacități de memorare și calcul aritmetic. Interferența între TOC și autism contribuie și ea la orientarea patologiei obsesionale în zona internalizată, prin deficiența relaționărilor sociale. La o analiză atentă însă, simptomatologia TOC - considerată în ansamblul său - se intersectează cu o axa de patologie ce se întinde de la autism la dezorganizarea și simptomatologia negativă din schizofrenie; și care are la bază o deficiență depersonalizantă a funcției coerenței centrale, la nivelul structurii persoanei identitate.

Revenind acum la aspectul central prin care simptomele obsesiv compulsive din TOC se diferențiază de trăiri de tip obsesiv întâlnite în normalitate sau în alte Tb. psihice, fobia de contaminare cu substanțe nocive neperceptibile, compulsiile agresive egodistone și intersecția cu patologia autistă, sugerează că aceasta constă dintr-un proces particular de depersonalizare/derealizare. Este vorba acum de o alta variantă a acestui sindrom decât cea circumscrisă în DSM.-5, care era orientată în direcția perturbării disociative a identității biografico relaționale; și care afectează dimensiunea mnestică a sinelui identitar, la polul relaționărilor interpersonal sociale; inclusiv cu instanța personajelor (e.g. starea de transă cu posesiune). Spre deosebire de aceasta, în TOC identitatea sinelui e resimțită ca vulnerabilizată la nivelul polului persoanei corporale și a elaborării agenției, a intențiilor de acțiune personală responsabilă; arie în care se realizează și articularea dintre moștenirea psihismului biologic și psihismul specific al persoanei umane. E vorba de instanța în care se produce elaborarea și implementarea acțiunilor responsabile ce ar urma să fie realizate prin intermediul propriului sine corporal. La acest nivel, propriul corp se resimte vulnerabil la noxe neperceptibile, insuficient de stăpân pe spațiul ambiental, dedublat de intenții agresive nedorite. Iar identitatea agenției proprii e resimțită ca marcată de nesiguranță, de îndoială, indecizie, ambivalență,

incertitudine. Obsesivul se simte proiectat în eventualități neclare, cu aproximări incerte, invadat de dezordine interioară și exterioară. Toate acestea fac ca subiectul să-și resimtă sinele ca insuficient de coerent, nesigur și dedublat. În consecință, el se poziționează egodiston, într-o atitudine de permanent autocontrol hiperreflexiv. Vulnerabilitatea identitară se manifestă acum și prin trăiri derealizante. Subiectul resimte realitatea din jur ca „nefiind în regulă, în ordine”, cu sentimentul că trebuie să o aranjeze și să o verifice până când totul să fie „așa cum trebuie” („all right”). „Sentimentul de incompletitudine” - cum îl numea Janet - însoțește trăirile pacientului într-o atmosferă de reducere a libertății și de transpunere într-o lume a posibilelor, a eventualităților necontrolabile, marcate de infrastructura ma-tematică a realului și de o cauzalitate magică.

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

Psihiatrii clinicieni și psihopatologii au concluzionat în ultimul timp că patologia obsesională exprimată prin TOC poate fi considerată un nucleu sindromatic particular, în jurul căruia se grupează o suită de alte tulburări ce constituie un fel de spectru. Caracteristicile comune ale acestora constau din: preocupări repetitive anormale, desfășurate la limita și în proximitatea corporalității și habitatului. În DSM-5 în acest spectru sunt incluse: Tulburarea dismorfic corporală; Tb de referință olfactorie; Tulburarea hipocondriacă; Tulburarea colecționarismului; - Tulburarea tricotilomaniei; Tulburarea escoriațiilor. O caracteristică a acestor tulburări - în afară de ultimele două - mai e aceea că, preocupările respective sunt tematizate ca probleme aparte ale sinelui, putându-se organiza prevalențial, în marginea delirului monotematic.

**Tulburarea dismorfic corporală se caracterizează prin preocuparea persistentă față de mai multe defecte sau anomalii ale aspectului corporal, care nu sunt sesizate – sau sunt sesizate minimal – de către alții. Persoana trăiește o excesivă conștiință de sine (hiperreflexie) uneori cu idei de referință**

(convingerea că alții remarcă, judecă și comentează respectivele defecte). Ca o consecință a acestei preocupări subiectul se angajează în repetate examinări ale aspectului (se autoobservă în oglindă, cere confirmări de la alții), face tentative de mascare sau camuflaj, evită situațiile publice în care ar putea atrage atenția asupra sa. Tabloul poate evolua cu conștiința anormalității preocupărilor sale (insight +); sau cu reducerea sau chiar absența acestuia, convingerile și comportamentul ajungând prevalent marginal delirant.

**Tabloul poate evolua cu conștiința anormalității preocupărilor sale (insight +); sau cu reducerea sau chiar absența acestuia, convingerile și comportamentul ajungând prevalent marginal delirant.**

Aspecte mai detaliate ale Tulburării dismorfic corporale ne indică:

Părți ale corpului ce sunt vizate de preocuparea anormală:- Capul (prea mare sau prea mic), tenul feței (prea palid sau prea roșu, mici denivelări sau cicatrici, pori dilatați, acnee), bărbia (prea rotundă, ascuțită), pomeții (căzuți), nasul (formă și mărime), ochii (prea mici, strabism), pleoapele (ptoză palpebrală), riduri (prea accentuate), sprâncenele (prea ascuțite), buzele (prea subțiri), pilozitatea facială (excesivă), părul capilar (prea creț, gras sau uscat, fără luciu, alopecie, calviție); - Toracele (prea îngust), sânii (prea mici, ptoză), abdomenul (dimensiuni, formă, hipotonia musculaturii), talia (supradimensionată), fesele (hipotone, diforme), coapse și gambe (sub sau supradimensionate), mână sau degete (formă, dimensiuni); - Preocupări pentru simetria corporală:

Comportamente specifice: - Verificarea în oglindă (obiect față de care există o preocupare deosebită); - ornare excesivă și intervenții fizice (tapare, pieptănare, tundere, spălare, coafare, spălat, masaj, aplicarea de cosmetice); - camuflare (ascunderea defectului presupus prin bronzare, pălării, perucă, posturi corporale, ochelari, evitarea așezării în lumină); - cerere de asigurări din partea altora; - compararea cu alții; - apelarea la servicii de medicină generală, dermatologie, chirurgie estetică; - dietă; - exerciții fizice; - căutarea de informații pe internet.

Tulburarea dismorfic corporală, în varianta sa tipică, se manifestă obsesiv compulsiv, subiectul autoexaminându-se repetitiv și involuntar, fiind hiperreflexiv și conștient de absurditatea preocupărilor sale, față de aspectul corporal (al feței mai ales). Dar această tulburare se poate manifesta și predominant anxios fobic sau ca preocupare prevalențială, marginal delirantă.

\* **Tulburarea de referință olfactivă** ce constă într-o persistentă preocupare legată de ideea subiectului că emană un miros neplăcut, pe care alții însă nu-l percep. Subiectul e extrem de atent la sine și la presupusul miros, având idei de referință. El desfășoară comportamente repetitive de spălare, cere confirmări de la alții, încearcă să camufleze presupusul miros cu parfumuri, evită societatea. Insight-ul poate fi păstrat, diminuat sau absent.

\* **Hipocondria** se caracterizează printr-o preocupare persistentă legată de posibilitatea de a avea una sau mai multe boli ce progresează sau ar putea să-i amenințe viața. Sunt prezente interpretări catastrofice ale unor senzații sau simptome corporale minore. Subiectul dezvoltă excesive precauții și analize, căutare de informații, încercări terapeutice, consumând mult timp și servicii medicale.

Preocuparea hipocondriacă poate fi prezentă și în cazul unor suferințe minore, care sunt amplificate.

Insight-ul poate fi păstrat, diminuat, absent.

În DSM-5 tot la acest nivel e comentată gelozia patologică. Apoi:

\* **Tulburarea colecționarismului** se caracterizează prin acumularea de posesiuni lipsite de valoare (financiară, de utilitate, sentimentală etc) pe care subiectul le adună și le achiziționează și pe care le aduce în locuință. El nu are nevoie de acestea, nu le utilizează; obiectele se cumulează și aglomerează și deranjează locuirea în mod absurd.

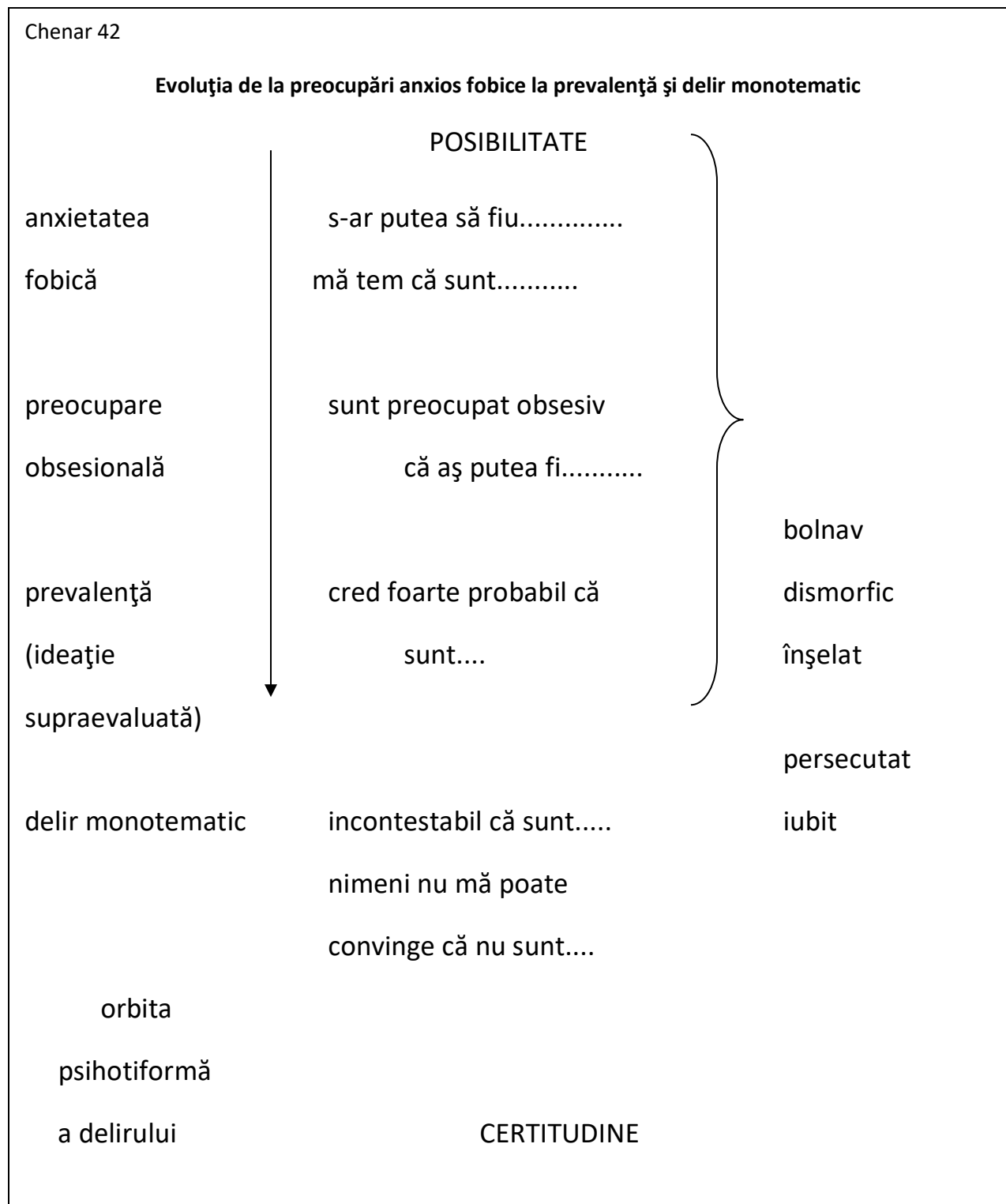
Insight-ul poate fi păstrat, scăzut sau absent.

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

Grupajul tulburărilor repetitive din spectrul TOC prezintă, deci, ca principală particularitate centrarea lor pe corporalitate (pe sinele încorporat) și pe ambianța proximală, incluzând posesiile, colecționările înghesuite în aceasta. Faptul subliniază afectarea predominantă a polului corporal spațial al identității persoanei, cu preocupări și comportamente aberante : de la probleme în zona epidermei, la starea de sănătate, cea a aspectului estetic relațional sau a colecțiilor îngrămădite în cameră. (cazul geloziei patologice pleacă tot de la o relație intimă, ce se petrece în spațiul gospodăriei). Dar preocupările respective nu includ acum controlul excesiv al desfășurării deliberative și executive a unor acte intenționate, zonă în mod specific afectată în TOC; și centrală în TPOC.

Mai există însă un aspect aparte. Si anume faptul că o bună parte din preocupările suferinzilor incluși în acest grupaj - dismorfofobia, hipocondria, tb. de referință olfactivă, gelozia - pot fi tematizate prevalențial. Astfel, subiectul ajunge să se simtă ca un personaj ce se află într-o stare personală sau/și de relaționare aparte, preocupat mereu ....că e grav bolnav.....că are un aspect respingător... că emană mirosuri dezgustătoare...că e înșelat... O astfel de tematizare psihopatologică a unor de preocupări poate parcurge etape succesive, în cadrul unui continuum de situații identitar-relaționale; de la preocupări anxio-fobice, la trăiri obsesiv compulsive, cu evoluție spre prevalență ideatică și chiar delir. (Chenar 37). Tematizarea afirmată astfel se referă la o problematizare a autopercepției corporale și relaționale, care în TOC nu ajunge în prim plan.

Ansamblul preocupărilor se desfășoară în instanța metareprezentățională, într-o zonă intermediară între cea specifică scenariilor proprii delirului, în care subiectul se agregă spre.. se transformă într-un personaj aberant; și cea specifică patologiei TOC, orientată spre dezorganizarea ruminativă a acțiunii.





Acest drum spre delirul monotematic, e de fapt unul din cele pe care Jaspers le-a indicat ca flancând, prin dezvoltare progresiv prevalențială anormală, „procesul psihopatologic” brutal al delirului primar. Problema a revenit în actualitate în ultimele decenii, când s-a acordat din nou atenție ideății supraevaluate.

În raport cu continuumul menționat al tematizărilor în direcție prevalențial delirantă, patologia propriu zisă din TOC, cea care are în spate procesul de depersonalizare/derealizare specific acestei tulburări, sugerează un alt drum în direcția orbitei psihotiforme, paralel cu cel al ratatinării delirante a imaginii de sine într-un personaj aberant. E vorba de relaxarea funcției coerenței centrale, ce se manifestă și în patologia autismului; și care va evalua în direcția dezorganizării.

### **5.6. Tulburarea de personalitate obsesiv compulsivă (TPOC)**

TPOC ocupă o poziție particulară în sistemul tipologiei tulburărilor de personalitate din DSM-5, care e centrat pe anormalitatea relațiilor interpersonale. În TPOC acestea joacă însă un rol minor, esențialul constând în preocuparea pentru organizarea unor posibile comportamente și acțiuni, pe care subiectul încearcă să le realizeze treptat, perfecționist, într-o atmosferă de continuu hipercontrol. Dacă simptomatologia TOC e constant corelată cu ambianța proximală ce e ținută sub un control tensionat, trăsăturile ce caracterizează TPOC plasează subiectul constant la distanță de evenimentele nemijlocite; de raportarea la alții și de implicarea efectivă în situații actuale. Caracteristica de bază e tendința de a menține și a gestiona un permanent control asupra raportării la situațiile actuale;

având în vedere un nivel al eventualităților, meticulos elaborate, cu implicarea în permanență a normativității.

Profilul fenomenologic al TPOC a fost sesizat de toate încercările de analiză și sistematizare dimensională a tulburărilor de personalitate, inclusiv când s-a ajuns la restrângerea trăsăturilor la doar patru supracategorii. O astfel de dimensiune de tip obsesional e menționată și în ultimul Draft ICD-11 (2019), care nu prezintă însă o sistematizare categorial tipologică a tulburărilor de personalitate. TP obsesiv compulsivă – care în ICD-10 e denumită și anancastă - e caracterizată în felul următor în DSM-5.

**Un pattern prelungit de preocupare cu ordinea, perfecționism, control mintal și interpersonal, în defavoarea flexibilității, deschiderii și eficienței, manifestată prin (4 din următorii itemi):**

**- Preocupare cu detaliile, regulile, listele, ordinea, organizarea, orare și programe într-o astfel de măsură încât pierde din vedere scopul principal al activităților.**

**- Prezintă un perfecționism care interferează cu finalizarea sarcinilor (e.g. nu poate termina un proiect deoarece nu se ridică la standardele proprii, foarte ridicate);**

**- Este excesiv dedicat muncii și productivității mergând până la excluderea activităților recreative și a relațiilor de prietenie.**

**- Este incapabil să scape de lucruri uzate, fără valoare reală sau sentimentală;**

**- Este excesiv de conștiincios, scrupulos și inflexibil în ceea ce privește moralitatea, etica și valorile;**

**- Recurge foarte greu la delegarea sarcinilor sau are greutate în a lucra cu alții, dacă aceștia nu se conformează complet stilului său;**

**- Manifestă zgârcenie, pentru a-și asigura viitorul;**

**- E rigid și încăpățânat.**

Caracterizarea TPOC din DSM-5 subliniază deci, în primă instanță, tendința exagerată spre control și hipercontrol situațional și relațional. Aceasta se plasează la un pol opus spontaneității în inițiativă, respondenței emotive la evenimente și la contact social nemijlocit. Manifestările din TPOC pot fi puse în contrast cu reactivitatea situațională exploziv-impulsivă și comportamentul agresiv crud a Tb.p. antisocială; sau cu modelul comportamental hiperexpresiv exhibiționist și captativ al histrionicului, care induce mereu evenimente în jur. Menținerea distanței față de nemijlocitul situațiilor și față de alții e însă diferită la TPOC și de conduita permanent suspicioasă a paranoidului; sau de cea ezitantă a celor cu anxietate socială. O trăsătură specifică pentru TPOC e și insuficiența asertivității sale în plan interpersonal, prin comparație cu maniera în care aceasta se exprima la psihopatul manipulator. Iar atașamentul interpersonal intim e redus, prin contrast, de ex., cu modelul TP marginală. În TPOC se evidențiază nu doar o emotivitate și reactivitate redusă ci și o sociabilitate și asertivitate deficitară. Starea dispozițională predominantă e cea a unei restricții în aria angajărilor situaționale și interpersonale. Dar nu în varianta indiferenței schizoide; ci într-un sens internalizat, al unei precauții tensionate ce impune un control susținut al relaționărilor.

În afara tendinței spre hipercontrol și ordine ( prezente și în TOC) în TPOC iese în prim plan atașamentul crescut față de o muncă organizată. Atașamentul față de muncă, activitate și performanță domină viața subiectului; și exclude preocupările secundare, distracțiile, jocurile, destinderea, calmul necesar petrecerii timpului împreună cu alții, fără un obiectiv pragmatic precis.

Interesul crescut față de muncă se întâlnește și la unele persoane normale, la care d.p.d.v. caracterial predomină factorul „conștiinciozitate” (din sistemul Five Factor Model). Acesta constă în: tendința spre realizare, deliberare, organizare, autodisciplină, eficiență (competență) și simț al datoriei. Modelul ar putea fi considerat ca referențialul în normalitate al TPOC. E vorba deci de un interes și de

abilități crescute în direcția activităților realizatoare, pe care omul le desfășoară mai ales în cadrul muncii organizate instituțional; și la baza cărora stă structura psihică a funcțiilor cognitive executive, prin intermediul cărora psihismul individual inițiază și realizează acțiuni cu scop. La anancast însă, caracteristicile menționate sunt distorsionate deficitar, astfel încât eficiența e redusă. Acțiunea, proiectele, activitatea, toate sunt marcate de o tendință la perfecționism într-un plan al posibilului. Ele sunt în mod exagerat planificate, minuțios sistematizate, organizate până în cele mai mici detalii.; totul e supus unui control și autocontrol continuu și exagerat. De aceea și decizia de implementare efectivă a proiectelor e dificilă. Subiectul poate pierde de obicei mult timp cu organizarea prealabilă a condițiilor și ambianței în care ar urma să aibă loc acțiunea. Se fac nenumărate planuri, proiecte, schițe, orare de lucru, se iau în considerare eventualități diverse. Existența personală e programată și planificată și ea pe termen mediu și lung. Toate acestea relevă rolul major jucat în patologia TPOC de instanța metareprezentatională, ce operează pe modele cu eventualități. Pentru a evita acest proces chinuitor de pregătire și elaborare, anancastul preferă deseori să nu fie el responsabilul deciziilor mai importante; și să se înscrie în executarea unor comportamente standardizate.

S-a descris o variantă mai rigidă - anancastă - și una mai relaxată - psihastenă - a TPOC; fapt ce ar corespunde polarizării verticale din circumplexul relațiilor interpersonale, ce se distribuie între asertivitate și sumisiune. La extremitatea rigidă, odată depășite dificultățile deliberării, activitatea se poate desfășura inflexibil și conștiincios, în conformitate cu planul adoptat; este respectată o ordine fixă și un mod ritualic de acțiune, cu termene precise și cu nevoia de a nu se abate de la program. Dar e dificilă reorientarea și readaptarea programelor de acțiune din mers, prin spontaneitate și improvizați, în raport cu variabilitatea situațiilor. Acest model se apropie de cel ce se regăsește și în spectrul autiștilor. Varianta relaxată e marcată de indecizie, abulie, ambivalență,

ruminații, apragmatism. Descreriile clasice ale TPOC au ca referențial un construct intermediar între cele două variante extreme (Chenar..)

Anancastul este sârguincios, încăpățânat, perseverent în acțiune, atent la detalii, meticulos, scrupulos, pedant, atent la aspectele ce țin de ordine. El tinde să fie exact și punctual, disciplinat; lucruri care nu-i reușesc întotdeauna. Încăpățânarea se manifestă mai ales în acțiuni ce îi implică și pe alții. Ea a fost considerată una din trăsăturile esențiale ale obsesionalității în concepția psihanalitică freudiană asupra “caracterului anal” - alături de zgârcenie și preocuparea față de ordine. Perseverența anancastului se evidențiază și datorită faptului că, progresul acțiunii nu e de obicei liniar, ci marcat de reluări; fapt mai pronunțat în varianta relaxată, psihastenă a TPOC. La aceasta, preocuparea față de detalii îl face deseori să piardă mult timp, astfel încât nu-i mai rămână suficient pentru a rezolva toate aspectele; iar ansamblul comportamentului cu scop poate fi insuficient de coerent. Uneori obiectivul principal al acțiunii ajunge să fie pierdut din vedere; și chiar părăsit temporar ( Chenar ).

În varianta sa rigidă, anancastul e și perfecționist. Acest aspect nu se referă doar la meticulozitatea ce implică detaliile și la scrupulozitatea ce are conotații morale; ci și la nivelul de performanță al acțiunii în ansamblu. El dorește ca tot ceea ce face să fie perfect, rezultatele să fie maxime. Subiectul tinde să se afirme, să se împlinească prin performanța impersonală a muncii; a evaluării pozitive a acesteia în spațiul public, în cadrul rolului său social. Anonimatul muncii stă la baza unei împliniri, care dacă nu e foarte spectaculoasă, e necesară acestui tip de personalitate, pentru întreținerea stimei de sine. Doar că standardele pe care anancastul și le autoimpune sunt exagerate, deseori nerealiste. Persoana cu TPOC deseori nu declară un lucru ca terminat deși știe efectiv că e încheiat. El trăiește un “straniu sentiment al neterminatului” (Petriłowitsch, 1960); sau un “sentiment de incompletitudine”, în sensul lui Janet. S-au descris și cazuri la care, odată cu terminarea unui proiect, subiectul rămâne cu un sentiment de gol interior; și cu

nevoia de a începe cât mai repede un altul. De fapt, el resimte o continuă nevoie de a face ceva, de a acționa, de a fi ”preocupat”. Aderența față de muncă se exprimă și prin faptul că nu știe să își petreacă timpul liber. Își ia de lucru acasă la sfârșit de săptămână și în vacanțe. În afara muncii, a activității, se plictisește repede. Nu știe să se distreze, să se joace, să se bucure în liniște de timpul petrecut cu alții, în conversații banale sau petreceri. Faptul se corelează și cu o imaginație și o afectivitate tranzitivă săracă. Anancastul tipic apare ca un om serios, respectabil, dar plictisitor, fără umor, care nu se pricepe să spună și să guste glume, care nu are “șarm”. Un om care deseori ajunge să se plictisească, trăind un „vid sufletesc” ce nu mai știe cu ce să-l umple. (Din aceasta perspectivă, unii autori ca Goppert, au vorbit în cazul său de o”depersonalizare de fundal”).

La un pol opus rigidității ritualice a comportamentului se întâlnește persoana “psihastenului”, care e nehotărât, abulic, dezordonat (Petrilowitsch, 1960). Psihastenul se caracterizează printr-o pronunțată predominare a nesiguranței de sine, a indeciziei, cu ruminării intense asupra variantelor optime de acțiune. (ruminările pot apare și ca simptome obsesive). El face nenumărate planuri alternative, schițe, proiecte, algoritme, scheme, a căror valoare este în mod repetat comparată; decizia fiind mereu amânată, chiar după consultarea altora. După ce o acțiune e începută, ea poate fi oprită, pentru a începe o altă variantă, uneori contrară. Se afirmă astfel ambitendența și ambivalența. Evoluția spre realizare se desfășoară prin multiple etape intermediare, ocolișuri, renunțări și reluări. Subiectul începe mai multe lucruri în același timp, fără a termina majoritatea din ele. El e frecvent dezordonat, împrăștiat (Chenar 38).

Relațiile interpersonale ale anancastului tipic sunt mai mult oficiale, formale ori distante. Ele stau sub prescripția normelor, obligațiilor, datoriei, a relațiilor oficiale. Lipsește spontaneitatea, emotivitatea, afectivitatea tranzitivă, empatia, implicarea celuilalt, atașamentul profund, comuniunea și rezonanța afectivă intimă.

Dorința e ca relația să fie clar și precis stabilită; și, cel puțin aparent, cât mai corectă. Nu reușește să realizeze integrarea armonioasă, colaborativă cu celălalt, în cadrul unui parteneriat. De aceea e dificilă și colaborarea în activitate, în muncă. “Celălalt” e admis doar dacă se conformează propriului stil de acțiune. În caz contrar, anancastul preferă să acționeze singur, pe cont propriu. Se mai notează lipsa umorului, a autoironiei, a ingeniozității jocului interpersonal, a imaginației necesare capacității de a povesti. Această „răceală afectivă” a fost comparată cu cea a schizoidului, fiind introdusă în mai multe scale de evaluare.

În perspectiva comportamentului etic, anancastul rigid tinde să respecte normele și regulile sociale, felul acceptat comun de a se comporta, ceea ce “se face”, “se obișnuiește”, “se cade”. El își îndeplinește corect, în mod formal, oficial, datoria față de altul; fără a se lăsa „corupt” sau copleșit de compasiune și entuziasm, de milă sau generozitate. Anancastul invocă mereu normele etice, tinzând, prin scrupulozitate, spre perfecționism moral. Pretinde celorlalți o conduită ireproșabilă; pe care de altfel și-o impune, uneori, și lui însuși. Rigiditatea relațională a anancastului e dublată de agresivitate. Uneori este extrem de exigent, cel puțin în public, față de alții. Acuză și îi culpabilizează pe ceilalți pentru incorectitudinea conduitei lor, fiind intolerant și inflexibil, cel puțin la suprafață. Este uneori scrupulos și cu sine, autojudecându-se aspru și găsindu-se frecvent vinovat, cerându-și apoi public scuze altora. Totuși, în spatele principialității anancaste își fac loc deseori comportamente duplicitare, compromisuri etc.

Spre deosebire de anancastul rigid, psihastul poate fi ceva mai afectiv în relațiile interpersonale; dar ambivalent și inconstant. Nesiguranța de sine și deficitul de autodelimitare este și în cazul lui major.

În ceea ce privește resimțirea propriei identități și a propriilor limite, a autonomiei agenției și a originalității, s-ar putea menționa următoarele. Anancastul se resimte inconsistent, nesigur de sine, slab centrat, confuz structurat, neunitar și vag delimitat. Deci, cu o identitate insuficient structurată și afirmată; motiv pentru

Chenar 43

### Varianta anacastă și psihastenă a TPOC

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

Anacastul 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, scrupulos, perfecționist. Eventuala nesiguranță e supracompensată prin referință la norme și reguli impersonale pe care le adopă și le urmează conștiincios. Relațiile cu alții sunt politicoase dar formale. Nu acceptă sugestii și nu poate colabora cu alții în acțiune. Se consideră omul datoriei astfel încât face ceea ce i se cere, preferând în permanență anonimul și impersonalul. Prezintă intoleranță la ambiguitate și inactivitate. Datorită perfecționismului deseori nu consideră că a încheiat o sarcină, deși ea e efectiv încheiată, deoarece are sentimentul că nu a făcut totul perfect.

Psihastenul este o persoană care se hotărăște foarte greu; el deliberează mult, analizează diverse variante ale acțiunii proiectate care-l preocupă, abordându-le pe toate fețele, argumentează și contraargumentează exagerat, începe un lucru și îl părăsește pentru alt proiect sau altă variantă; pentru ca apoi să revină la cele începute. Începe mai multe acțiuni în același timp trecând de la una la alta, pe unele părăsindu-le, temporar sau definitiv. Verifică tot timpul ceea ce face; manifestă o mare nesiguranță și îndoială în toate domeniile. Termină foarte dificil proiectele începute și nu consideră lucru încheiat, deoarece are impresia că trebuie să mai verifice ceea ce a făcut. E dezordonat și împrăștiat în toate direcțiile vieții psihice și a existenței curente. E hiperreflexiv și analitic, orice situație îi apare problematică și o analizează în diverse perspective (“despică firul în patru”). Sunt frecvente ruminări pe teme abstracte. Poate asculta sugestiile altora dar nu duce la bun sfârșit ce a promis că va face. Notă: psihastenul se apropie, în descrierea DSM-5, de personalitatea dependentă.

În a doua jumătate a sec.XX fenomenologul H.Telenbach a descris o variantă aparte a persoanei preocupată de ordine și muncă anonimă, pe care a numit-o Tipus Melancholicus, considerând-o specifică celor predispuși pentru patologie depresivă endo-reactivă. E vorba de persoane ce tind să se identifice cu rolul social (A.Kraus) și să se afirme prin performanță. Rigiditatea atașamentului față de ordine îi face să se adapteze dificil schimbărilor – evenimentelor de viață – care-i pot decompensa în direcția unor episoade depresive. Intoleranța la ambiguitate indică însă apartenența acestei cazuistici la polul anacast al obsesionalității. S-a sugerat că, constituția sa mai unitară, cu tendințe centripete de “centralitate”, l-ar diferenția de anacastul-obsesiv hipo afectiv și cu tendințe centrifuge.

Varianta tipologică circumscrișă prin Tipus Melancholicus nu epuizează însă tipologia



care se resimte vulnerabil. Dedublarea interioară se manifestă - în afara trăirilor obsesiv compulsive - mai ales în conduite duplicitare: compromisuri, inconsecvență, ambiguități; care alternează cu formulări tranșante. Autoanaliza continuă, ruminările, permanentul autocontrol și scrupulozitatea – mai accentuată în cazul variantei psihastene - îl fac să se îndoiască de sine, să resimtă uneori acut o nesiguranță interioară. Toate aceste condiții îl fac să se raporteze cu dificultate la situațiile problematice, în sensul de a le defini și a reacționa adecvat, prin soluții proprii, personalizate.

La cele de mai sus se adaugă faptul ca cei cu TPOC diferențiază greu între esențial și neesențial; fapt ce-i frustrează de găsirea spontană a reperelor și soluțiilor în diverse situații. De aceea se agață în mod rigid de principii abstracte, se sprijină în mod exagerat pe norme, legi, regulamente, modalități standardizate de reacție, pe conformismul social. Neîncrederea în sine, dificultatea de a se hotărâ, nesiguranța de sine (“selbstunsichere”) au fost considerate de unii psihopatologi germani (K.Schneider, 1950) ca fiind nucleul psihopatului anancast. Identificarea sa cu roluri sociale și cu funcționarea acestora, asigură o identitate de fațadă. Și, la fel, aspectul public exterior, cei cu TPOC îmbrăcându-se sobru, corect – uneori pedant – cu o ținută rigidă, “civilizată”dar impersonală, cu atitudine aproape tot timpul serioasă.

Formalismul rigid al anancastului poate fi interpretat și ca o încercare de delimitare, în raport cu dificultatea de a-și resimți identitatea; față de tendința la descentrare și dispersie, dedublare, ambivalență, nesiguranță, față de incertitudinea limitelor personale. Dacă histrionicul își trăiește insuficiența identitară prin nevoia captativă de a fi în centrul atenției altora (cu care e tot timpul de acord) sau prin transpunerea în personaje deosebite de narațiune, persoanele orientate spre TPOC își manifestă deficitul identitar prin identificarea cu roluri sociale impersonale, absorbit de normativitate și randament; situație prin care încearcă să dea un oareșcare contur sentimentului său de nesiguranță, de incertitudine, de vid interior.

Se cere avută în vedere la acest nivel în vedere și eventuala intervenție a unei variante a depersonalizării, în direcția deficitului anonimant din schizofrenia deficitară; linie de psihopatologie ce ar avea un pol și la nivelul autismului developmental. Și care exprimă afectarea funcției coerenței centrale la nivelul psihismului identitar.

Un aspect al delimitării persoanei mai puțin evident la prima vedere, îl constituie dimensionarea sa prin cele avute, prin avere; nivel la care se manifestă zgârcenia. Ea se articulează cu nevoia obsesivului de a aduna și tezuriza, de a nu renunța la lucrurile în posesia cărora intră; deși nu mai are nevoie de ele. Chiar dacă în urma zgârceniei și acumulărilor sale anancastul devine bogat, el poate fi meschin; dăruind puțin și cu multă grijă, ducând o viață plină de privațiuni, pe care o controlează însă cât mai mult, în limitele și detaliile sale de om zgârcit. Tot în direcția dimensionării prin posesie se desfășoară și colecționarismul, comportament des întâlnit la persoane cu trăsături obsesionale. Colecția e o proprietate privată bine delimitată și controlată, ce se pretează ușor la ordonare, sistematizare și clasificare. Preocupări care uneori devin dominante la TPOC.

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

Manifestări similare celor din patologia obsesiv compulsivă se întâlnesc și în lumea animală, mai ales în aria comportamentului de îngrijire a corpului, a colecționarismului și ritualurilor.

Îngrijirea suprafeței corporale - inclusiv prin colaborare cu organisme din alte specii - pe care o întâlnim în biologie, are, desigur, o semnificație pentru sănătate, îndepărtând paraziții. E frecvent și parazitismul reciproc avantajos, simbioza. Iar la primatle superioare e evidentă colaborarea cu congenerii din grup în acest scop. Acest comportament de îngrijire va continua la om, mai puțin însă pentru ansamblul suprafeței corporale, dată fiind utilizarea îmbrăcăminte. El se centrează acum pe spălarea mâinilor, fapt justificat de faptul că ele sunt folosite atât pentru

muncă cât și pentru alimentare; fiind amplu reprezentate pe cortexul cerebral senzitiv. De la un moment dat al evoluției culturale, ritualul de curățire și spălare a mâinilor e integrat într-un scenariu mitico ritualic, care valorizează negativ dezordinea, haosul, întunericul și murdăria cu semnificații negative, de ceva rău; și pozitiv ordinea, lumina, curățenia, ce semnifică binele. Odată ce ideea etică de vinovăție și păcat ajunge să se articuleze și ea cu narativitatea mitico sacrală, ablutomania va fi practică și cu înțelesul de curățire spirituală, de “spălare a păcatelor”. Aceasta era semnificația cu care comportamentul spălării publice a mâinilor a funcționat și în civilizația elenistă și în modernitate. Alunecarea spre psihopatologie se corelează cu un proces depersonalizant, ce induce în subiect sentimentul unei dezordini psihice globale greu de controlat; cu resimțirea unei dificultăți de a controla tendința spre împrăștiere, haosul și ”murdăria” din jur; dar și cea interioară. După ce în sec. XIX s-a descoperit existența și acțiunea nocivă a microbilor, ablutomania a fost etichetată ca o ”fobie de microbi”.

Pentru psihismul și existența umană nevoia de ordine, curățenie, claritate ( și lumină), se extinde însă și dincolo de corp sau ambianța proximală, intrând între parametrii culturali specifici unei lumi umane civilizate. În această direcție ea apare în anumite momente pe parcursul devenirii istorice, ca o ideologie, ca un ferment civilizator cultural aparte. Așa ar putea fi cotate civilizația antică a Romei, cu excesivul său interes pentru băi, drumuri, legi și sistematizări tranșante; civilizație care, a dat un contur ferm efervescentei spirituale mediteraneene, orientată spre înflorire de greci. Iar apoi, nevoia de ordine în gândire și habitat se impune și în Europa de după Renaștere, structurând civilizația Europei Iluminismului, prin “idei clare și distincte”. Iar acest ultim cadru e important și în dezvoltarea dimensiunii conștiente a psihismului; a cărei subiectivitate reflexivă facilitează și ea manifestarea simptomatologiei TOC.

Colecționarismul, care în varianta sa patologică a fost atașat patologiei OC, poate fi privit și din perspectiva rezervelor excesive de hrană pe care le fac unele

specii. Tendința spre asigurarea hranei dincolo de nevoile actuale, se manifestă la animale în multiple variante; dar unele specii fac depozite alimentare uriașe. La om, trăsătura individuală a colecționarismului și zgârceniei a fost sesizată încă de caracteriologia antică. În perspectiva TPOC ar fi vorba de o problematizare a posesiilor, a unei delimitări rigide a persoanei prin “a avea”. Variantele normale de colecționarism includ însă la om și domenii ale civilizației și culturii, precum banii, bunuri imobiliare, cărți, picturi, timbre etc. Colecționarismul ridică apoi probleme psihologice aparte – pe care le regăsim în TOC - legate de sistematizare, ordonare, clasificare. Aria preocupărilor în această direcție poate aluneca și spre zone teoretice, abstracte.

Cel de al treilea aspect biologic al precursorilor patologiei OC se referă la ritualuri. Acestea sunt intens prezente în lumea animală la vertebrate, mai ales la reptile, păsări și mamifere, în corelație cu principalele cicluri instinctive. Așa e în perioada de rut, când se manifestă competiția masculilor, curtea și acuplarea; apoi, perioada construcției unei locuințe (cuib) pentru reproducerea și creșterea puilor ș.a.m.d. În aceste împrejurări dispoziția de fond a organismelor animale este una ergică, orientată spre acțiune realizatoare, uneori deschis agresivă. Ritualul are în biologie un rost pregătitor în raport cu un comportament instinctiv important, ca un fel de preludiu și fundal al acestuia împreună cu care realizează un cadru integrat. Lipsa fazei ritualice scoate din firesc și face imposibilă manifestarea instinctivă în cauză. În acest sens s-ar putea spune că și în biologie ritualurile reprezintă un cadru de asigurare, pentru derularea firească și eficace a unor comportamente esențiale.

În lumea umană ritualurile se dezvoltă în contextul invocării instanțelor supranaturale; fapt ce ar începe din perioada în care homo sapiens a ajuns capabil să-și reprezinte realități fictive, în urmă cu aprox. 70.000 ani. Comportamentele ritualizate de invocare au funcționat, desigur, într-o manieră magică, și în perioada

“șamanică”; cea a vânătorilor și culegătorilor, în contextul reprezentărilor totemice. Ele se dezvoltă însă sistematic în societățile sedentare agrare ce apar după neolitic, în paralel cu elaborarea religiilor. În toată această perioadă, coeziunea grupurilor umane se bazează pe memoria și reprezentarea scenariilor mitice, cu privire la originile cosmosului și a lumii lor umane. Invocările ritualice ale miturilor au loc acum în perioade temporale bine definite, de sărbătoare. Semnificația acestor invocări consta în convingerea că se asigură astfel, pentru colectivitate, sprijinul unor forțe esențiale în susținerea ordinii și parametrilor necesari productivității muncii și a succesului în război. Acest comportament ritualic nu are finalitate prin el însuși; dar reunește comunitatea și o solidarizează, infuzându-i siguranță antianxiogenă. Treptat, ritualurile sacrale s-au complexificat în ceremonialuri; și au fost desfășurate și în corelație cu evenimentele importante de la vârful ierarhiei sociale.

Oricum, în esența sa, comportamentul ritualic este suprapersonal. El rămâne însă înscris în fundalul psihismului uman; astfel încât se actualizează, decontextualizat și chinuit în patologia TOC, cu valențe antianxiogene, din tradiția magică.

Psihopatologia TOC trimite spre o problematizare a controlului agenției responsabile a persoanei, aspect ce s-a diferențiat amplu în psihismul omului epocii agricole. În societățile agrare sedentare, viața se derulează în comunități organizate, ordonate prin normativitatea tradiției – ethos – și a legilor; care stabilesc ceea ce e interzis, obligator și permis. În acest context se diferențiază și funcția psihică a agenției responsabile, ce constă în controlul comportamentelor interpersonale și a acțiunilor cu scop, pe care subiectul le inițiază pornind de la propria-i motivație și corporalitate. Acțiunea cu scop, susținută de funcțiile executive, s-a dezvoltat progresiv la omul făuritor de unelte, ea distribuindu-se între acte cu obiectiv personal și acte colaborative. Coexistența într-un spațiu relativ restrâns a multor oameni ce se relaționează prin norme deontice, ridică

pentru persoană permanente probleme de control comportamental interpersonal. Autocontrolul și autonomia agenției vor avea de acum încolo și variante excentrice, precum dependența abulică, impulsivitatea agresivă sau autocontrolul exagerat, însoțit de ambivalență și nehotărâre.

În societățile agrare o parte a vieții individuale se desfășoară în spațiul intim al locuinței – casei, gospodăriei - împreună cu familia. Locuința poate fi considerată o “piele lărgită”, o delimitare socială a individului și grupului său familiar, în raport cu marea lume. Acest aspect delimitativ – care e prefigurat încă din biologie - asigură o zonă protectivă, de siguranță; fapt ce se evidențiază în psihopatologie prin conduita agorafobiei și fobiei sociale. Spre deosebire de acestea însă, mare parte din simptomatologia TOC se desfășoară în chiar spațiul proxim al locuinței. Fapt pentru înțelegerea căruia e necesară o scurtă paranteză.

Se cere menționată în acest context psihopatologia specific umană a autismului developmental, în care nu se dezvoltă suficient ”creierul social”. Adică, capacitatea de atașament, de comunicare nonverbală empatică emotivă; dar și de relaționare stabilă și de comunicare verbală directă cu persoane din ambianța intimă. Subiectul marcat de deficitul modular cerebral al autismului, se resimte în siguranță doar într-un restrâns spațiu fizic, hiperordonat și imobil, lipsit de oameni; în care, el manifestă conduite stereotipe, repetitive și constructive. Acest model comportamental deficitar se reîntâlnește, cel puțin parțial, la mulți pacienți cu TOC, stând la baza unor trăiri depersonalizante speciale. Aceștia se simt deranjați de cea mai mică dezordine și posibilă murdărie, refăcând mereu o ordine fixă, cu tendință la simetrie și permanentă curățenie. În locul simplelor mișcări stereotipe ale autiștilor, obsesivul poate dezvolta însă ritualizarea actelor cutumiere zilnice (culcatul, spălatul, îmbrăcatul, mâncatul, plecarea de acasă); care se derulează acum lent, repetitiv, de un număr fix de ori, însoțite uneori de ceremonialuri magice. Relaționarea cu ceilalți nu e însă la fel de afectată ca în autism. Ea e în schimb marcată de obsesii agresive și sexuale, pe care pacientul se străduie să le

controleze prin compulsii. Manifestările O.C. induc o stare de tensiune agresivă și de autocontrol, articulându-se cu comportamente impulsive și cu mișcări involuntare (ticuri).

Patologia TOC pe care o înregistrăm în clinica actuală presupune un psihism diferențiat, în care autonomia agenției proprii este riguros autocontrolată. Faptul trimite la secvențele diferențierii progresive ale psihismului uman de a lungul istoriei culturale. În raport cu epoca de dinaintea culturii antichității eleniste, psihismul persoanei din perioada de după Renaștere se conturează prin dezvoltarea tot mai nuanțată a subiectivității conștiente, marcată de inițiativă și un pronunțat autocontrol analitic. Dezvoltarea particularităților reflexiv conștiente ale psihismului poate fi corelată cultural și cu centrarea acestei civilizații de ideologia religiei creștine; care, a cultivat introspecția încă de la începutul afirmării sale, Augustin recomandând “a-l căuta pe Dumnezeu în străfundurile minții proprii”. În plus, religia creștină a iubirii a pus accent pe autoanaliza și identificarea „păcatelor comise cu fapta sau cu gândul”; și pe mărturisirea acestora prin spovedanie. În perioada Reformei s-au identificat cazuri de persoane care se prezentau la confesiune extrem de des, de mai multe ori pe zi, pentru vinovății minore; fiind deci obsedați-asediați de astfel de gânduri de autoculpabilizare.

Alt aspect psihologic ce s-a dezvoltat în Europa de după Renaștere este individualismul, asociat spiritului întreprinzător și unui calcul riguros al șanselor de câștig. Cel puțin indivizii anumitor elite lucrative se obișnuiesc să-și facă proiecte pe termen mediu și lung, a căror realizare necesită un plan și o muncă perseverentă, autocontrolată, cu agonisirea meticuloasă a câștigului. Comentând nașterea capitalismului european în această perioadă, M.Weber pune accentul pe rolul semnificativ în această direcție a etosului neoprotestant, ce cultivă alături de contuita întreprinzătoare și calculată în vederea câștigurilor, austeritatea comportamentală, până la zgârcenie ( un comportament ca cel al călugărilor mireni). Masoneria epocii susținea și ea adeziunea față de activități realizatoare

pozitive și lucrative. Dezvoltarea agenției omului european în această direcție, poate evidenția zone de fragilitate precum: indecizia, lipsa de perseverență, de autocontrol și de finalizare eficientă. Acestea vor fi, alături de adeziunea excesivă față de muncă, caracteristici ale TPOC.

Ceea ce merită reținut din perspectivă evoluționist culturală este faptul că patologia OC, la fel ca orice altă zonă semnificativă de psihopatologie, afectează printr-un deficit disfuncțional o anumită zonă a psihismului persoanei, care se diferențiază și se metamorfozează progresiv pe parcursul istoriei culturale. Iar aria psihică specific afectată în obsesionalitate, e cea a autocontrolului agenției realizatoare autonome, a sinelui intențional și reflexiv, încorporat. Arie diferită de cea a relaționărilor interpersonale, hiperexpresive, captative și sumisive, în care se exprimă psihopatologia disociativă, urmașă a histeriei.



## Anexă la Capitolul 5

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

Psihopatologia obsesională scoate în relief fațete ale psihismului diferite de cele evidențiate în tb. disociativ histrionice. E prezentă și acum o dedublare a psihismului identitar, dar nu în planul mnestic biografic și al relaționărilor, ci în cel al agenției asumate. Subiectul se opune egodiston unor trăiri ce izvorăsc din sine dar cu care nu este de acord. Dedublarea menționată e evidentă și în planul tulburării de personalitate OC, ca îndoială, nesiguranță, ambivalență. În TPOC lipsește sugestionabilitatea crescută și hiperexpresivitatea captativă a histrionicului; precum și imaginarul bogat ce susține o narativitate atractivă. Anancastul se relaționează dificil cu alții, pe care-i ține la o distanță „oficială”; el nu poate colabora în activități decât dacă celălalt se supune complet programului său. Preocuparea sa principală e față de muncă, acțiune, ordine, control situațional și autocontrol permanent; fascinat fiind de către detalii, colecționări și sistematizări.

S-ar putea formula că, în patologia obsesională în prim plan apare deficitul autocontrolului și ordonării propriei agenții, în perspectiva unei raportări situaționale active. Perturbarea se manifestă în aria intenționalității de acțiune, a proiectării, organizării și implementării controlate a comportamentelor cu scop. Dar și a ținerii sub control a ambianței imediate; și a raportării la situații, a relaționărilor, a ordonării și sistematizării preajmei, avutului și cunoștințelor.

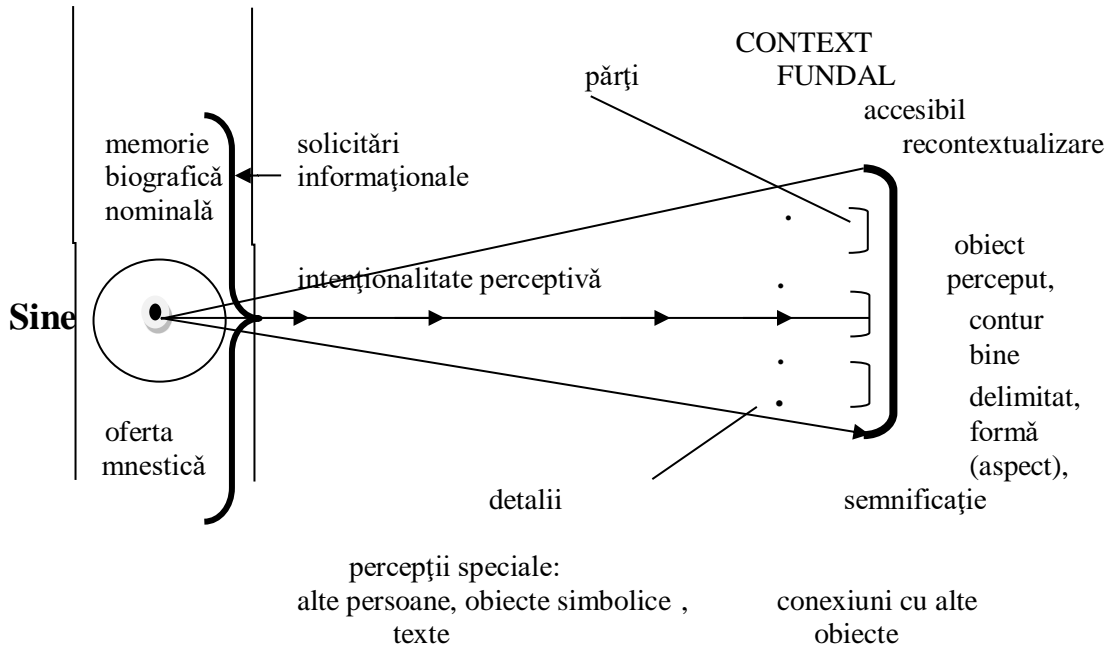
În TPOC subiectul, care e aderent de muncă, e deficitar în chiar elaborarea și realizarea controlată a acțiunilor ce se derulează prin succesiunea etapelor programate. În varianta psihastenă, se evidențiază clar indecizia, trecerea dificilă la act, pregătiri și verificări excesive, alunecarea spre acțiuni colaterale, reluarea unor etape prin variante paralele, progresia dificilă spre final. (Chenar 38-b). Cu alte cuvinte, un deficit al sintezei armonice al acțiunii cu scop. În perspectivă cognitivă se poate vorbi de o insuficiență a „coerenței funcțiilor executive”; iar într-un plan mai general, de insuficiența funcționării „apercepției” în planul acțiunii.

Funcția de ordin general a apercperției - care constă în integrarea sintetică a părților într-un întreg centrat, delimitat și contextualizat - susține conturul prezentului trăit (Anexa Cap.1). Ea a fost studiată experimental de psihologia configuraționistă din sec.XX; și dezvoltată în ultimele decenii prin cercetările cognitive asupra „funcției coerenței centrale”, efectuate inițial în autismul developmental.

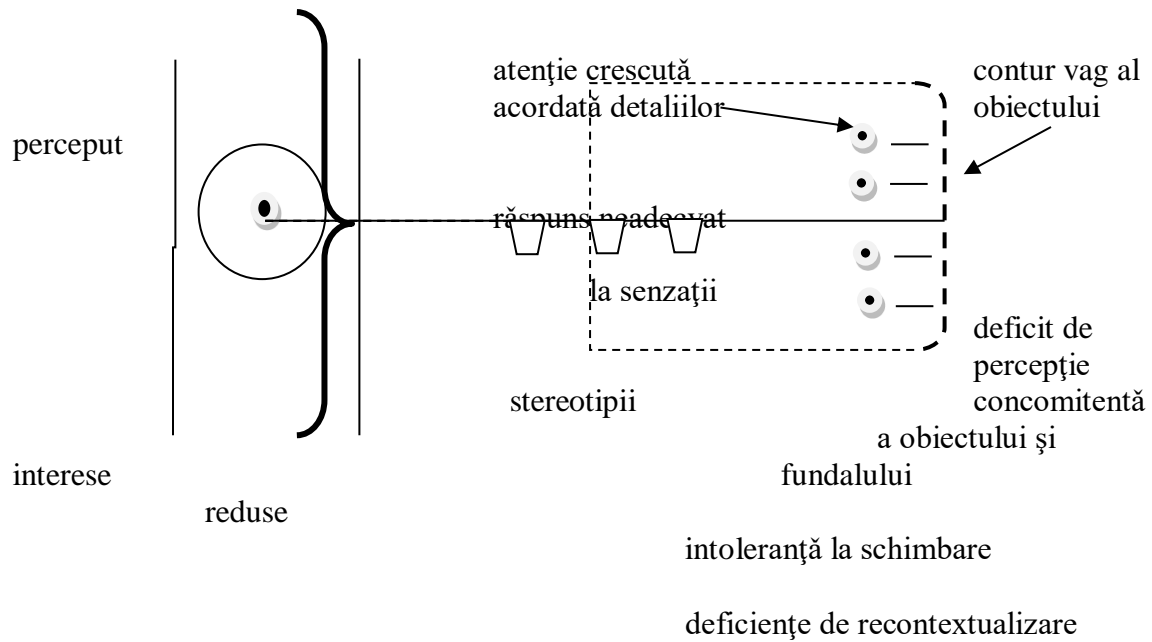
În autismul infantil s-a evidențiat un deficit în percepția spațială a ansamblurilor, cu incapacitatea subiectului de a configura pregnant întregul unei

### Deficiența funcției coerenței centrale perceptivă în autism

#### Caracteristici standard ale percepției



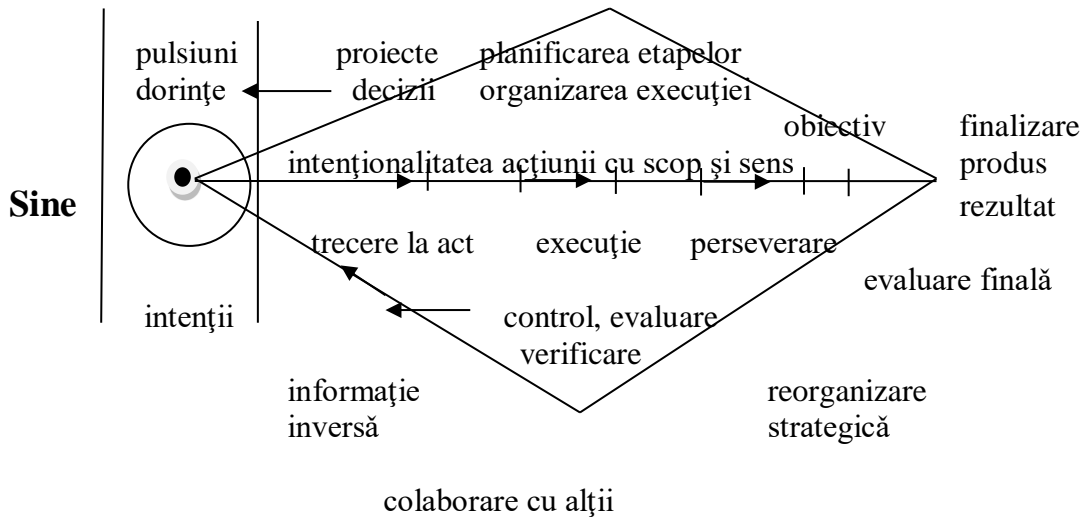
#### Deficiența “coerenței centrale perceptivă” în autism



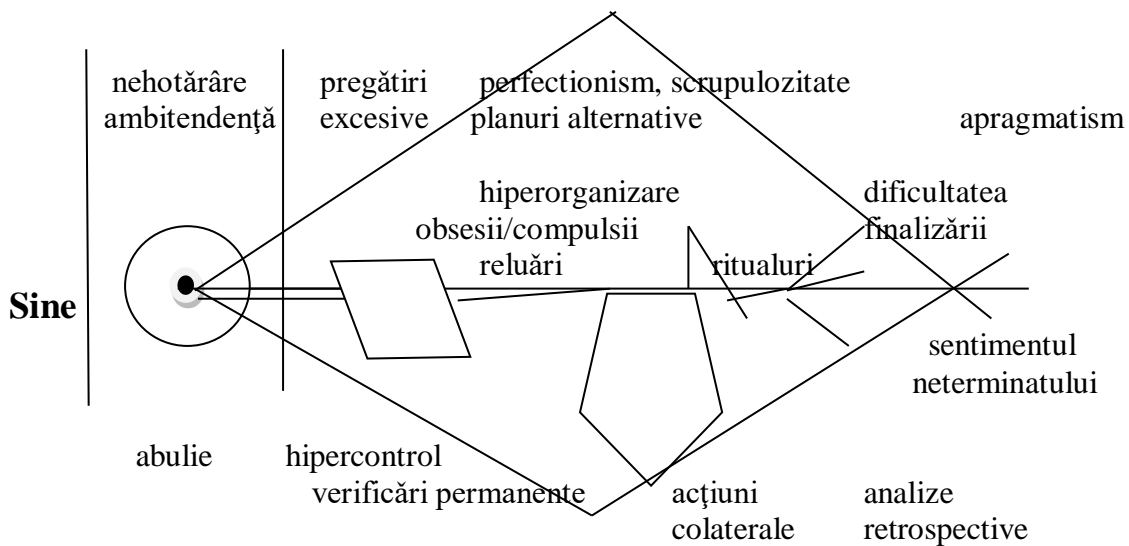
Chenar 45

**„Câmpul acțiunii” susținut de funcția coerenței centrale și relaxarea sa în patologia obsesivă**

**a) Câmpul „coerenței centrale” a acțiunii voluntare bazat pe funcții executive solicitări**



**b) În TPOC (psihastenă) coerența câmpului acțiunii se relaxează**



figuri, ca detașat de pe un fundal accesibil. Subiectul e fascinat de părți sau detalii, pe care nu le poate percepe concomitent cu figura centrală și cu ansamblul, neputându-le integra în acestea. Iar conturul figurii e cu dificultate diferențiat de fundal. Autistul preferă ca obiectul perceput să aibă o poziție fixă. El e intolerant la schimbări, informații noi, la recontextualizări spațiale ale ambianței.

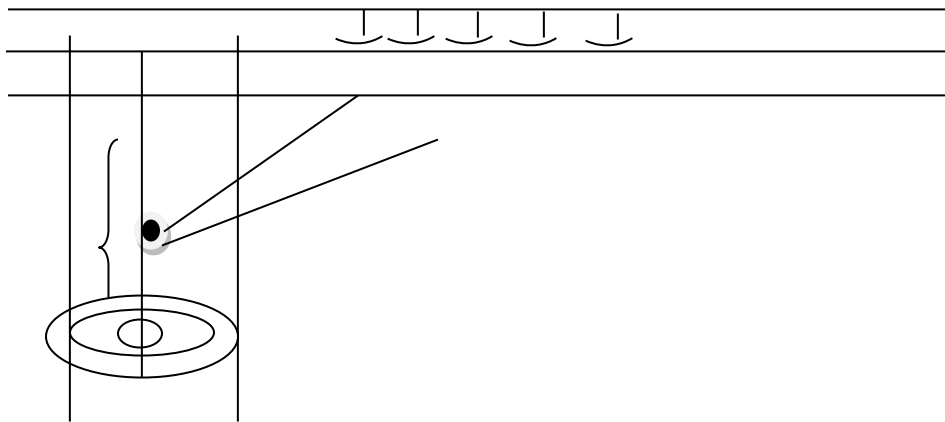
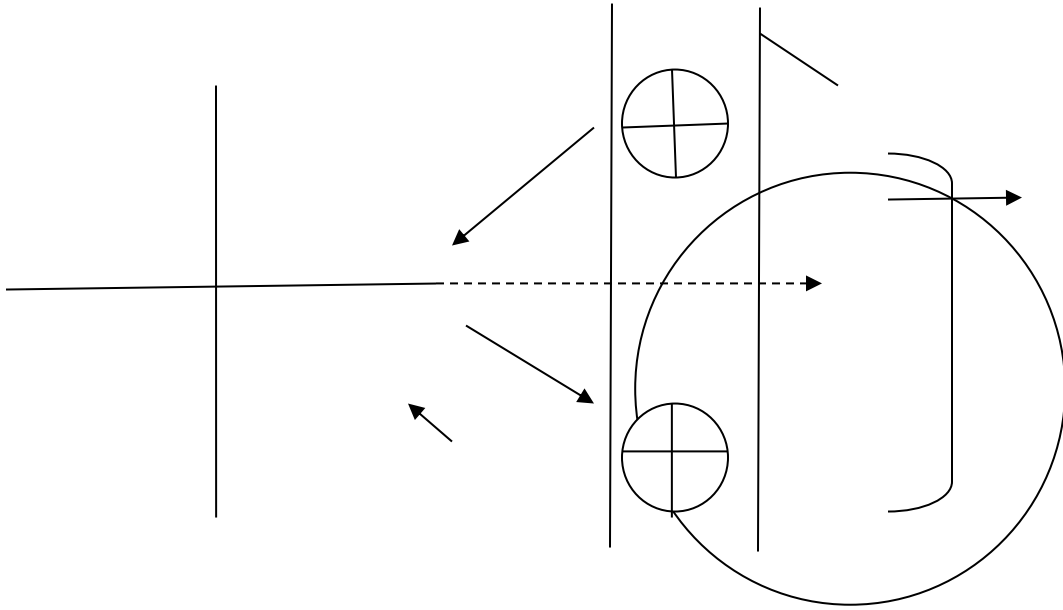
Aceeași disfuncție - și problemă - a coerenței centrale (c.c.) în raportarea la întreguri, poate fi regăsită în patologia TOC; dar în altă arie a psihismului. Ea e exprimată acum predominant în dinamica executării unui act. Iar într-un sens mai larg, ca asigurând un suport adecvat – un „câmp al acțiunii” – pentru fundalul funcțiilor executive, angrenate într-un proiect ce urmărește atingerea unui scop, prin etape succesive. (Chenar 31).

Problema ce o ridică configuraționismul și pe care a reluat-o cognitivismul, e de fapt cea a experimentării și integrării relațiilor de ordine parte/întreg, în cadrul receptării perceptive și a manifestărilor active. Astfel, în sinteza perceperii spațiale a unui obiect, părțile sunt integrate ordonat în întregul pe care acesta îl constituie, prin delimitarea semnificată a acestui obiect perceput, în raport cu fundalul. Iar în cazul acțiunii, e vorba de integrarea etapelor planificate, ce se ordonează printr-o succesiune temporală, pentru a contura ansamblul comportamentului ce se împlinește odată cu atingerea scopului.

În patologia OC se manifestă deficiențe în cel de al doilea aspect menționat. Adică, a realizării unui proiect de acțiune, în cadrul unui „câmp al acțiunii”. În mod normal, părțile acestuia sunt constituite din etapele succesive, proiectate pentru a se ajunge la un final. Conturarea întregului se realizează prin parcurgerea lor, prin derularea în etape a acțiunii susținută de „mediul” de coeziune al acestui câmp; desfășurare care e constant controlată prin informații feedback. Astfel, acțiunea ajunge să se detașeze, în timp, pe fondul variatelor evenimente care solicită subiectul într-o anumită perioadă; și, pe care el le străbate, urmărindu-și scopul.

Dar nu doar o acțiune izolată, luată ca atare, se derulează structurat în timp, configurând prin realizarea sa un întreg. La fel pot fi înțelese și proiectele de acțiune derulate pe termene mai lungi. Și la fel, ansamblul raportărilor active la situație ale unui subiect la un moment dat. Iar acestea, includ multiple programe paralele de realizare, în plan practic, interpersonal și speculativ teoretic; alături de preocupările de clarificare a relaționărilor sale sociale.

Intenționalitatea reflexivă a sinelui, ce susține comportamentul activ și rezolvarea problemelor în care subiectul se angajează, este în același timp și cea care asigură obținerea informațiilor necesare acestora. În cele din urmă, însăși



perceperea poate fi considerată un comportament, un „act perceptiv”. Iar pe de altă parte, subiectul intențional reflexiv integrează în permanență și informația inversă obținută prin feed back, privitoare la implicarea însăși a corporalității sale în acțiune. Funcția formală a coerenței centrale (f.c.c.) ce stă în fundal și susține comportamentul principal - organizând prezentul trăit al subiectului - se cere înțeleasă deci, în profunda perspectivă a apercepției.

Tema coerenței centrale e una general organizațională, ea aplicându-se întregii funcționări a organismului bio-psihiic. Și, cu atât mai mult, structurii identității biografice caracteriale a persoanei. Care, în economia psihismului uman, se plasează la un pol opus cu raportarea actuală la situații. Identitatea persoanei, cu întreaga sa complexitate, ar putea fi parțial modelată ca o complexă structură funcțională unitară și coerentă, cu o specifică spațio temporalitate și delimitare. Care, asigură ordonarea biografică a evenimentelor trăite și depozitarea structurată a tuturor datelor mnestic; fiind centrată de un sine intențional și reflexiv, autogenerativ și sintetizator. Persoana identitară constituie fundalul permanent ce stă în spatele manifestărilor actuale și a proiectelor și preocupărilor de durată. În sfârșit, persoana identitară se organizează pe mai multe nivele concentrice, interacționând cu.. dar și delimitându-se de.. alții și de lume.

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

Pe parcursul istoriei sale biografice subiectul se relaționează în permanență cu alții, pe care-i poate integra în propria-i structură. Faptul se petrece încă din primii ani de viață, cu persoanele de atașament. Iar ulterior cu cele de raportare intimă, din cadrul rețelelor sociale proxime. Oricum, delimitarea unui subiect include extinderea sa prin persoanele din rețeaua sa socială de care e atașat; și cu care interacționează continuu, în plan intim, activând frecvent „câmpul relaționărilor”.( Chenar..).

Dar, delimitarea persoanei începe, totuși, în plan psihobiologic, prin însăși corporalitatea sa. Propriul corp al oricărui subiect, centrat de agenția sa intențional reflexivă, devine de-a lungul vieții sale „sediul” psihismului său identitar. Astfel încât, limitele propriului corp – ale instanței corporale a persoanei – reprezintă o limită pregnantă a însăși sinelui identitar (fapt ce e perturbat în simptomatologia de contaminare din obsesionalitate). Subiectul își autoreprezintă în permanență, preconștient, limitele sinelui său corporal – ca „schemă și imagine corporală” – prin care se raportează la mediul său curent de existență. În spectrul patologiei TOC sunt comentate tulburări ce indică o hipersensibilitate variată la nivelul acestor limite, manifestate de ex. prin tricotilomanie sau prin trăiri dismorfofobice. Și la fel, pacienții cu TOC exprimă o sensibilitate aparte față de ambianța spațială

din jurul propriei corporalități ce se cere mereu ordonată; și uneori – la fel ca la autiști - menținută într-o stare neschimbată. În spațiul proximal al locuinței, se mai pot desfășura la pacienții cu TOC ritualuri – uneori cu repetiții numerice, magice – mai ales cu ocazia plecării de acasă.

Revenind la problematica delimitării identitare, propriul corp, resimțit ca delimitat, se cere deci considerat ca sediul psihismului personal, al subiectivității sale trăite, al minții, al identității și reprezentărilor din spațiul intim. Precum și toposul psihic din care emerge agenția sa intențională, prin intermediul căreia el abordează activ lumea situațională, acționează, produce evenimente, efecte și opere. Orice subiect își înrădăcinează identitatea, sinele ce o centrează pe aceasta, în propriul său trup; structurat prin variate delimitări în raporturi cu ambianța, cu alteritatea.

Dar și urmele pe care subiectul le lasă în lume pe parcursul biografiei sale, fac parte, de asemenea, din circumscrierea sa identitară. Și la fel produsele, operele sale. În cele din urmă s-ar putea formula că persoana se dimensionează și prin avutul său, prin proprietățile sale; care dau un contur aparte delimitării sale. Metaforic s-ar putea formula că, la extreme, el este proprietarul propriului său corp și al propriei sale biografii. Iar în această perspectivă, dimensionarea sa se extinde și în planul teoretic al lumii umane, incluzând propriile sale creații și opere culturale, spirituale. Iar proprietățile unui om sunt, totuși, lucruri pe care el le poate până la un punct manipula. Ele pot fi colecționate, uneori depozitate, sistematizate. În această arie, personalitatea obsesivului se caracterizează, tradițional, prin colecționarism, zgârcenie și preocupare față de sistematizări.

## CAPITOLUL 6

### MANIA ȘI TULBURAREA BIPOLARĂ –

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

Dintre tulburările psihice identificate de medicina antichității și care sunt și în prezent actuale, se numără starea maniactală și cea depresivă (melancolia). Mania și depresia antichității au pentru psihopatologie o semnificație specială, mai ales că ele absorbeau pe atunci atât variantele predominant psihotice (delirant halucinatorii și anxios agitate) cât și pe cele predominant temperamentale, precum melancolicul. În plus, polarizarea dintre manie și melancolie intuia ceva similar cu cea dintre dispozițiile comportamentale externalizate și internalizate a lui Achenbach, pe care am invocat-o odată cu plasarea tulburărilor conflictual agresive și manipulative în contrast cu cele de evitare anxios fobică; deși, polarizarea dintre mania euforic expansivă și depresia inhibată vizează aspecte puțin diferite. Comentarea tulburărilor disociativ histerice și a celor obsesiv compulsive au extins problematica deficitului disfuncțional comportamental externalizat și internalizat, de la nivelul dispozițional situațional la cel al dimensiunii identitare a persoanei. Cu mania și depresia revenim însă la polarizarea dispozițională externalizat/internalizat dar într-un sens lărgit, care înglobează acum un ansamblu de manifestărilor psihice ce au dimensiunea unui proiect sau episod de viață, într-o zonă intermediară dintre polul situațional și cel structural identitar al persoanei. Căci, dacă se reia întrebarea: „ce comportamente normale și adaptative ar putea fi plasate în spatele sindromului deficitar disfuncțional maniactal?”, răspunsul ne-ar trimite spre însăși condiția bazală a majorității raportărilor performante esențiale ale omului, realizate prin proiecte ce străbat actualitatea trăită de-a-lungul unor episoade de viață, pe parcursul cărora el e ancorat în viitor. Adică... activitățile și muncile curente, procesualitatea investigației, rezolvările de probleme practice și



teoretice, episoadele creative, relaționările uzuale pozitive, confruntările beligerante...și chiar petrecerile, consecutive succeselor și victoriilor. Iar la polul opus, se plasează dispoziția inhibat retractilă a depresiei ce deconectează subiectul de situațiile actuale, în urma unor eșecuri, înfrângeri și pierderi, cu preeminență a doliului. Starea maniacală și cea a depresiei majore ridică probleme centrale pentru conturarea organizării psihismului uman, în perspectiva dimensionării existenței sale prin proiecte și episoade de viață. Faptul e sugerat și de constanța cu care această patologie a fost sesizată de-a-lungul veacurilor și de complexitatea manifestărilor sale clinice. Vom începe comentariul cu o schiță istorică și un rezumat al manifestării clinice a patologiei bipolare din DSM-5.

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

După Renaștere, medicina Europei reia descrierea lor aproximativ în aceiași termeni, interpretarea fiind însă diferită, prin trimitere mai puțin la umori și mai mult la sistemul nervos și starea nervilor. Dar simetria opusă a simptomelor și tranziția dintr-o fază în alta, au fost reconfirmate.(Chenar 36).

În sec.XIX, observația azilară atentă a circumscris forme clinice de manie și depresie fără delir, constatându-se remisiuni spontane și ciclicitate. Melancolia e re-denumită „depresie”; și se circumscribe o „psihoză endogenă cu dublă formă”, bipolară. Aceasta e inclusă de Kraepelin în sistematica sa a psihozelor ca boală maniaco-depresivă, alături de demența precoce (schizofrenie) și de paranoia; rămânând de atunci în centrul patologiei psihiatrice. Către sfârșitul sec.XX

Chenar 47

**Mania și melancolia în epoca modernă**

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

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

Spiritele animale  
sunt obscure, întunecate de un  
fum gros

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

cercetări mai atente au identificat o tulburare depresivă recurentă unipolară; și, în general, un spectru malativ depresiv distinct. S-a comentat apoi și un spectru bipolar, care a acumulat multiple variante clinice, mai ales prin luarea în considerare a formelor ușoare și subclinice: hipomanie, ciclotimie, temperament hipertim și ciclotim, mania și depresia scurtă etc. Dar și prin prezența unor episoade mixte, forme evolutive ciclotime sau cu cicluri scurte.

În prezent în DSM-5 (2013) se are în vedere câte un capitol separat pentru tulburările bipolare și pentru cele depresive, acceptându-se însă și episoade distincte de manie și depresie. În Draft ICD-11 (2019) episoadele unice de manie sau depresie majoră nu sunt validate nosologic, ele trebuind să fie încadrate într-o perspectivă evolutivă.

Prezentarea maniei, depresiei și a bipolarității în DSM-5 e pe scurt următoarea:

### *Episodul maniacal în DSM-5*

**Pentru diagnostic pozitiv sunt necesare următoarele:**

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

**B. În perioada de tulburare dispozițională și creștere a activității și energiei să fie prezente trei sau mai multe din următoarele 7 simptome (minimum 4 dacă dispoziția e doar iritabilă), cu o intensitate semnificativă și reprezentând o modificare notabilă față de comportamentul uzual: 1. O stimă de sine crescută sau grandiozitate; 2. O nevoie scăzută de somn ( e.g. se trezește și nu mai readorme după 3 ore de somn.); 3. E mult mai vorbăreț decât de obicei sau simte nevoia (presiunea) de a vorbi; 4. Fuga de idei sau sentimentul subiectiv ca gândurile nu pot fi controlate; 5. Distractibilitate (e.g. atenția e ușor distrasă de stimuli externi irelevanți sau neimportanți.) observată sau relatată; 6. Creșterea activității orientate spre un scop (fie**

social, la munca sau la școală, sau sexuală) sau agitație psihomotorie (i.e. tendința spre activități nedirecționate spre un scop); 7. Implicare în activități cu mare potențial de consecințe nefavorabile (i.e. implicarea în cheltuieli excesive, indiscreții sexuale, investiții bănești aberante).

Criteriul C. precizează că tulburarea e suficient de gravă pentru a crea deficiențe importante în funcționare iar criteriul D. că episodul nu poate fi atribuit efectelor fiziologice ale unor substanțe/medicamente sau altor condiții medicale.

### *Episodul depresiv major în DSM-5*

Pentru diagnostic pozitiv sunt necesare următoarele:

A. Prezența a 5 (sau mai multe) din următoarele 9 simptome cel puțin 2 săptămâni, reprezentând o schimbare a funcționării anterioare; cel puțin unul trebuie să fie din primele două: 1. Dispoziție depresivă cea mai mare parte din zi, aproape în fiecare zi, indicată fie prin raportări subiective (e.g. a se simți prost (sad), gol sau lipsit de speranță) sau prin observația făcută de alții (e.g. apare ca plin de lacrimi). **N.B.** la copil sau adolescent poate fi o dispoziție iritabilă.; 2. Scădere marcată a interesului și plăcerii pentru toate, sau aproape toate activitățile, majoritatea zilei, aproape în fiecare zi (indicat fie prin raportare subiectivă, fie prin observație); 3. Scădere marcată în greutate fără a ține o dietă de slăbire (e.g. mai mult de 5% din greutate într-o lună) sau scăderea sau creșterea apetitului aproape în fiecare zi; 4. Insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi; 5. Agitație sau inhibiție psihomotorie (observabilă de alții); 6. Oboseală sau lipsă de energie aproape în fiecare zi; 7. Sentiment de lipsă de valoare sau vinovăție excesivă sau neadekvată (ce poate fi delirantă) aproape în fiecare zi; 8. Scăzută abilitate de a gândi sau se concentra, sau indecizie aproape în fiecare zi (atât resimțita subiectiv cât și observabilă de alții); 9. Gânduri recurente de moarte (nu doar frica de moarte), ideație recurentă suicidală fără un plan specific sau tentativă de sinucidere sau plan specific de a se sinucide.

Criteriul B precizează că sindromul conferă o semnificativă stare de distres sau deficiențe în funcționare, iar criteriul C că episodul nu e consecința directă a consumului de substanțe/medicamente sau a altor condiții medicale.

Sistemul DSM-5 mai prezintă o serie de precizări și nuanțări privitoare la diagnosticul clinic. Astfel, Criteriile pentru Episodul hipomaniacal sunt aceleași ca

pentru episodul maniacal dar exprimate mai puțin intens; durata poate fi și de câteva zile, iar simptomele nu determină o deficiență marcată în funcționarea socială sau ocupațională sau internare.

În caracterizarea episodului depresiv (când nu e specificat ca major) se cere de asemenea ca obligatorii manifestări simptomatice de cel puțin 2 săptămâni, cu prezența dispoziției depresive și a scăderii interesului și plăcerii. Se mai cere prezența a cel puțin 3 simptome din cele 7 ale descrierii standard.

DSM-5 mai descrie ciclotimia și distimia. Ciclotimia presupune ca cel puțin 2 ani să existe multiple episoade cu simptome hipomane ce nu întrunesc criteriile pentru un episod maniacal și numeroase episoade cu simptome depresive care nu întrunesc criteriile pentru un episod depresiv major; nu există mai mult de 2 luni consecutive fără simptome. Distimia constă în prezența aproape continuă a unor simptome subdepressive timp de peste 2 ani, fără intervale libere mai lungi de 2 luni; dar nu se cere prezența anhedoniei (lipsa de plăcere), sentimentul de vinovăție și a ideății de moarte. Pacientul își poate continua, parțial, viața socio-profesională.

În afara acestor circumscrieri, în capitolul consacrat Tulburării bipolare sunt menționați “specificatori” care se referă la : **1.** Prezența distresului anxios: ușor, moderat, moderat sever, sever; **2.** Episoade maniacale sau hipomaniacale cu simptome mixte, depresive; episoade depresive mixte, cu simptome maniacale; **3.** Tulburarea cu cicluri rapide: cel puțin 4 în 12 luni; **4.** Episod depresiv cu trăsături melancolice: prezintă simptome ca lipsa plăcerii și a reactivității, calitate aparte a dispoziției depresive cu sentiment de gol interior, rău și trezire matinală, agitație sau inhibiție psihomotorie marcată, scădere în greutate, sentiment de neadecvare și vinovăție; **5.** Episod depresiv cu aspecte atipice, precum: reactivitate dispozițională specială și cel puțin 2 din: creștere semnificativă în greutate, hipersomnie, rejecție și senzitivitate interpersonală; **6.** Episoade cu aspecte psihotice: acestea pot fi deliruri și halucinații congruente cu dispoziția afectivă, sau incongruente; cu

anhedonie; **7.** Cu debut peripartum; **8.** Cu pattern sezonal: simptomatologia maniacală și/sau depresivă se intercalează în funcție de sezon.

Mai sunt menționate unele aspecte de manifestare puțin intensă, precum: - depresia scurtă de 3-4 zile; - episoadele hipomane ce apar la sfârșitul unei stări depresive sau ca induse de medicația antidepresivă și alte medicamente; - episoade hipomane scurte (2-3 zile) sau cu insuficiente simptome; - ciclotimia cu durată mai scurtă (sub 24 de luni). Adepții spectrului bipolar mai introduc și dimensiunea temperamentului – depresiv, ciclotim, distim, disforic - ceea ce DSM-5 nu poate să o facă.

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

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

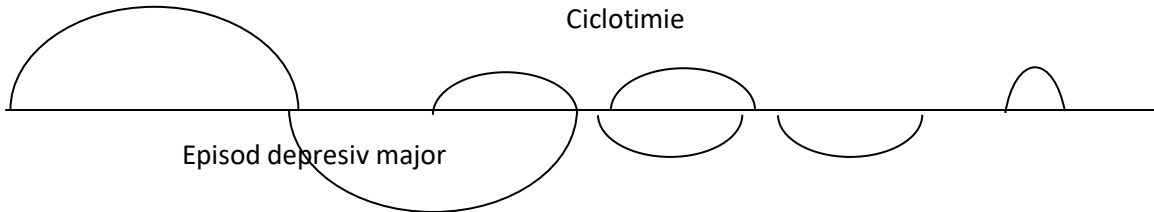
Chenar 48

### Variante ale manifestărilor clinice ale episoadelor afective

Episod maniacal major

Episod maniacal scurt

Ciclotimie

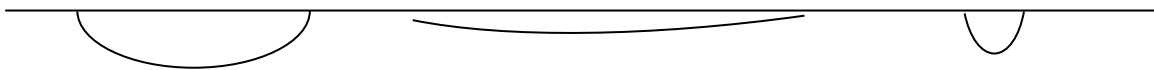


Episod depresiv major

Episod depresiv mediu

Tulburare distimică

Episod depresiv scurt

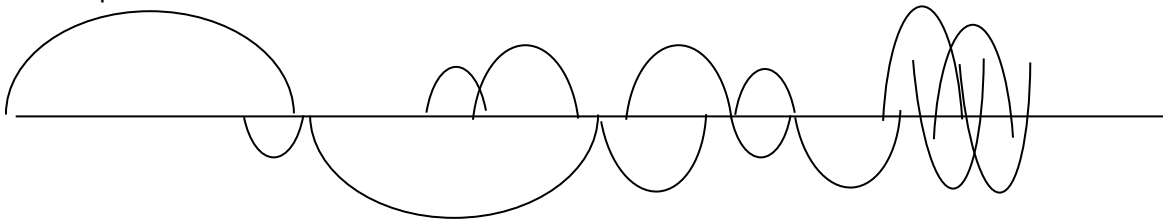


Episod afectiv minor în

Cicluri rapide

Stări mixte

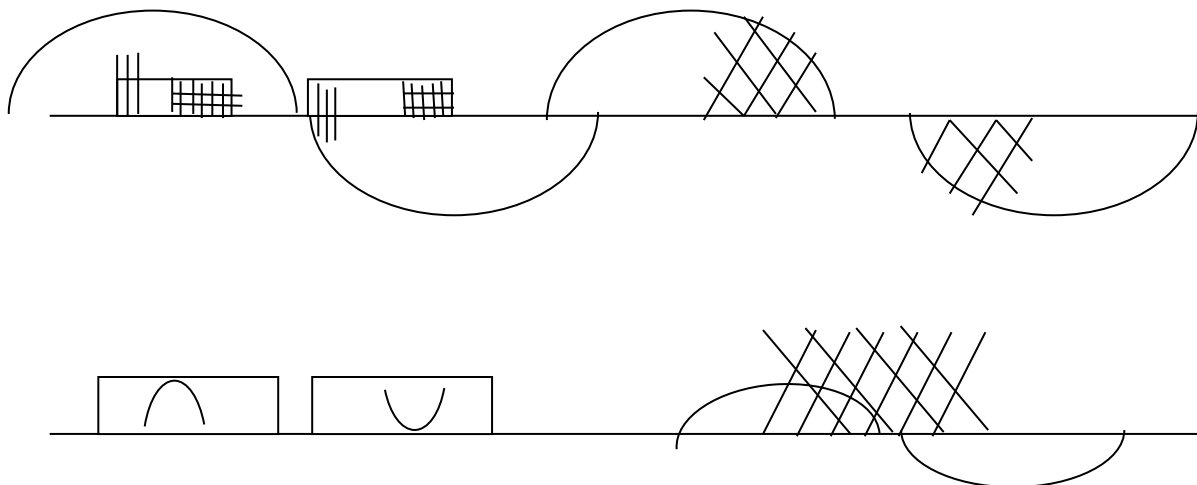
finele Episodului clinic



Episoade afective cu delir congruent și

Episoade schizo-afective

incongruent



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

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

O a doua perspectivă de sistematizare ar putea distinge între aspectul formal al tulburării (de ex. în cazul sindromului maniacal: dezinhibiție expansivă, tahipsihică și ergică cu autovalorizare și sociabilitate pozitivă; și cu proiecție în viitor ); și exprimarea exagerată și decontextualizantă a acestuia prin perturbarea funcțiilor psihice: de vigilitate, pulsionale, cognitive, comportamentale și relaționale (Chenar ). O astfel de abordare subliniază coerența de sindrom a stărilor maniacale și depresive, ca derivare a lor din structura formală de fond a dispozițiilor externalizate și internalizate în ansamblul lor. Coerență ce presupune tocmai prezența în psihism a unui astfel de nucleu normal, a unui cadru al dispozițiilor predominant externalizate (și internalizate), ca structuri funcționale ce se oferă pulsativ sinelui identitar, în perspectiva raportării orientate a acestuia la ambianță, pentru rezolvarea situațiilor în care el ajunge: de angajare ergică și



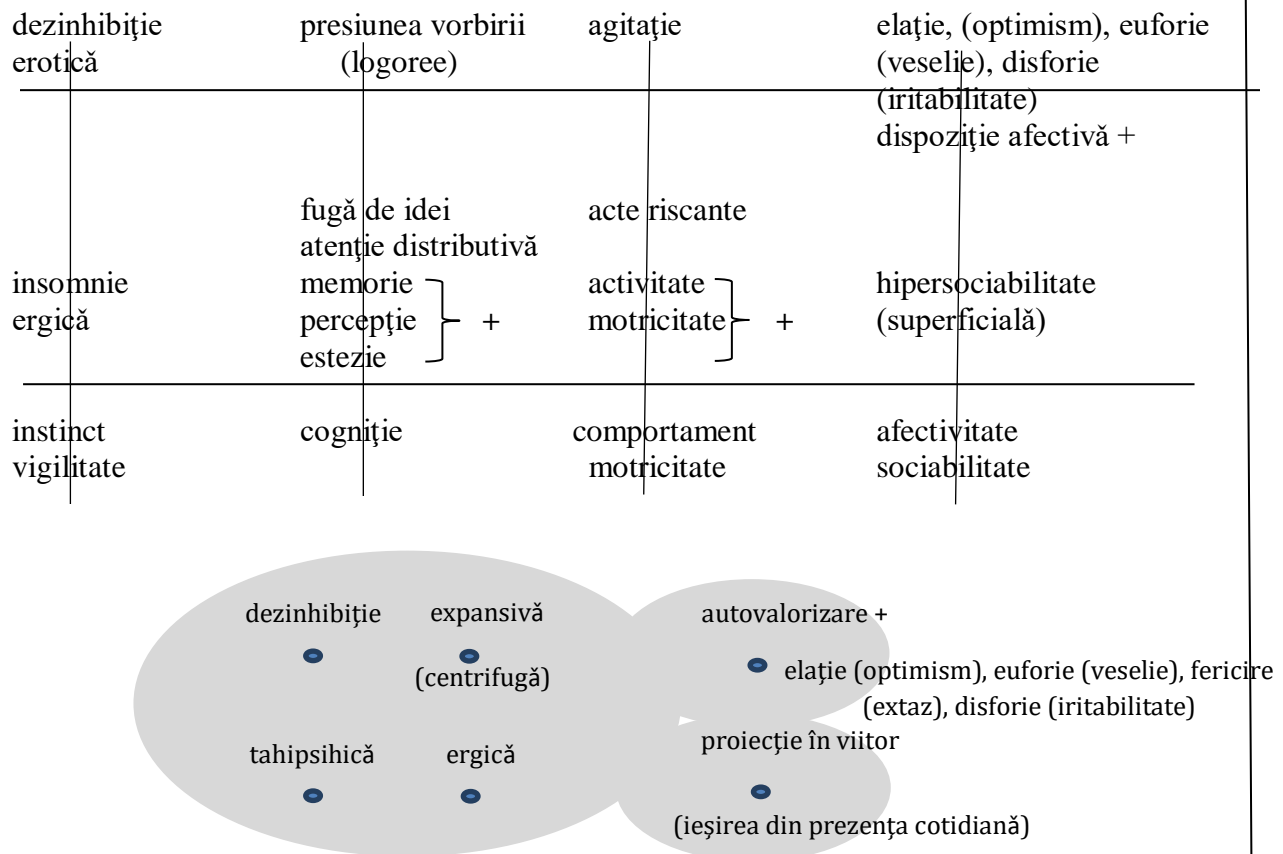
îndrăzneță în realizări viitoare și în conflicte ce se cer rezolvate - direcție ce poate aluneca psihopatologic spre manie. Sau, de retragere din situație, cu o repliere analitică pe sine și pe trecut în vederea reorganizării - direcție ce poate aluneca spre depresie. Pornind de la această ultimă abordare, se poate reveni la perspectiva înțelegerii maniei și depresiei clinice ca derivând din organizarea structural funcțională normală a psihismului persoanei identitare.

**- Tulburări externalizate formale evidențiate în sindromul maniacial.**

Mania e un sd. dispozițional în dublu sens. Pe de o parte, disponibilitatea de raportare proactivă la situațiile ambianței e dezinhibată, dinamizată ergic în toate planurile, cu încredere crescută în sine, proiectând subiectul spre un viitor imediat. Pe de altă parte, dispoziția afectivă de fond se manifestă pozitiv, ca elacție, bună dispoziție, euforie, extaz sau iritabilitate combativă, toate însoțite de autovalorizare pozitivă; trăiri ce se manifestă acum rigid, ne mai fiind motivate și influențate situațional. Faptul se reflectă în circumscrierea sindromului în DSM-5 prin cele două componente de bază: - manifestarea proactivă aberantă; și: - dispoziție afectivă elevată.

Privind într-o perspectivă globală, trans-simpotomatică, starea maniacială s-ar caracteriza în primă instanță, fenomenologic, printr-o continuă și mobilă proiecție spre un viitor imediat, ce-i apare subiectului ca favorabil și a toate posibil. În această atitudine el se sprijină pe fragmente ale situației actuale, resimțite hiperestezic și uneori hedonic, comportându-se dezinhibat și ergic, tahipsihic și expansiv, prosocial gregar, încrezător în sine, ignorând riscurile. Esențială în această perspectivă e aplatizarea parametrilor unui prezent situațional bine structurat; prezent ce, deși e trăit cu acuitate, e împrăștiat și secvențial, fiind absorbit de viitorul imediat.

Chenar 49	
<b>Sistematizarea simptomelor maniei și depresiei în vederea unui diagnostic comprehensiv</b>	
A. Simptome biopsihologice predominant observabile	
MANIE	DEPRESIE
Dezinhibiție extroversă și tahipsihie globală (instinctivă, decizională, comportamentală, ide-verbală, relațională)	Inhibiție introversă și bradipsihie globală
<p>insomnie fără oboseală energie crescută logoree fugă de idei, asociații superficiale atenție mobilă, percepție crescută hipermnezie nefuncțională libido crescut, dezinhibiție sexuală hipersociabilitate gregară cu reducerea reticentei</p>	<p>insomnie nocturnă și trezire matinală rău matinal oboseală, anergie inapetență, scădere în greutate reducerea libidoului ideație redusă, lentă perseverare ideatică atenție, percepție, memorie reduse lentoare motrică lipsă de motivație și reactivitate</p>
B. Simptome psihoantropologice subiective detectabile prin interviu	
Stima de sine crescută  sentiment de valoare și capacitate crescută încredere în sine, asertivitate, optimism nerealist grandiozitate, afirmare de sine	Stimă de sine scăzută  sentiment de capacitate și valoare redusă neîncredere în sine, indecizie, problematizare vinovăție, negație de sine
<b>Viitorul e deschis</b> (totul se va rezolva bine) - participare hedonică la prezent	Viitorul e închis (lipsit de speranță) nu poate adera la prezent (nimic nu-l atrage) incapacitate de a se bucura
Stare afectivă dispozițională pozitivă - veselie, bună dispoziție, euforie ce se transmite celorlalți	Stare afectivă dispozițională negativă - tristețe, proastă dispoziție afectivă, disforie, anxietate, preocupare față de boală și moarte
Notă: trăirea subiectiv afectivă dispozițională este doar unul din aspectele tulburărilor dispoziționale din manie și depresie.	
B <sub>1</sub> Trăiri și convingeri subiective tematizabile delirant	
Manie	Depresie
se consideră o persoană de excepție ce poate rezolva orice, cu calități și capacități deosebite realizări și poziție socială aparte (invenții, creații, misiuni speciale) noi identități megalomane (om istoric, legende mitico sacrale, relații deosebite, descendență specială) stârnește invidia și atitudinea ostilă a celorlalți	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

**Chenar 50****Simptomatologia sindromului maniaco depresivă ca derivând dintr-o tulburare formală bazală**

Dacă privim însă analitic, grupajul simptomatic întâlnit în sindromul maniaco depresiv - ce ar putea fi considerat ca exprimând însăși scheletul dediferențiat al ansamblului comportamentelor externalizate adaptative de autoafirmare - constă dintr-un lanț de simptome interconectate: dezinhibiție expansivă tahipsihică și ergică, cu autoapreciere crescută, elație, afectivitate pozitivă și proiecție în viitor. Iar acestea se exprimă prin intermediul funcțiilor psihice ale vigilității, pulsionalității, cogniției, comportamentului, afectivității și relaționării (Chenar 38).

La fel ca în cazul tuturor sindroamelor psihopatologice importante, se poate considera că starea maniacială derivă și ea din modalități de reacție și manifestare psihică normale și adaptative. Vom prezenta ceva mai detaliat această simptomatologie.

Dezinhibiția psihică se referă în primul rând la permanenta manifestare activă a maniacialului hipervigil și ergic, ce nu poate sta mult timp calm și liniștit, relaxat sau inactiv. Ea se exprimă însă și prin aspecte mai precis direcționate, precum : - Dezinhibiția instinctiv erotică, atât ca atracție cât și prin comportamente specifice, vorbire licențioasă sau performanță sexuală; - Insuficientă reținere și autocontrol în relaționări cu transgresarea normelor sociale, a conveniențelor și reticențelor; - Scurtcircuitarea deciziilor, ducând și la comportamente impulsive; Implicarea permanentă în proiecte de acțiune multiple, deseori fanteziste (în toate aceste simptome intervine și tahipsihia).

Expansivitatea (centrifugă) e susținută și intricată cu celelalte caracteristici (dezinhibiție, tahipsihie, energie crescută). Ea se manifestă în plan ideatic, verbal și comportamental, al proiectelor de acțiune, al deplasărilor și contactelor umane.

Tahipsihia e evidentă în vorbire (care e și amplă cantitativ = logoree), în fuga de idei, în psihomotricitate, în atenția distributivă distractibilă. Ea stă la baza faptului că maniacialul începe multe lucruri pe care nu le termină, trecând de la unul la altul; sau în plan ideoverbal nu urmărește o temă până la capăt.

Energia crescută este pe de o parte resimțită subiectiv, întreținând încrederea în sine și sentimentul de atâtea puțință. Pe de altă parte ea are însă și un aspect obiectiv, maniacialul vigیل funcționând mult timp fără a obosi, capabil de eforturi fizice și psihice mari. E unul din motivele pentru care starea hipomaniacială poate fi performantă și dorită.

Autoevaluarea pozitivă are și ea mai multe aspecte. Maniacialul are o încredere în sine crescută, se simte capabil, are energie și curaj, are convingerea că poate realiza cu ușurință multe lucruri. Faptul poate sta la baza acțiunilor riscante,

hazardante sau perturbatorii. În acest sens episoadele hipomaniacale ameliorează nehotărârea obsesivilor. Stima de sine crescută stă și la baza abordării directe, fără reticențe, a altor persoane, aflate în poziții sociale înalte. Părerea bună despre sine este argumentul proiectelor de viitor fanteziste; și mai ales a delirurilor megalomane congruente, de grandiozitate, în care subiectul se autoplasează în poziția de personaj a unor scenarii fictive, care-l plasează în relație cu personalități deosebite.

Proiecția în viitor e o caracteristică esențială a felului în care maniacalul se raportează la situație, mai ales în comparație cu depresivul; și chiar cu anxiosul. Maniacalul ce se simte puternic și capabil, este încrezător în viitor, optimist, convins că poate realiza orice. Deși are o percepție vie (și hedonică) a unor elemente situaționale, esențialul orientării sale e spre realizarea unor proiecte; și în primul rând în viitorul imediat, el fiind sigur de împlinirea acestora. Practic, maniacalul nu are o receptare și o angajare eficientă în raport cu situațiile date, actuale; care să îi permită o echilibrată trăire a “prezenței la prezent”, plasată între trecutul memorabil și viitorul proiectat, planificat și expectat. Prezentul său e punctiform și nestructurat, aspirat de viitor. Delirul de grandiozitate extrage și mai mult pacientul din prezentul real.

Trecând la simptomatologia exprimată prin perturbarea funcțiilor psihice, care e constatabilă și măsurabilă (prin scale de evaluare), se poate începe cu dimensiunile predominant psihobiologice ale vigilității și vieții pulsionale.

Starea de vigilitate, opusă somnului este cea care asigură raportarea informativă la ambianță și acțiunile eficiente. În sindromul maniacal vigilitatea e crescută, nevoia de somn fiind redusă fără ca subiectul să se simtă obosit. Vigilitatea crescută susține o percepție pregnantă, vie a datelor receptate, cu detalii care-i atrag atenția. Hipervigilitatea se conjugă cu tahipsihia, realizându-se o atenție distributivă mobilă, distractibilă, centrifugă și superficială. Informația receptată nu mai e organizată pe nivele ierarhice, fiind aplatizată, printr-o suită de



secvențe și detalii ce nu mai permit buna configurare a ansamblului situațional actual. Distractibilitatea atenției din manie seamănă cu atenția hipermobilă din anxietate; cu diferența că aceasta din urmă e de tip investigator; iar fundalul afectiv și de autoevaluare e altfel orientat.

Dezinhibiția pulsională a fost deja amintită. Ea conduce la un comportament erotic, uneori strident, care încalcă conveniențele sociale. În manie e deseori activat potențialul ludic și hedonic al satisfacțiilor și plăcerilor corporale. În mixare cu anxietatea, poate fi întreținută adicția de alcool și de unele droguri. În variantele agitate, e dezinhibată pulsionalitatea agresivă, combativitatea; fapt ce poate fi referit la moștenirea confruntărilor beligerante din biologie, continuate în viața umană ( ).

Procesele cognitive sunt dezinhibate și accelerate. E crescută nu doar estezia și acuitatea perceptivă, ci și funcționarea memoriei, amintirile. Dar această hipermnezie nu e utilă datorită tahipsihiei. La fel, asociațiile de idei și de cuvinte rapide, deși pot fi interesante și originale, nu sunt productive datorită tahipsihiei și deteriorării de organizare a proceselor mentale orientate spre un scop. Subiectul trăiește cu evidență o convingere fermă, într-o crescută capacitate și valoare.

Motricitatea și comportamentul dezinhibat, expansiv și derulat rapid, reprezintă o arie simptomatică dintre cele mai specifice maniei. Pacientul nu stă locului, se mișcă mereu; uneori și viteza derulării motricității e mai rapidă; el reacționează prompt, dar fără suficientă deliberare. Nivelul activității cu scop (profesional, școlar) crește în faza inițială; subiectul are multe planuri și se angajează în activități riscante. Se poate ajunge la agitație maniacală. În hipomanie performanțele pot efectiv crește un timp, la fel ca și creativitatea. Pentru ca ulterior ele să se deterioreze.

Dezinhibiția și viteza crescută se constată și la nivel ideo verbal, arie simptomatică ce e de asemenea caracteristică. Vorbirea poate fi crescută cantitativ, având și o derulare rapidă (= logoree, tahifemie). La fel e și “presiunea gândirii”, constând din resimțirea unei ideții care se impune cu rapiditate în fundalul cursului ideativ. Pacientul își face multiple planuri de acțiune, imediate sau de viitor. Dar el se simte mobilizat uneori și să producă poezii sau diverse texte literare, eventual științifice, producția ideatică fiind tot mai amplă.

Comportamentul prosocial este și el caracteristic, mai ales pentru mania euforică. Subiectul contactează spontan pe oricine întâlnește, pe necunoscuți, fiind lipsit de reticențe. Intră ușor în conversație cu primul venit, nu are secrete, nu respectă conveniențele sociale și ierarhiile. Buna sa dispoziție e contaminantă. În conversație poate fi distractiv, spune glume, recită poezii, cântece, etc. În varianta disforic iritabilă, maniacalul se manifestă tot prosocial, dar reacționând fără suficientă deliberare, ostil; și ajungând mereu la dispute și confruntări cu ceilalți. Hipersociabilitatea gregară, cu un comportament similar celui din timpul petrecerilor sărbătorești dezlănțuite, este o tradițională caracteristică a comportamentului maniacal; ea e marginalizată însă în DSM-5, care pune accentul pe dezinhibiția din activitate. (Chenar 40).

Dispoziția afectivă euforică, furorul și elția. Dispoziția afectivă pozitivă, euforică, a fost considerată mult timp, în secolul XX o caracteristică de bază a stării maniacale. Totuși tradiția patologiei maniacale a consemnat încă din antichitate – și pe tot parcursul modernității – și “furorul maniacal”, mania agitată și violentă, combativă, a nebunului ce lovește nediscriminativ pe oricine din jur. Chiar dacă se lasă la o parte mania delirantă paranoidă, tradiția culturală trimite și spre derivarea maniei agitate din dispoziția externalizată a confruntării beligerante ritualice. Aceasta se originează în tradiția luptătorilor ce se identificau cu un animal carnasier agresiv totemic (lup, urs, leopard etc.). Sau a celor ce optau pentru războiul sfânt, luptându-se până erau omorâți.( ). În ambele aceste cazuri



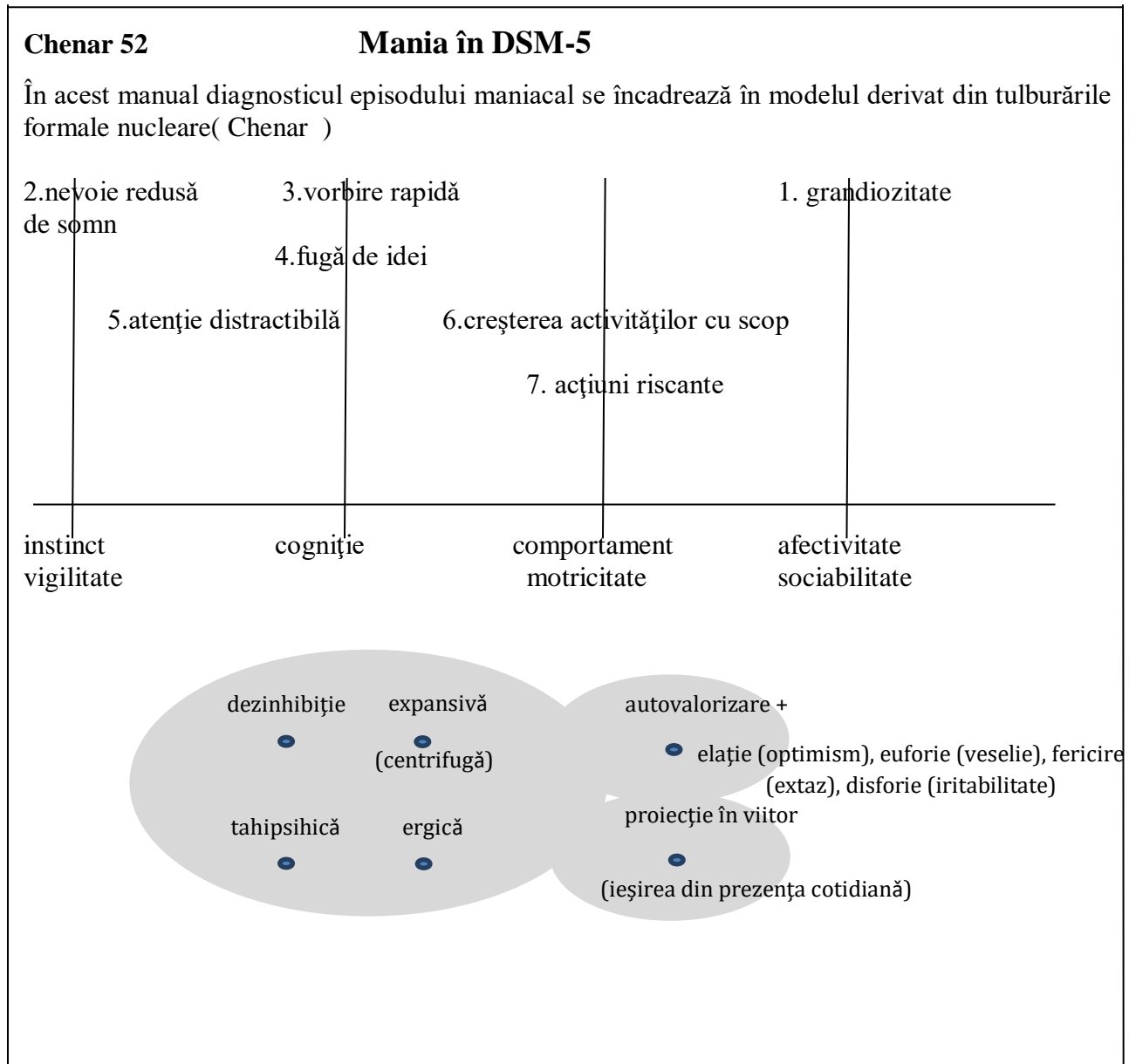
tradiționale, se cere reținută poziționarea subiectului la un rang superior, spiritual, deasupra condiției muritorilor de rând. Pentru varianta tradițională de manie furioasă se folosește în ultimele decenii trimiterea la dispoziția iritabil disforic combativă.

Starea dispozițională specifică ce s-a impus în comentariile psihopatologice din ultimele decenii, mai ales după DSM-III, este totuși cea a “elației”, cu referire la dispoziția expansiv realizatoare, de angajare în produceri efective; cu sentimentul de a putea realiza lucruri de excepție, eventual „orice”. Această elație dispozițională e susținută de dezinhibiția ergică și de tahipsihie, bazându-se pe proiecte de acțiune, de realizare și creație deosebite; toate sub semnul optimismului și a încrederii în sine. Pe această linie se plasează și multiplele proiecte pe care maniacalul le inițiază, angajarea sa în acțiuni riscante; dar și creativitatea.

În afara variantelor de elație realizatoare și disforice, tradiția mai trimite la dispoziția de hipersociabilitate veselă, euforică, menționată de la început. Ea include nu doar tonusul pozitiv al încrederii în sine ergice, ci și buna dispoziție și veselia de tipul petrecerilor sărbătorești ce urmează succeselor, victoriilor, aniversărilor; sau a celor de tip carnavalesc de la sfârșitul anului, însoțite de spectacole de comedie, circ, dans, pantomimă etc. E vorba de o dispoziție euforică contaminantă social, care reduce diferențierile sociale, însoțindu-se cu dezinhibiție instinctivă (alimentație bogată, alcool), cântece, dans, glume, râs, voie bună. În manie, această stare dispozițională euforică marcat prosocială, e nu doar nejustificată; ci și excesivă și prelungită, ajungând să epuizeze subiectul. La nivel hipomaniacal, tradiționalul bufon se înscrie și el în această linie.

Direcțiile dispozițional afective menționate - ce pot sta la baza unor forme clinice aparte de manie - se pot deseori combina. Esențial e faptul că toate au la bază activarea unei schemei formale de tip externalizat (dezinhibiție expansivă, cu tahipsihie ergică și prosocială, cu proiecție în viitor);centrată de o permanentă autovalorizare pozitivă, cu autoapreciere și încredere în sine crescută; care plasează

subiectul în centrul evenimentelor trăite, cu sentimentul că le domină; și cu minimalizarea valorii și puterii celorlalți.



Iar anormalitatea dispoziției afective din manie se însoțește și de o „desituaționalizare”, prin proiectarea maniacalului într-un viitorul imediat, cu neglijarea trecutului și minimalizarea datelor prezente.

Dispoziția maniacală se manifestă prin perioade, prin "episoade" delimitate în timp, pe parcursul cărora subiectul pare a fi „mutat” pe o orbită de funcționare aparte, expansiv externalizată. Un episod maniacal persistă continuu o perioadă apreciabilă de timp, peste o săptămână, uneori luni de zile. În acest timp subiectul nu mai e conectat și sensibil la variatele evenimente situaționale. El e lipsit și de modularea afectivă pe care o induc stările emotive curente, care exprimă reacția subiectului la semnificația evenimentelor trăite. În plus, relaționarea interpersonală devine uniformă, într-o variantă de raportare publică, superficială; cu aplatizarea sau ștergerea modalităților diferențiate și intime de raportare, inclusiv de rezonanță afectivă reciprocă. Dispoziția maniacală, cea de relație euforică sau cea disforică, simplifică la maximum bogăția nuanțelor de trăiri afective ale persoanei.

Aceste episoade, de diverse intensități și forme clinice, au o evoluție recurentă, uneori ciclică; eventual în alternanță cu cele depresive.

#### - **Tb. formale în Sindromul Depresiv**

Sindromul depresiv care a fost adus în discuție încă din Introducere, poate fi comentat până la un punct după o schemă similară cu cea a raportării maniacale la situație. Esențială e acum, d.p.d.v. fenomenologic, extragerea subiectului atât din viitor cât și din prezent, cu replierea sa pe un trecut vinovat, orientat spre autoanihilare. În depresie se impun caracteristici formale de raportare simetric opuse față de cele din starea maniacală: inhibiție retractilă, bradipsihică și anergică, cu autovalorizare negativă și repliere pe trecut. (Chenar ). Simptomatologia clinică ar rezulta din transpunerea acestor condiții formale în funcționarea psihologică (motivațională, cognitivă, comportamentală, relațională afectivă etc.). Spre deosebire de sindromul maniacal, simptomatologia somatică și cea subiectivă joacă acum un rol mai important. Iar diferența între depresia inhibată și cea agitată e mai semnificativă decât cea dintre mania euforică și cea disforică.

Urmărind ceva mai detaliat aspectele sd. depresiv, putem menționa: Inhibiția retractilă , bradipsihică și anergică, se manifestă în toate planurile psihismului:

instinctiv, cognitiv global, ideo verbal, motor, relațional. La un pol opus față de expansivitatea centrifugă a maniacalului, depresivul se retrage spre propria-i corporalitate, spre propriul trecut; și mai adânc, spre neființă. Inhibiția în plan corporal instinctiv e evidentă prin inapetență cu scădere în greutate. Dar ea e mai globală, manifestându-se prin spasme pe organele cavitare, ce pot întreține cenestopatii, algii și variate disfuncții; precum și prin reducerea unor funcții vitale, așa cum ar fi cea imunitară. Aceste aspecte argumentează strânsa interrelație între depresie și medicina generală. Somnul e perturbat, caracteristică fiind trezirea și răul matinal. Inhibiția în plan cognitiv e globală, de la hipoestezia exterioară la percepția diminuată a lumii exterioare, cenestopatii și algii corporale; apoi diminuarea concentrării atenției, hipomnezie, lentoare mnestică ideativă și de judecare, vorbire redusă cantitativ și lentă, până la mutism. În plan motor și comportamental mișcărilor sunt lente și reduse; comportamentul cu scop și activitățile sociale sunt încetinite până la blocaj total și inactivitate abulică, pacientul petrecându-și tot timpul în pat. E posibil și un stupor pseudocatatonic. Subiectiv poate fi resimțită astenia, anergia. Inhibiția motivației (a tendințelor, proiectelor, aspirațiilor) se corelează cu anhedonia (lipsa plăcerii și atractivității pentru orice); și uneori cu indecizia și rumațiile. Relațional dispare interesul pentru contactul cu alte persoane, până la retragerea socială completă.

Autovalorizarea negativă și replierea pe trecut și neființă centrează dispoziția afectivă negativă, care e un element esențial al sindromului. Ea e caracterizată de obicei ca tristețe fără de speranță. Există multe nuanțe ale dispoziției afective negative din sindromul depresiv, chiar dacă nu ne referim la mixtura sa cu anxietatea și/sau cu iritabilitatea disforică. Starea depresivă în care subiectul e pesimist și nu mai speră că se va întâmpla nimic pozitiv, este evident corelată nu doar cu blocarea oricărei deschideri spre viitor; ci și cu neatașamentul față de situația prezentă, care nu mai e cu nimic atractivă pentru subiect. Acest aspect e rezumat uneori prin simptomul anhedoniei; care, în acest caz, nu se referă doar la

lipsa plăcerilor corporale sau a celor corelate relațiilor sociale. De fapt, retragerea din viitor și prezent, se conjugă la depresiv cu o repliere pe un trecut special, pe care îl centrează autodevalorizarea și negația. Trăirea depresiei e centripetă, ea adunând și orientând psihismul persoanei, reflexiv și coerent, spre centrul sinelui. Fapt ce se manifestă și la personalitățile de tip depresiv (așa cum a fost descris – de către Tellembach - „tipus melancholicus”, în comparație cu anancastul, orientat spre dispersie). În urma autodeprecierii, depresivul se simte un om lipsit de valoare, orientat spre trecut și vinovat. Dar acesta nu e punctul terminus al atitudinii sale retractile autodevalorizante, căci subiectul se poate îndrepta spre lipsa totală de rost existențial, orientat către ruină și negare universală. Apare apoi ideația de moarte, proiecte și tentativele de suicid. Iar la capătul acestora, se plasează suicidul bine planificat și realizat. Preocuparea hipocondriacă se înscrie și ea, în această direcție a apropierii de moarte.

În raport cu modelul central al depresiei inhibitate menționat mai sus, se cer comentate formele anxioase, disforice și alte tablouri clinice particulare. Depresia anxioasă păstrează unele caracteristici biologice (e.g. inapetență, tulburări de somn) și pe cele subiective ale depresiei (tristețe, lipsă de speranță, anhedonie, devalorizare, ideație suicidară). Dar se manifestă prin neliniște psihomotorie și tulburări neurovegetative; fără dezinteresul atențional major față de preajmă din depresia inhibată. Strânsa corelație dintre depresie și anxietate poate fi pusă pe seama derivării ambelor sindroame din reacțiile dispoziționale de răspuns în fața confruntărilor și adversităților care-l provoacă în actualitate. Faptul e observabil încă din biologie; în fața confruntării cu un pericol, individul poate adopta comportamente de sumisiune (inhibiție), de retragere și ascundere (conduita anxios fobică) sau de acceptare a competiției. Ultimul caz e unul caracteristic conduitelor externalizate, din care derivă mania. Dar situația bio-psiho-antropologică a unei confruntări tensionate, lipsită de suficientă încredere în sine și speranță, marcată de

disperare, ar putea sta în spatele atât a unei manii agitate cât și a unei depresii disforice.

Tulburările formale menționate mai sus reprezintă specificul deficienței psihopatologice din sindromul maniacal și depresiv. Ele evidențiază un psihism care, pare a fi preluat de către schema simplificată și distorsionată a dispozițiilor externalizat-expansive sau internalizat-retractile; având drept consecință dediferențierea cadrul de organizare al prezenței subiectului la situațiile actuale. Când se instituie o stare maniacală clinică, subiectul e aspirat de un viitor a toate posibil, sprijinindu-se doar punctiform pe un prezent hedonic, neinteresat de trecut. În plin episod maniacal, viteza cu care se derulează psihismul și permanenta sa proiecție megalomană în viitor, nu-i mai permit subiectului să integreze sintetic și ierarhic datele situației, pentru a se centra pe obiective specifice și realizabile; pentru a urmări eficient și echilibrat proiecte, pentru a se deschide spre solicitări actuale semnificative și a comunica comprehensiv cu ceilalți. De aceea el nu mai poate să „testeze corect realitatea”. Această „extragere din prezent” este cea care poate proiecta maniacalul spre orbita psihotiformă chiar dacă nu se configurează o manifestare propriu zis delirantă. Tot astfel s-ar explica în mare măsură comportamentul său deranjant pentru ambianță, ce necesită internarea. Acest criteriu al „intensității clinice” se păstrează și în prezent, diferențiind episodul maniacal de cel hipomaniacal. Căci în hipomanie prezența la viața cotidiană se poate păstra, chiar dacă unele comportamente sunt excesive; iar uneori o perioadă de timp subiectul poate fi chiar eficient și creator în unele domenii. Celor două criterii menționate – intensitate clinică și pierderea testării realității – li se mai adaugă în nosologia kraepeliană, „condiționarea endogenă”.

Pentru depresia psihopatologică, cea care a fost inserată de Kraepelin în boala maniaco depresivă – și care în ultimele decenii e comentată și ca depresie monopolară – problema se pune la fel ca pentru manie. Ceea ce caracterizează în mod specific ieșirea din prezent a depresivului – susținută de tulburările formale

comentate - este lipsa de speranță în viitor și dezinteresul său față de ceea ce este în jur; stare însoțită de o lipsă de plăcere,,de anhedonie”. În plus, el se repliază pe trecut, autodepreciindu-se, considerându-se vinovat și preocupându-se de moarte (eventual suicid). Intensitatea clinică, pierderea testării realității și instalarea episodului în afara unui determinism și context actual comprehensibil, dau profilului clinic al acestui episod de retragere depresivă din prezent, un caracter similar cu cel trăirilor psihopatologice ce se plasează pe orbita psihotiformă, chiar în afara delirului. Pentru depresie însă, tranziția spre această orbită e uneori mai dificil de sesizat decât în cazul maniei, datorită caracteristicilor internalizate ale simptomatologiei. Totuși, fără a se pronunța cuvântul „endogenie”, depresia insuficient argumentată circumstanțial, e circumscrisă, diagnosticată și tratată în continuare în clinica psihiatrică ca o patologie importantă, apropiată de psihoze. Tot datorită comunicării dificile este uneori greu de evaluat nivelul de la care autodevalorizarea vinovăției transferă subiectul în condiția de personaj delirant.

### **6.3. Derivarea sindromului maniacal și depresiv din trăiri normale adaptative.**

Depresia și mania pot fi comentate în mare măsură ca dispoziții afective disfuncționale, la fel ca anxietatea și dispoziția disforic-agresivă. S-ar putea relua la acest nivel modelul sugerat deja (în Introducere și Cap.2 și 3), privitor la faptul că unele structuri funcționale adaptative (de tip modular) cu care psihismul uman e dotat, - cum sunt dispozițiile afectiv comportamentale, care se afla în „dispozitivul său de funcționare”, la „dispoziția” sa - se pot manifesta în variante anormale; declanșându-se la stimuli minori, exprimându-se simplificat, mai intens și prelungit decât ar cere-o destinația lor adaptativă, acaparând întregul psihism.( Figura...). Iar în unele împrejurări, ar putea chiar să se fixeze temporar pe o „orbită de tip quantic”, automenținându-se monoton într-o variantă excentrică. Starea maniacală și cea depresivă sugerează însă un mecanism puțin mai complex decât în cazul

anxietății fobice și a comportamentului conflictual manipulativ. Simptomatologia maniei ne trimite în mod firesc spre variate comportamente externalizate, de asertare pozitivă, realizate de obicei prin proiecte delimitate în timp. Dar dacă suntem atenți la varietatea de simptome ce pot fi reunite într-un caz robot de manie, ne dăm seama că nu putem căuta un singur corespondent în normalitate a acestora, într-o arie de manifestare externalizată bine delimitată; cum ar fi confruntările conflictuale sau manipulative cu alții. Ceea ce sugerează că, nucleul tulburărilor formale din manie presupune manifestarea unui nivel funcțional mai bazal; de tipul unui cadru sau a unei condiții de posibilitate, ce susține ansamblul divers al manifestărilor de tip externalizat; asertive, ergice, realizatoare, creative și de rezolvare a problemelor, de cooperare și sociabilitate gregară etc., în mijlocul vieții de zi cu zi. Vom face un scurt inventar al acestora, începând cu moștenirea psihobiologică și urcând până la manifestările culturale.

În primul rând ar trebui să amintim comportamentul specific rutului din biologie, caracterizat prin dezinhibiție sexuală și competiția ergică a masculilor în perioadele de acuplare. Dezinhibiția sexuală din manie e bine cunoscută, cu variate manifestări ce nu pot fi ignorate; dar comportamentul normal de curtare și relaționare erotică mai dezinhibată, intră în joc. Poate fi avut apoi în vedere comportamentul explorator pentru căutarea hranei, în teritorii necunoscute, ce necesită consum crescut de energie, atenție vie, mobilă și asertivitate. În biologie, la acest nivel se întâlnește o anumită periodicitate sezonieră, la fel ca în rut. Acest model e împărtășit și el de om; care, pe parcursul antropogenezei, multe sute de mii de ani a fost culegător și vânător. Și care se aventurează și în prezent, cu îndrăzneală, în acțiuni riscante, dintre care multe implică intens psiho-motricitatea.

Trecând la homo sapiens din perioada în care acesta a devenit agricultor și până în prezent, viața sa se derulează prin comportamente de muncă productivă, integrate în practici instituționalizate, ordonate de norme și valori. Funcționarea în cadrul acestora e marcat de proiecte, pe parcursul cărora apar perioade de vârf, în



care solicitările sunt mai intense. Iar derularea practicilor umane e și ea marcată de ritmuri și periodicități, fiind întreruptă de odihnă și sărbători; în perioada cărora el se poate manifesta dezinhibat, expansiv și vesel, în manieră cvasi-maniacală.

Un aspect central îl ocupă în acest context acțiunile realizatoare personale, ce se împlinesc prin proiecte în care subiectul se angajează ergic și asertiv, trecând prin etape succesive; care deseori necesită un efort psiho-corporal crescut, până se ajunge la succesul din final. Importantă e și buna cooperare; și cu atât mai mult, angrenarea altora în direcția realizării proiectului. Configurarea și angajarea într-un proiect presupune un moment inițial al angajării, ce poate fi uneori marcat de entuziasm și dezinhibiție, cu un sentiment de omnipotență, care minimalizează dificultățile drumului. Faptul de a-și face multe proiecte și a se angaja excesiv în acțiuni riscante pe care de obicei nu le duce la bun sfârșit, este unul din principalii itemi de diagnostic ai maniei în DSM-5. Un ritm alert al activității, cu accelerarea proceselor psihice, îndrăzneală crescută, reducerea odihnei și energie realizatoare crescută, ne apropie de starea hipomaniacală. De altfel, uneori și în normalitate, către final, când un rezultat pozitiv se întrevește tot mai clar, subiectul se poate mobiliza intens, lăsând temporar la o parte odihna și somnul. Apoi, starea de inspirație creatoare se caracterizează și ea prin vigilitate și energie crescută, cu îndrăzneală și încredere în sine sporită, asociații de idei rapide și productive, funcționare mentală crescută, neglijarea evenimentelor ambientale. Toate aceste aspecte se plasează pe o orbită externalizată, putând apărea ca un fel de avantcameră a manifestărilor de tip maniacal. Modelul entuziasmului creativ poate chiar „sălta” uneori subiectul, într-o manieră aberantă, pe o „orbită de tip quantic”, decontextualizantă; și la fel euforia sărbătorească.

Confruntarea beligerantă efectivă cu un altul, necesită și ea, în mod adaptativ, o mobilizare ergică externalizată combativă, pe un fond de vigilitate crescută și atenție distributivă, cu o accentuată încredere în sine și ambalarea globală a unui psihism mobil, pentru obținerea victoriei. Așa este exemplificată

această confruntare și în de partidele de luptă sportivă, din spectacolele actuale. Dar în normalitatea confruntării efective sau sportive, se păstrează concentrarea și evaluarea atentă a circumstanțelor, grija pentru evitarea eventualelor riscuri și pericole inutile; deci, o flancare printr-o prudență a siguranței, care uneori poate fi chiar anxiogenă. Modelul confruntării beligerante, chiar marcate de anxietate, se poate metamorfoza și el în sindromul unei manii tensionate și agitate. De altfel, mania împărtășește cu anxietatea arousalul unei atenții distributive hipervigile; precum și proiecția într-un viitor imediat. Dar acest model combativ-anxios e pentru manie secundar în raport cu cel al asertivității proiectelor realizatoare, performante și al sărbătorii. De altfel, cele două modele internalizate și externalizate ce au fost comentate în primele capitole – privitor la tb. anxios fobice și conflictual opozitive, manipulative - doar se intersectează cu schema mult mai amplă al deficitului disfuncțional pe care-l exemplifică depresia și mania.

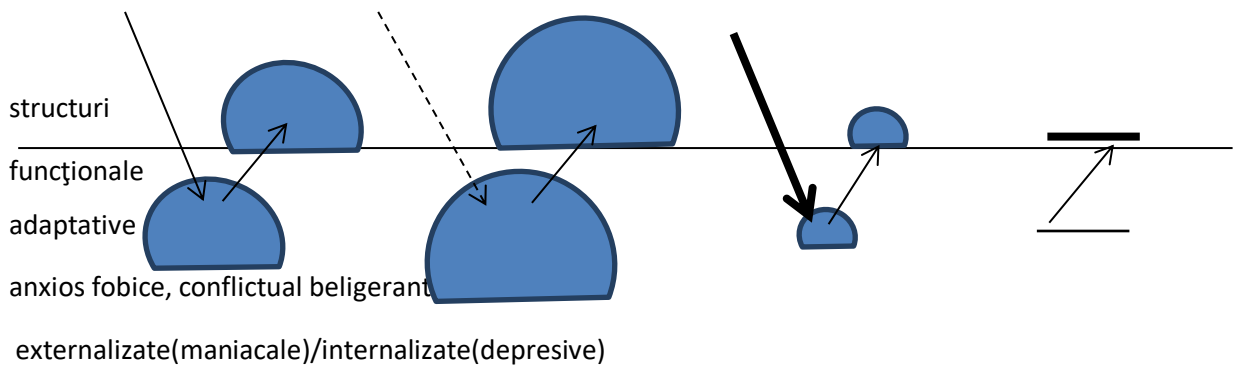
Un alt model pentru episodul maniacal e cel al petrecerii de tip sărbătoresc, care urmează de obicei succesului și victoriilor sau care se desfășoară cu ocazia aniversărilor ori în contextul carnavalurilor. Acesta se însoțește de dezinhibiție instictivă și comportamentală, expansivitate, voie bună și veselie colectivă, într-o atmosferă de sociabilitate gregară și dediferențiere a ierarhiilor. Atmosfera sărbătorilor se corelează apoi și cu spectacole de comedie, cântece, dans, pantomimă, bufonerii. Tradiționala meserie de bufon e congruentă și ea cu un comportament hipomaniacal.(Chenar 44).

Dacă avem în vedere doar manifestările menționate mai sus, înțelegem că orice om pe parcursul vieții sale exersează în permanență variate comportamente externalizate firești și adaptative, care se bazează pe structura funcțională de fond a dispozițiilor comportamentale externalizate, ce susține proiectele, confruntările, acțiunile realizatoare și sărbătorile; și care are caracteristici formale specifice, dezinhibant expansive.

Chenar 53

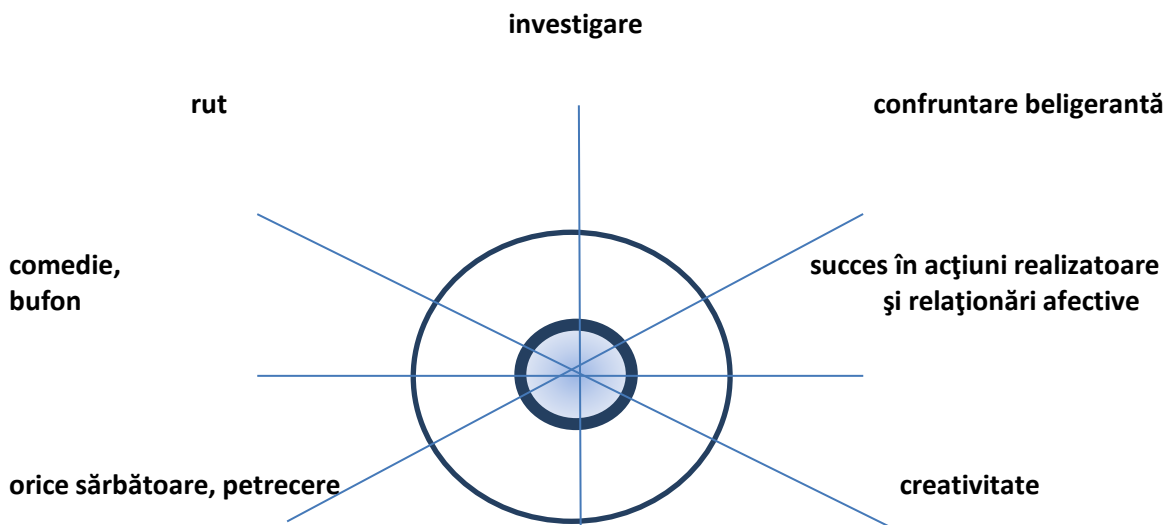
**Manifestarea stărilor dispoziționale depinde de dotarea personală și de vulnerabilitate**

**a/Vulnerabilitate** normală mare mică absentă



Vulnerabilitatea de fond și cea circumstanțială se corelează cu factori genetici formativi, temperamental, biografici, cumuli de stresori, conflicte interne, influențe recente. Pentru fazele maniacale și depresive un rol important îl joacă și biopsihoriturile antro-po-comice.

**b/ Circumplex al modalităților adaptative psihoantropologice care au la bază schema formală a dispozițiilor externalizate**



Iar realizarea proiectelor, confruntărilor și actelor performante, angrenarea în socializări cu bună dispoziție, întrețin constant respectivul fundal dispozițional; îl modelează și îl nuanțează, îi consolidează conturul. În toate cazurile amintite, funcțiile ce susțin comportamentele externalizate sunt mobilizate și activate, exaltate uneori. Astfel încât subiectul să funcționeze eficient, rapid și ergic, încrezător în sine, angajat optimist în realizările sale cu țintă în viitor, convins că poate depăși obstacolele, bine integrat în rețelele sale sociale. Sau, angrenat fără probleme, hipersociabil și dezinhibat în supra-temporalitatea sărbătorilor. Persoana are astfel șansa afirmărilor realizatoare și/sau a integrării comunitare.

Se poate susține în mod comprehensiv că alunecarea spre starea maniacală se petrece prin activarea simplificatoare și disfuncțională a cadrului formal expansiv desinhibat, ce susține comportamentele externalizate adaptative de tip performant, combativ și sărbătoresc. Dar care ajunge acuma să se manifeste în afara oricărui context comprehensiv, punând în joc într-o manieră distorsionată și excesivă respectivele caracteristici formale; și o autoevaluare pozitivă distorsionată, cu proiecție într-un viitor imediat, a toate posibil. Fapt care nu-i mai permite subiectului o bună structurare a prezentului său trăit; și o adecvată diferențiere și evaluare a parametrilor situației efective. De fapt, ceea ce e de presupus că se petrece atunci când se apropie un episod maniacal, e în primul rând o de-diferențiere a unui întreg cadru formal; mai precis, a edificiului structurii temporalității trăite, care susține intrarea în scenă a dispozițiilor care circumscriu situațiile actuale și derularea proiectelor ancorate în viitor. Iar intrarea în funcțiune și persistența rigidă a acestui „cadru formal dispozițional de tip maniacal”, - care se poate petrece acuma la evenimente minore și chiar să se autoîntrețină - acaparează psihismul subiectului; susținând o continuă manifestare dezinhibat expansivă, lipsită de corelare nuanțată și adecvată cu datele și semnificațiile situațiilor prezente.(Ch ).

Privitor la instituirea depresiei psihopatologice, comentariul poate fi simetric cu cel din manie. Acum se impune însă cadrul formal al manifestărilor internalizate, inhibate și retractile – așa cum s-a comentat în Cap. Introductiv. Acesta ajunge să se afirme și el dediferențiat, susținând manifestări neadaptative. Iar aspectul fundamental al dediferențieri de tip depresiv se exprimă tot printr-o distorsiune a prezentului trăit, ce orientează însă subiectul spre trecut. O variantă mai aparte este cea a intersecției dintre depresie și anxietatea fobică, în care se menține ancorarea vigală pentru posibile informații ambientale privitoare la pericole. Cadrul formal al depresiei odată instituit, se declanșează acum și el la stresori minimi, impunându-se și extrăgând subiectul din „prezența sa la prezent”.

Specificul deficitului psihic disfuncțional din manie și depresie se exprimă, deci, printr-o manifestare excesivă, dediferențiată și rigidă a caracteristicilor formale generale ale dispozițiilor comportamentale externalizat performante auto-assertive și/sau internalizat inhibante auto-depreciative; în conjuncție cu o pronunțată colapsare a structurii prezentului trăit, cu exacerbarea optimistă a viitorului sau prăbușirea pesimistă în trecut. Acest ultim aspect se cere analizat acum mai detaliat.

Chenar 54

### Bufonul, carnavalul și comedia

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

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

În Europa din jurul Renașterii a existat obiceiul ca orașele să angajeze câte un “nebun” (bufon) a cărui sarcină principală era să anime sărbătorile de tip carnavalesc. El deschidea de obicei alaiul procesiunii făcând tumbe și grimase, aruncând vorbe de duh, inducând o atmosferă veselă, de “joacă” și distracție; iar în urma sa veneau episcopii, preoții, notabilitățile. Sărbătoarea era astfel pusă de la început sub semnul neobișnuitului, a “ne-seriosului”, a glumei și petrecerii; în acest cadru variatele manifestări ale petrecerii se desfășurau ca distracții, într-un univers paralel cu cel al seriozității muncii. Unele burguri aveau angajați “nebuni” permanenți, comunele și breslele îi angajau pentru câte un eveniment determinat. Bufonii moșteneau uneori meseria din tată în fiu. Dar se puteau califica pentru această funcție personale de diverse meserii, angajându-se apoi printr-un fel de concurs. La curțile nobililor și regilor meseria de nebun era de obicei bine retribuită, căi “fișă postului” cerea multe calități și competențe.

Bufonul trebuia să fie în permanență bine dispus și să inducă și altora buna dispoziție. El trebuia să știe glume, să improvizeze satire și poezioare, să reproducă citate din opere celebre, fapt ce presupunea o amplă cultură literară. Bufonul făcea mășcării, distra societatea și..era singurul care putea spune regelui adevărul drept în față.

Sărbătorile de tip carnavalesc patronate de bufoni, favorizau manifestările exteriorizate ale spectacolelor cu atmosferă veselă a bunei dispoziții și a râsului, a glumelor și a comediei. Se știe că în Grecia, comedia a derivat din tragedie, ce a luat naștere și ea din sărbătoarea de primăvară a Marilor Dyonisiace. Satyra romană se naște și ea în marginea unor sărbători vesele de primăvară și a cultului falic. Satyra, la fel ca și comedia greacă, s-a dezvoltat și din prezentarea caricaturală a unor defecte caracteriale, ce inferiorizează anumite persoane plasându-le în zona “râsului de batjocură”. Se îngemănează la acest nivel cele două funcții majore ale râsului: cel de consonanță solidară a oamenilor veseli, ce petrec dezinhibat social; și cel de inferiorizare critică a celor ce merită “făcuți de rușine”.

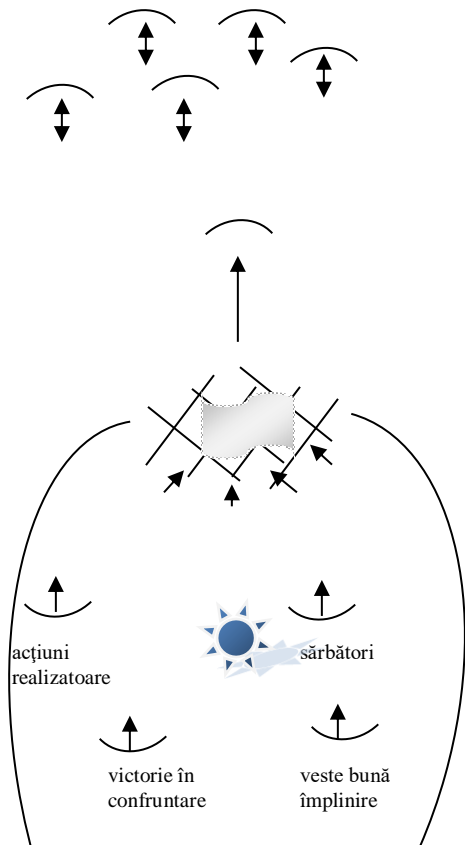
Mania în varianta sa euforică preia moștenirea dispozițională pozitivă a sărbătorilor carnavalești, inclusiv propensiunea ludică spre glume și râs.

După : Lever M., *Le sceptre et la marote Histoire, fous de court*, Paris, Fayard, 1983

## Chenar 55

## Condensarea dispozițiilor în modele rigide ce se impun decontextualizând subiectul

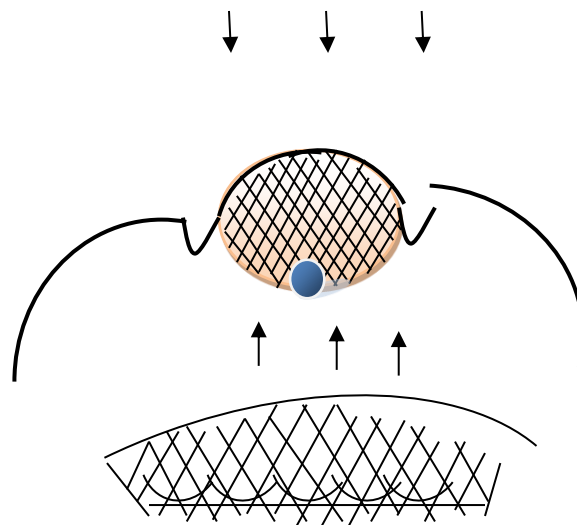
### a. Normalitatea



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

### b. Anormalitatea

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



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

Structura din normalitate a prezentului trăit are o anumită durată; și se bazează pe implicarea subiectului în nemijlocitul unei acțiuni cu sens, susținută de o continuă receptare a informațiilor percepute direct; manifestare și acțiune ce poate fi ulterior relatată. Trăirea sintetică - fundată aprioric – a prezentului, se reliefează și se proiectează însă pe fundalul unor linii paralele a proiectelor și preocupărilor ancorate în viitor, în care subiectul e concomitent implicat; și în raport care, situația actuală e în mod normal doar o secvență. Preocupări și proiecte de variată amplitudine, ce au diverse durate, aflându-se în multiple interconexiuni între ele și în raport cu prezentul. Iar la rândul lor, proiectele personale se înrădăcinesc în trecutul biografic identitar, ca într-o sursă din care emerg; și în care se vor depozita ulterior, după împlinire, mnemonic și structural. La fel ca și situația trăită în prezent; care, prin contextualizarea asigurată de țesătura proiectelor, capătă o „adâncime temporală” și un „spațiu de manevră” în textura prezentului. Iar întreg acest ansamblu de trăiri desfășurat pe dimensiuni temporale, implică în plus și parametrii narativității și ai cunoașterii teoretic culturale; în care subiectul de asemenea se inseră, autoproiectându-se ca personaj.

Prezentul trăit ce se detașează pe acest fundal, plasează subiectul în raportări comprehensive actuale cu parametrii situaționali și cu ceilalți, cu care el cooperează nemijlocit. Dar în normalitate, prezentul trăit menține constant deschisă și receptanța subiectului pentru acele aspecte ale situației, care nu sunt actualmente în prim planul preocupărilor sale; rămânând însă în atenția sa marginală, în perspectiva proiectelor în care el e sincron angajat. Oricum, în normalitate, prezentul trăit situațional - care e principala și esențiala sa legătură cu lumea - se află în mod constant sub autonomia agenției subiectului, el putându-i schimba focalizarea și orientarea.

În aplatizarea psihopatologică structural formală din episodul maniacal, prezentul trăit, ancorat în nemijlocitul situațional, își pierde această structură. Adică, capacitatea sa de a naviga, cu un contur și o consistență proprie, prin



țesătura proiectelor personale. Schema formală distorsionată a dispozițiilor externalizat-realizatoare impunându-se, ea comprimă întreg eșafodajul structurilor temporale; de la fundalul duratei identitare la evantaiul proiectelor și la configurația prezentului. Pseudo-prezentul comprimat din starea maniacală, plasează subiectul într-o condiție relativ impersonală; în care, specificul preocupărilor și articulațiilor sale cu lumea se estompează, vărsându-se într-un model de-diferențiat, superficial; printr-o raportare la ambianță lipsită de nuanțe. Iar conexiunile sale din fundal cu evantaiul preocupărilor și proiectelor strict personale, se anulează. Maniacalul e „în general” euforic, marcat de elafie sau combativitate, raportându-se cu ușurință la oricine și orice. El se plasează însă în afara particularităților sale biografice caracteriale, a parametrilor situaționali, a nuanțelor unei lumi personalizate. Prin episoadele maniacale și depresive - de tip endogen – subiectul iese temporar din orbita propriei biografii.

În psihopatologie, episoadele clinice maniacale și depresive se instalează fără o cauzalitate evenimentială comprehensivă actuală, într-o modalitate etichetată tradițional ca “endogenă”. Se poate relua și la acest nivel comparația din lumea fizicii subatomice, cu salturile – sau căderile - pe „orbite Cuantice”. Starea maniacală, odată instalată printr-o astfel de „cădere”, se menține apoi o perioadă variată, de obicei câteva săptămâni sau luni; timp în care trăirile și manifestările subiectului sunt distincte de felul său obișnuit de a fi; ele exprimând în prim plan caracteristicile orbitei dispoziționale anormale pe care gravitează. Iar implicarea sa în situațiile cu care se confruntă e neadecvată, subiectul apărând ca “desituaționalizat”. Durata prelungită a episoadelor maniacale și depresive – similară, în principiu, cu durata proiectelor personale - poate fi considerată și ea o expresie a perturbării structurii formal-temporale a existenței individului. Secvențele temporale care susțineau un proiect, o confruntare, o petrecere, o activitate creatoare etc., toate colapsează acum în indistinția formală a unui episod

maniacoal; în care se manifestă cadrul generic, suprapersonal, al comportamentelor „externalizat performatoare”.

După remisiunea lor, episodul maniacoal și cel depresiv endogen nu se mai integrează în memoria biografică a persoanei, la fel ca restul experiențelor de viață; rămânând în mare măsură un fel de “pete albe” în organizarea acesteia. Faptul e de înțeles, de vreme ce pe parcursul lor trăirea de către subiect a prezentului era dediferențiată formal, cu blocarea implicărilor originale specifice, personalizate. De fapt, episodul maniacoal și cel depresiv psihopatologic capătă un fel de cvasi-independență încapsulată, în însăși interiorul structurii mnestică identitare a eului personal. Repetându-se de mai multe ori, modelul acestora câștigă un contur aparte în cadrul acestei structuri, separându-se de modalitatea flexibilă, deschisă spre variante nuanțate de raportare la situații, prin care fundalul identitar răspunde de obicei la apeluri. Iar acest model ajunge să se impună deseori cvasi-spontan, afectând autonomia agenției proprii; care e acum aplatizată sau chiar înlăturată.

Se cere revenit acum și insistat puțin și asupra conceptului de „endogenie”, care chiar dacă a fost scos din terminologia psihopatologică actuală, se referă la o problemă reală. El avea la bază ideea că o tulburare psihică precum mania sau depresia, se pot instala fără o cauză descifrabilă actuală. Ulterior, doctrina vulnerabilitate/stres a evidențiat rolul în tulburările dispoziționale a vulnerabilității genetice și a cumulului de evenimente biografice și recente; sugerându-se astfel că, la un nivel crescut de vulnerabilitate, declanșarea unei stări psihopatologice (e.g. maniacoală, depresivă, anxioasă ) ar fi posibilă prin evenimente minore; eventual chiar prin solicitările firești și nespecifice ale vieții cotidiene. În plus față de această perspectivă, se poate avea în vedere acum și faptul că substratul dispozițional din care starea psihopatologică derivă nu are o poziție pasivă în funcționarea psihismului (ca o simplă unealtă ce se cere scoasă din cutie și utilizată); ci una spontan proactivă. Planul dispozițional al structurii identitare, cu întregul său spectru și împreună cu însăși edificiul mnestic, s-ar cere reprezentat ca

fiind cuprins în dinamismul procesualității existențiale, ca pulsând în permanență orientat spre a se oferi utilizării la receptarea indicilor semnificanți solicitanți.

Deja întregul fundal al desfășurării vieții bio-psiologice se petrece sub orizontul procesualității unor astfel de orientări de afirmare. „Designul” creșterii, maturării și îmbătrânirii biopsihice se derulează după un astfel de model proactiv; la fel ca și maturarea și manifestarea ”comportamentelor instinctive”; care în biologie sunt acutizate sau inhibate în anumite perioade.. Apariția în manieră spontan endogenă a manifestărilor maniacale și depresive capătă un plus de comprehensibilitate dacă sunt referite, în perspectivă evoluționistă, la modelul comportamentelor din rut și hibernare; care intră în joc periodic, cu valoare adaptativă. Iar viața instituționalizată a lui homo sapiens de după sedentarismul agrar, se petrece prin nenumărate cicluri periodice, ce se intersectează. Intenționalitatea specifică a psihismului uman păstrează și dezvoltă modelul proactiv de instituire și manifestare a marilor cicluri comportamentale din biologie; fapt vizibil în întreaga structură de proiecte și preocupări ale subiectului, ancorate în viitor; ce se corelează cu principalele episoade, perioade și cicluri de viață personală, integrate în ciclurile microgrupurilor și colectivităților din care subiectul face parte. Chiar în cadrul prezentului trăit, în rezolvarea unor situații problematice actuale, derularea raționamentului personal beneficiază în mod repetat de oferta informativ pulsatilă a fondului mnestic; ce avansează spre actualizare nu doar la o solicitare expresă, ci și anticipator, ca ofertă a cursului ideativ. Reorganizarea periodic pulsatilă a depozitului mnestic identitar e de altfel o moștenire bio-psiologică, ce se exprimă prin ciclurile de vise din cursul somnului. Oscilațiile endotime ale persoanei de pe parcursul zilelor, săptămânilor și lunilor, ca expresia a unei bio-psiho-ritmicități globale, au fost de mult sesizate; ele fiind studiate recent mai sistematic. De fapt însăși cadrul vieții socio culturale păstrează o periodicitate a muncii și repausului – sărbătorilor, vacanțelor - la care persoanele

individuale, cu psihismul lor, se corelează; și pe care si-o internalizează. Biopsiho-ritmurile vertebreează deci derularea vieții psihice personale, ce se desfășoară prin angajarea în proiecte, modulate de ritmurile vieții sociale și a căror inițiere poate fi în anumite împrejurări facilitată. Iar fondul dispozițional temperamental care centreează sinele identitar, este principala structura psihică ce exprimă această periodicitate, aflată la interfața unor multiple condiționări.

. În cadrul patologiei maniacale, deficitului psihic ce conduce la agregarea anormală a constelației formale a dispozițiilor externalizate, orientează spre creșterea propensiunii de afirmare pulsativă necontrolată a dispozițiilor afectiv-comportamentale din această clasă. Iar controlul accesării și integrării lor în proiecte elaborate și controlate de autonomia agenției proprii, scade; până la un nivel la care, s-ar putea instala o stare hipomaniacală sau maniacală într-o modalitate etichetată tradițional ca „endogenă”. Iar acest proces poate fi dublat de deja menționata „cădere pe o orbită de tip quantic”, ce poate conduce la persistența aproape autoîntreținută a respectivei dispoziții o lungă perioadă de timp. După mai multe episoade maniacale și/sau depresive, instalarea abruptă a unora noi, devine desigur mai facilă.

Tulburările formale din manie și depresie presupun deci actualizarea unei scheme deformată, simplificată și distorsionată a dispozițiilor comportamentale externalizate și/sau internalizate. Faptul implică, desigur, afectarea funcționării unor centri neuro-psihici coordonatori; a unor rețele neuronale și probabil a unor structuri de reglare neuroendocrină. Interconectarea unor astfel de rețele este cea care foarte probabil se perturbă în cadrul colapsării psihopatologice. Privind din această perspectivă a modularității neuro psihice, s-ar putea analiza relativa partajare între simptomele biopsihologice (instinctive, propensive, psihomotorii) și cele predominant psiho-antropologice (autoevaluare, orientare temporală privitoare la proiecte, dispoziție afectivă resimțită, sociabilitate specific umană). Pe de altă parte tot astfel s-ar putea înțelege intrarea în joc, uneori diferențiată, a unor

domenii de funcționare psihică (de ex. accelerarea sau încetinirea separată a ideății, vorbirii, mișcărilor) așa cum întâlnim în stările mixte. Tot din această perspectivă poate fi privită și varietatea stărilor maniacale și depresive ce rezultă din combinarea schemelor centrale ale tulburării – de tip expansiv realizator și de retragere inhibată, cu variantele confruntării combative și a alertei și retragerii anxios fobice. Asupra acestor aspecte atrage atenția cazuistica cu cicluri rapide și mai ales cea a stărilor mixte.

#### **6.4 Tb. bipolară cu cicluri rapide, stările mixte și temperamentele afective**

În cadrul tulburărilor dispoziționale bipolare și monopolare, episoadele maniacale și depresive se pot repeta periodic la diverse intervale de timp, cu variate intensități și forme clinice; cu predominarea temporală a unuia sau altuia din cele două sindroame (în tulburarea bipolară) . De vreme ce aceste episoade exprimă cadrul formal general al polilor dispoziționali externalizat și internalizat, e de înțeles atât simetria în oglindă a simptomatologiei lor; cât și tranziția uneori rapidă sau directă a unuia în altul. Acest aspect evolutiv e pregnant în cazul Tb. bipolare cu cicluri rapide, în care episoade opuse se manifestă la intervale scurte. DSM-5 pretinde pentru diagnosticarea acestuia minimum 4 episoade distincte de manie și depresie pe an. Dar oscilația poate fi mai frecventă, cu schimbări - switch-uri – între starea maniacală și cea depresivă săptămânale; sau chiar de la o zi la alta. Dat fiind că e vorba de manifestări în care predomină aspectul formal-endogen, circumstanțele exterioare joacă un rol minor.

Apoi, la încheierea unui episod cu durată obișnuită, de săptămâni sau luni a maniei sau depresiei, e posibil ca în loc de revenirea finală la echilibrul normal, să se realizeze o trecere directă, ciclică, într-un episod de tip opus. Sau, eventuale alternanțe ciclice repetate între manie și depresie, pe parcursul unei perioade în care tulburarea bipolară e prezentă. O astfel de instabilitate etalează o structură identitar caracterială a cărei echilibru și coerență structural formală e evident perturbată, la nivelul fundalului dispozițional. Totuși, e posibilă și remisiunea, cu

revenirea la o stabilitate dispozițională și identitară firească. Episoadele maniacale și depresive ce se manifestă în tulburarea bipolară, ridică deci și această problemă a fragilității coerenței structurii identitare formale; care se exprimă și prin stările mixte, ce au fost studiate tot mai amănunțit în ultimele decenii.

Sările mixte au fost semnalate deja de Kraepelin, care remarca faptul că simptomatologia stării maniacale și a celei depresive se pot combina la același caz. El a descris inițial stuporul maniacal, depresia agitată și mania cu idee redusă. În ediția din 1904 a Tratatului său psihiatrul german comentează șase astfel de forme: 1. mania depresivă sau anxioasă; 2. depresia excitată; 3. mania cu sărăcie ideativă; 4. stuporul maniacal; 5. depresia cu fugă de idei; 6. mania inhibată. Observațiile lui Kraepelin sunt simptomatologice, orientate de ideea că mania e descriptibilă prin trei grupaje de simptome: - dispoziția euforică; - excitația psihomotorie; - fuga de idei. Problema stărilor mixte a fost apoi ignorată mult timp, fiind reluată după decupare cadrului depresiei monopolare. Studiile atente ale acesteia făcute în perspectiva terapiei medicamentoase, au ridicat problema că, o serie de stări de depresie agitată ar putea fi interpretate ca o mixtare cu mania, sugerând un potențial bipolar.

Problema stărilor mixte a făcut obiectul unei încercări de conceptualizare psihopatologică, odată cu elaborarea criteriilor pentru diagnosticul psihozelor a școlii din Viena (Berner 1983). Modelul interpretativ al acestei echipe făcea apel la un set de “sindroame axiale endogenomorfe”, la constituirea cărora se considera că participă planul pulsional, oscilațiile biopsihoritmurilor și rezonanța emoțională. Ca stări dispoziționale de bază se distingeau: depresia, anxietatea, euforia, expansivitatea, ostilitatea. Se considera că acestea se puteau combina în variante mai mult sau mai puțin apropiate de cele tradiționale, de manie și depresie; dar și sub forma unor stări mixte particulare. Perspectiva școlii din Viena era tot clinico-semiologică. Dar ea a avansat și un comentariu asupra vulnerabilității eului, a coeziunii sale; care, ar fi relaxată la cazurile cu cicluri rapide și stări mixte. Se

considera că această cazuistică ar fi mai sensibilă pentru episoade psihotice, delirante și schizoafective.

Varietatea stărilor dispoziționale comentate de școala din Viena merită atenție, deoarece schema polarizatoare externalizat/internalizat sugerată de Achenbach e una comportamentalistă destul de vagă, care se cere abordată și analitic. Astfel, o evaluare mai nuanțată diferențiază până la un punct dispoziția expansiv realizatoare maniacală ce se manifestă la polul pro-social euforic, de cea combativ opoziționistă, agresivă; iar dispoziția depresiei inhibate care rupe subiectul de ambianță, e relativ diferită de cea internalizat anxios fobică ce rămâne preocupată de pericolele exterioare (Chenar...); sau de cea resemnată, a epuizatului astenic melancolic. În plus, în raport cu acești poli se diferențiază și dispoziția indiferenței, în varianta sa interpersonal socială, a psihopatului; și în cea generică, a schizoidului și deficitarului schizo-apato abulic. În măsura în care toate aceste variante dispoziționale au și un suport modular psiho-cerebral, s-ar cere elaborată o grilă de sistematizare mai nuanțată pentru analiza stările psihopatologice mixte.

O perspectivă ce s-a dezvoltat în ultimul timp ține cont și de temperament, ca fundal pe care apar episoadele clinice și subclinice. Temperamentul afectiv, care e o problemă distinctă de cea a tulburărilor de personalitate, ar exprima preeminența în structura dispozițională a persoanei a unui anumit grupaj formal-temperamental: de tip internalizat (anxios, depresiv, astenic) sau externalizat (euforic de relație sau agresiv conflictual); la care se poate adăuga poziționarea atitudinală a indiferenței. Pentru o identificare cazuistică temperamentală, un model ar putea fi itemii aduși în discuție de Akiskal privitor la temperamentul hipertim (orientat spre hipomanie): ”Persoane care prezintă constant un nivel crescut de energie și nevoie redusă de somn, asertivi, predispuși spre contestare, ce prezintă constant (cel puțin 5) din următoarele caracteristici: are o dispoziție veselă, e optimist sau exuberant/iritabil; încrezător în sine, cu o bună părere despre sine, uneori grandiozitate; plin de planuri, uneori nechibzuit sau impulsiv; vorbește mult;

sociabil, exuberant, hiperimplicat; neinhibat, caută stimularea, uneori promiscuu”. Din descriere e evidentă similitudinea cu aspecte simptomatologice ale sindromului maniaco-depresiv, care însă acum sunt comentate ca și caracteristici temperamentale, ale comportamentului cotidian. Dimensiunea dispozițiilor temperamentale - hipertimă, distimică (anxios depresivă), ciclotimă și disforică (iritabilă) – s-a dezvoltat și în perspectiva “spectrului bipolar”, care ține cont de comportamente particulare ale subiectului în perioadele dintre episoadele clinice și subclinice; precum și de prezența acestora la rudele de gradul întâi. Un anumit temperament ar putea fi implicat, susține Akiskal, și în modelarea tabloului clinic. Astfel, dacă temperamentul e hipertim, episodul depresiv e mai degrabă agitat; pe când la un temperament depresiv (distimic), el e mai frecvent inhibat.

Varietatea manifestărilor clinice din patologia dispozițională bipolară stimulează înțelegerea psihismului persoanei prin modelul unor stări dispoziționale adaptative. Acestea se pot manifesta ca fond temperamental; dar se pot și actualiza major, reactiv sau propensiv. Stări dispoziționale ce se agregă în unele clase mai generale, e.g. de tip externalizat/internalizat. Dar care se și diferențiază printr-o serie de parametri; care țin cont nu doar de orientarea generală, ci și de intervenția relaționărilor și scenariilor corelative, a autoevaluării, a transgresării fenomenologice în direcția planului cultural - narativ teoretic – etc. Astfel de ex., situația deja menționată a confruntării beligerante poate combina aspectul expansivității agresive externalizate cu hipervigilanta tensionată anxioasă; și chiar cu o depresie disperată, orientată spre anihilare. Iar răceala afectivă anemotivă interpersonală se poate combina cu importante angajări expansiv realizatoare, inclusiv creative. De aceea, modelul stărilor maniaco-depresive clinice, se cere păstrat atât în variantele sale relativ standardizate ideal-tipice, cât și în multitudinea variantelor clinice particulare, inclusiv a stărilor mixte. O cazuistică bine conturată se poate impune ca un set de probleme pentru studierea cât mai adecvată și nuanțată a organizării psihismului persoanei.



Dacă se acceptă o înțelegere a trăirii dispozițiilor umane într-o perspectivă a modularității neuro psiho antropologice, atunci unele sectoare ale câte unui tabloul clinic dispozițional, ar putea să fie detașabile de ansamblul său, intrând uneori în combinație cu alt profil sindromatic. Faptul ar da o explicație pentru configurarea stărilor mixte.

În marginea tulburării bipolare cu cicluri rapide, s-a discutat o eventuală apropiere a acestui tip de patologie de tulburarea de personalitate “marginală” (borderline) caracterizată prin oscilații permanente, insuficient de justificate, a raportării dispoziționale față de o persoană de atașament intim (între sumisiune, dominanță, suspiciune, indiferență, culpă cu autoagresiune etc.). Diferența e însă importantă, deoarece tulburarea dispozițională din bipolaritate e una globală, cu referință la întreg cadrul formal al dispozițiilor internalizate sau externalizate; pe când cea din tulburarea de personalitate marginală se referă doar la aspecte relaționale, ce vizează o persoană anume, de atașament. În ambele cazuri însă, coerența identitară apare ca fragilă. ( trimiterile se mai fac și la trăsătura temperamentală a instabilității, pe care o comentează teoria celor Cinci Mari factori; care are însă în vedere o variabilitate emotiv dispozițională ce se polarizează tipologic cu o stabilitate psihică hipoafectivă și organizată metodic).

Manifestarea tulburării bipolare cu cicluri rapide atrage atenția asupra perspectivei de funcționare modulară al psihismului uman, în continuitatea modelului modular din bio-psihologie. Disponibilitățile de raportare atitudinală la situații se organizează, desigur, și în structura psihismului identitar al persoanei, pe baza capacităților de funcționare a unor rețele neuronale cerebrale transmise genetic, operând prin intermediul neurotransmițătorilor. Rețele care se actualizează și se organizează pe parcursul ontogenezei, în cadrul fenomenalității experiențelor relaționale biografice, în ambianța specifică a lumii umane. Aceste disponibilități, cu orientare spre diverse cadre și stiluri de manifestare a intenționalității reflexive – de tip asertiv, investigator, opozitiv conflictual, cooperativ, sumisiv, productiv,

contemplativ, speculativ etc. - implică în permanență și subiectul autoreprezentat, ca centru al raportărilor la situații și lume. Etapele prin care disponibilitățile se structurează ontogenetic iar apoi se implementează în specificul situațional – și în cele din urmă în comportamente – sunt desigur multiple și complexe. Studiarea acestora, pe care psihopatologia o poate ocaziona, ar putea fi un preambul ce invită la elaborarea unor modele de studiere cât mai adecvată a acestei fenomenalități dispoziționale normale.

### **6.5. Mania si depresia delirantă**

Dincolo de trăirea, comportamentul și expresivitatea specifică stărilor maniacale și depresive standard, acestea se pot manifesta și prin convingeri delirante congruente, ce au în centru o autovalorizare megalomană sau o autodeprecieri culpabilă excesivă. Maniacul cu delir congruent e convins că e un personaj excepțional care ocupă - sau va ocupa – poziții speciale în societate, urmând să transforme spre bine lumea în care trăiește. Iar delirantul depresiv se resimte și se autoreprezintă ca un personaj de o nulitate și vinovăție nemaîntâlnită, care nu merită să facă umbră pământului. Se cere însă ca delirul maniacal să fie cu grijă circumscris și caracterizat, pentru a-l diferenția de simpla trăire de autovalorizare megalomană excesivă, prin care subiectul se resimte puternic, capabil de a realiza lucruri deosebite. Această crescută încredere în sine și buna părere despre propriile forțe și capacități, se exprimă de obicei nemijlocită în planuri și acțiuni hazardate; în care pacientul se lansează efectiv, riscant și fără prea multe deliberări. El cheltuie mulți bani fiind convins că-i va recupera, contractează variate angajamente, se angrenează excesiv în jocuri de noroc sau în aventuri romantice, conduce mașina periculos, etc.

Chenar 56

## Delir de grandiozitate maniacală

1. O femeie de 32 ani, după o ușoară stare de retragere depresivă dezvoltă (1985) convingeri delirante de grandiozitate. Este probabil nepoata Regelui Mihai, e spioană internațională dar colaborează în special cu Uniunea Sovietică unde ocupă locul doi în ierarhia politică. I se cer sfaturi prin telepatie...se simte protejată de puterile străine, în gând i s-a spus că a primit toate decorațiile din URSS în afară de cea mai înaltă, pe care a văzut-o însă în gând, colorată, frumoasă, atrăgătoare...I se cer sfaturi în numele omenirii, este chemată într-o rezervație cu trei cercuri unde va avea ce-și va dori pentru serviciile pe care le face omenirii. În perioada delirantă prezintă bună dispoziție și o deschidere spre sociabilitate dar nu tahipsihice dezinhibată, deranjantă, comportament perturbant sau planuri de acțiune fanteziste.
2. Un bărbat de 33 ani dezvoltă în trei luni idei de grandiozitate însoțite de comportament bizar. E convins că are o nouă identitate, inspirat fiind din literatura istorică. El este sufletul bun al lui Napoleon căruia îi va purta uniforma și în numele căruia va vorbi...Sufletul său cu multe învelișuri e genial, el e omul poporului, un sfânt, are misiunea de a uni biserica catolică cu cea ortodoxă pentru a se închina omenirea la răsărit. Refuză alimentația și obligă familia să facă la fel, pentru a se purifica și devin ființe superioare...logoree, recită poezii. Evoluează cu multiple internări ulterioare cu episoade maniacale, depresive și delirante.
3. O femeie de 28 ani intră în 2 luni într-o stare maniacală delirantă. Se simte trimisa lui Dumnezeu pe pământ, acesta a înzestrat-o cu puteri deosebite. Poate prevedea viitorul, fapt ce-l exemplifică prin viitoarele acțiuni ale conducătorilor țării în relație cu președintele SUA în diverse scenarii... »Dumnezeu vorbește prin vocea mea și acționează prin mine »...se simte asemenea Fecioarei Maria.
4. O tânără de 19 ani se internează cu un episod maniacal însoțit de trăiri mistice. Debutul îl descrie astfel : « am început să mă simt puternică și fericită, toate gândurile din trecut îmi veneau în minte..nu erau gândurile mele....mintea mea nu le putea aduce așa de rapid...vocea îngerului o auzeam în cap....Domnul îmi știa toate gândurile căci El le știa pe toate, oamenii știu doar o parte.
5. Evoluția ulterioară e cu episoade maniacale, depresive și delirante.

Condiția delirantă începe din momentul în care subiectul se resimte și se afirmă ca personaj dintr-un scenariu narativ aparte, aberant, în care crede și cu care se identifică; plasându-se într-o altă lume, fictivă, diferită de cea ambientală. Dacă autoevaluarea pozitivă e o caracteristică specifică pentru delirul congruent maniacal ce se dezvoltă pe fondul dezinhibiției expansive, se cere subliniat că ideea de grandiozitate nu se întâlnește doar în manie. Ea se poate dezvolta și pornindu-se de la o personalitate narcisistă, care are o foarte bună părere despre sine (pe care o pretinde și celorlalți). Iar psihopatologii fenomenologi (e.g. Parnas, în scala EASE ) au subliniat că idei de grandiozitate solipsistă pot apare și în fantazările unor persoane cu depersonalizare autistă, ce evoluează în direcția schizofreniei. Autoevaluarea pozitivă sau negativă e un model structural al psihismului identitar centrat de sinele său intențional și reflexiv, resimțită fiind cu o evidență nemijlocită; și aceasta chiar dacă ea e intim intricată cu trăirile dispoziționale; iar în viața curentă auto-evaluarea e susținută de semnificația unor evenimente trăite și de argumentări.

Deseori, maniacalul delirant, încrezător în forțele și capacitățile sale, se transpune imaginativ în condiția unui om care va câștiga mulți bani, sau va avea realizări deosebite. De exemplu:

X1 afirmă că a început să-și scrie memoriile care vor cuprinde 10 volume; iar din vânzarea acestora va câștiga 10 milioane de dolari, cu care va cumpăra și reamenaja clinica în care e internat.

X2 e convins că va fi ales președinte al Băncii Mondiale și prin reforma pe care o va introduce, va scăpa omenirea de o mare criză economică.

X3 transmite celorlalți că are în minte un plan de reorganizare a economiei naționale, astfel încât România va depăși din punct de vedere economic Japonia.

În cele trei situații menționate mai sus, autovalorizarea pozitivă nu constă doar într-un sentiment de capacitate și încredere în sine crescută, care să ducă la angajarea în acțiuni extravagante ce se derulează aici și acum; ci, subiectul se

transpune în ipostaza unui personaj dintr-un scenariu fictiv, în care el va realiza transactual, posibil în viitor, lucruri excepționale, pe o scenă transsituatională. Această plasare excentrică față de circumstanțialitate, e echivalentă cu mutarea într-o lume fictivă. În care el devine un personaj special ca poziție, valoare, capacități, acțiuni; toate, ipostaziate într-un rol cu rang excepțional. Important pentru condiția delirantă e faptul că subiectul își asumă o nouă condiție identitară, într-o lume diferită de cea cutumieră. „Lume delirantă” care este solidară cu narativitatea culturală a miturilor, legendelor, epeilor, dramelor, romanelor; și în care pot ființa personaje importante ale societății contemporane sau ale istoriei, eroi fictivi, supranaturali.

În prezent ICD-11 (Draft 2018) acordă o importanță deosebită tulburărilor dispoziționale (maniacale și depresive) cu simptome psihotice (delirant halucinatorii), ca o patologie distinctă de cea schizo-afectivă. Și fără a mai diferenția, ca în trecut, între delirul congruent și cel incongruent (care tradițional era considerat cel paranoid). În perspectivă psihopatologică această ultimă diferențiere necesită însă atenție și o adecvată analiză.

Comparând delirurile dispoziționale congruente – de grandiozitate pentru manie și autodeprecieri pentru depresie – cu cel paranoid, primul aspect important ce se impune, e că ele plasează relaționarea interpersonală în plan secund în raport cu autovalorizarea. Pentru depresie faptul e ușor de sesizat intuitiv, pentru că pacientul, marcat de retragerea sa socială și autodevalorizare, se repliază pe sine, pe propriul trecut vinovat, detașându-se de alții. El se simte lipsit de valoare și calități, un om care nu mai merită să trăiască, care așteaptă, dorește sau chiar își provoacă moartea. Autoizolarea în care se transpune depresivul delirant rupe ea însăși orice legături cu alții. Tematica hipocondriacă ce însoțește depresia e și ea nerelațională; și aceasta chiar și atunci când îmbracă formula delirului depersonalizant Cotard, de negare; negare atât a funcționării organelor cât și a însăși existenței personale ( e.g:”eu sunt mort de mult...eu sunt condamnat la viață

eternă, în chinuri, etc.”). Un aspect relațional indirect s-ar putea accepta pentru delirul de vinovăție din depresie. Dar acesta e de obicei abstract, nefocalizat. Pacientul se consideră cel mai vinovat om din lume, responsabil pentru tragedia întregii omeniri. Implicarea altora poate fi comentată doar în rarismile cazuri delirante de ruină și suferință universală, când depresivul recurge la omorârea altruistă a familiei, înainte de a se sinucide “pentru ca aceasta să nu-și continue chinurile”.

În delirul congruent maniacial de grandiozitate însă, subiectul, care e fascinat de valoarea și capacitățile sale excepționale, nu mai coboară până la problemele celor din jur; de care, prin poziția sa de superioritate e dezinteresat. Raportarea sa la alții e cel mult generică; el poate considera că face, prin acțiunile sale, un bine întregii colectivități, întregii omeniri. Totuși, asumându-și unele roluri de personaj important – de ex. de spion, superpolitician, geniu – subiectul concepe integrarea sa într-o instanță specială, alături de alte personalități sau personaje importante : președinți de stat, șefi de organizație, politicieni, personalități istorice, cu care intră în familiaritate. Astfel, delirantul maniacial devine copilul lui Ștefan cel Mare, întruchiparea spiritului lui Napoleon, reîncarnarea lui Alexandru Machedon etc. Întreagă această relaționare se desfășoară însă într-o realitate fictivă. Un aspect aparte îl reprezintă delirul maniacial cu tematică religioasă, în care subiectul se simte un apropiat al ființelor divine, care-i transmit mesaje și sarcini de rezolvat; și care, uneori, îi și manevrează gândurile și acțiunile. Iar această apropiere poate evalua până la intimitatea unei interpătrunderi transpersonalizante, subiectul resimțind că ființele divine îi împrumută vocea pentru a se adresa oamenilor.

O cu totul altă situație întâlnim în delirul cu tematică paranoidă, de atitudine ostilă și manipulativă din partea altora; care, de obicei se corelează cu o dispoziție afectivă anxios disforică. Acest proces se plasează în mijlocul universului relațional uman, desfășurat între zona intimă și cea publică, subiectul resimțindu-se ”în centrul” atenției celorlalți. Suspiciunea și convingerea paranoidă, a unei

atitudini ostile, se poate referi la persoanele familiale, la vecini, la colegi. Dar și la cele oficiale; sau la instituțiile cu care subiectul vine în contact, la diverse organizații sau instituții internaționale (mafie, servicii de spionaj etc.); trecând spre personajele politico istorice și cele supranaturale, extraterestri, spirite, divinitate. Acest evantai larg al relațiilor pe care paranoia îl cuprinde, explică și de ce în cadrul acestui sindrom se manifestă pregnant sentimentul supravegherii, urmăririi, controlului; iar în final, se ajunge și la fenomene de transparență influență.

În măsura în care condiția delirantă dispozițională - de autodeprecie, vinovăție, negare în depresie și de megalomanie, de grandiozitate din manie – se mixtează cu psihopatologia din aria delirului paranoid, devin posibile și simptomele relaționale de supraveghere, de transparență influență și halucinații auditive comentative. Astfel de probleme presupun însă mutarea fermă în zona orbitei psihotiforme.

În concluzie, esențială pentru condiția delirantă a subiecților cu episoade maniacale sau depresive e transpunerea acestora în condiția de personaj cuprins într-un scenariu fictiv, dintr-o lume narativă specială. Această poziționare transsituațională – trăită însă în propria instanță metareprezentativă - conjugă lumea delirantului cu cea a personajelor din mituri, legende, istorii, romane. Varianta delirantă a stărilor dispoziționale maniacale și depresive se plasează la un pol de sinteză identitară parțial distinct față de înrădăcinarea temperamentală a dispozițiilor corespunzătoare, fie ele externalizate sau internalizate, în structura caracterială a persoanei. Pol dimensionat prin narativitatea teoreticului cultural.

## **Anexa la Capitolul 6**

### **Procesualitatea ciclurilor vieții și a proiectelor și periodicitatea tulburărilor dispoziționale**

Clasica psihoză maniaco-depresivă și actuala tulburare bipolară – sau cea monopolar depresivă – au fost identificate și descrise ca evoluând prin episoade ce se repetă periodic, uneori ciclic, extrăgând subiectul din participarea la viața cotidiană. Faptul implică, în principiu, apariția și dispariția lor spontană; cu reapariția ulterioară a episoadelor. Este evidentă o dereglare la nivelul biopsihoritmicității antropo-cosmice a funcționării “ceasurilor interne” ale individului. În acest domeniu probabil se vor face studii mai ample, pentru a se cunoaște în amănunțime structurile psihocerebrale și endocrine ce sunt implicate în funcționarea acestei periodicități și ciclicități. Dar dincolo de clarificările de la nivel endocrin și nervos, se cere avut în vedere și fundalul firesc al procesualității bio-psihologice și psiho-antropologice normale a individului. Viața fiecărei persoane se derulează prin succesiunea unor proiecte și preocupări susținute desori de stări dispoziționale specifice, în cadrul ciclurilor succesive ale vieții sale. Iar în perspectivă psiho sociologică aceste proiecte și preocupări implică rețelele sale sociale; marcate și acestea de metamorfoze procesuale ciclice – e.g. ciclul familial. În cele din urmă, însăși fundalul psihobiologic trimite spre o astfel de procesualitate ciclică.

Viața indivizilor biologici e structurată prin manifestări temporale ireversibile: creștere, maturare, multiplicare, îmbătrânire și moarte; dublate de altele, periodice, precum ciclul ovarian (la femele), cel circadian și ritmurile biologice infradiene (e.g. respirația, bătăile inimii). Atât design-ul și secvențialitatea dezvoltării corporale - incluzând maturarea ce permite reproducerea - și metamorfozele de până la vârsta aproximativă a morții, precum și bioritmicitatea de fond a organismului, sunt programate genetic. În biologie mai funcționează cu evidență, la unele specii, alternanța sezonieră a perioadelor de rut cu cele de retragere în sezonul rece, pentru protecție; incluzând hibernarea și migrarea păsărilor. Ciclicitate care la om nu mai e pregnantă. (Totuși, oamenii societăților agrare – și chiar unii crescători de animale, ca oierii - trăiau alternanțe sezoniere ample ale stilului de viață, până în vremurile moderne. Iar agricultura și



produsele ei au ritmat, până relativ recent, o alternanță existențial comportamentală sezonieră, a întregii societăți).

La om intervine însă și o periodicitate supraindividuală, socio-culturală, corelată mai ales cu ritmurile muncii și cu orarul sărbătorilor. Activitatea productivă profesională – inclusiv cea de învățământ – își are ritmurile sale, anuale, lunare și săptămânale, fiind marcată de vacanțe și concedii. Iar sărbătorile, în esența lor religioase dar și civile – statale, de breaslă, ale ciclurilor familiei și personale - joacă un rol semnificativ în întreținerea și exersarea comportamentului dispozițional; inclusiv a celui cu explicită manifestare afectivă. În această direcție exemplară ar fi dispoziția euforică de sărbătoare dezinhibată de tip carnavalesc (hipoman); deși, sunt și faze ale sărbătorilor religioase care prescriu un comportament sobru și ritualic.

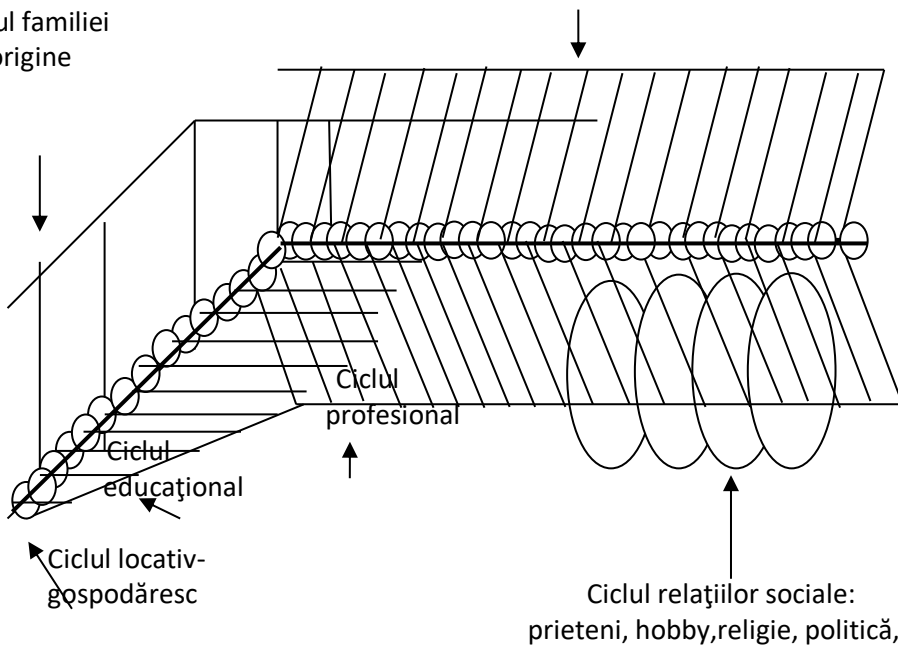
Trecând la perspectiva existențială a individului uman, aceasta nu poate fi despărțită, ca de o condiție de posibilitate, de procesualitatea dezvoltării ontogenetice a corpului și creierului, condiționată genetic. Pe parcursul acesteia se activează, într-o anumită succesiune, disponibilitatea de achiziție a unor funcții specifice umane; ce susțin ulterior relaționările interpersonale și angrenarea sa în proiecte și preocupări, în mijlocul rețelelor sociale; și în cadrele instituționalizate ale socio-culturii. El participă astfel la cicluri psiho-sociale ce-i sunt supraordonate și care îl absorb în dinamismul lor. Așa sunt cele ale vieții familiale, educative, profesionale, locativ cetățenești etc. Cicluri cu început și sfârșit, de diverse durate, care sunt întretesute; și în cadrul cărora subiectul cooperează cu persoanele din rețelele sociale apropiate, își formează și afirmă competențe, se exprimă și se realizează. În cadrul acestora, el poate resimți din partea celor apropiați solicitări stresante și evenimente negative; dar și suport afectiv și instrumental. Prin participarea la aceste cicluri interpersonale, subiectul e în permanență integrat în fluxul ciclic al unor procesualități psihosociale, ce-l mobilizează.

Relaționările interpersonale induc de asemenea în subiect un dinamism propriu, ele desfășurându-se de asemenea după o procesualitate ciclică; prin apropierea sufletească de alți oameni, atingerea intimității, bucuriile dragostei, suferința despărțirii. Începuturile și sfârșiturile acestor cicluri reprezintă perioade aparte, uneori bulversante, ale vieții personale. Iar despărțirea de.....sau moartea cuiva apropiat, reprezintă un eveniment de viață major. După cum, orice schimbare importantă în ciclurile relaționărilor apropiate, se poate constitui ca un eveniment de viață stresant.

Chenar 57

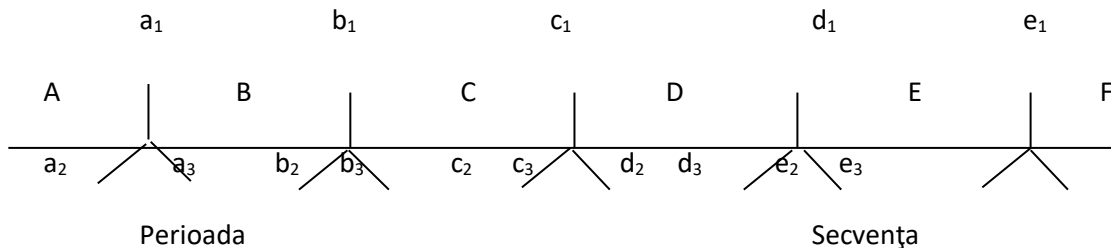
**Cicurile vieții în perspective rețelelor sociale a persoanelor proximale**

Ciclul familiei de origine



Surse de:  
 -influențe formative  
 -stres  
 -rețea de suport social  
 -satisfacții de viață  
 -domeniu de manifestare al rolurilor și competențelor sociale

**Perioade standard ale ciclului unei familii monogame**



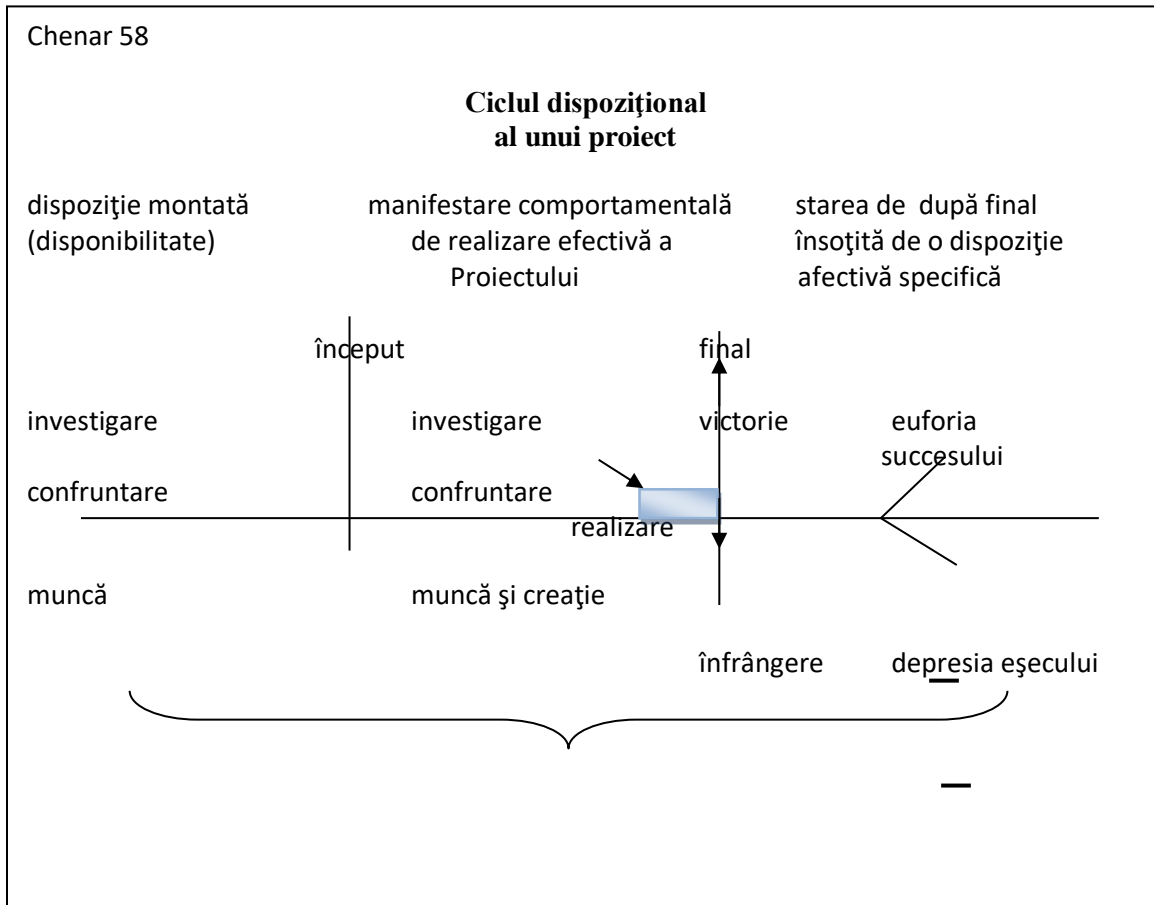
- |                           |   |   |
|---------------------------|---|---|
| A=curtea (prietenia)      | → | a1= căsătorie/a2=concubinaj/a3=eșec                   |
| B=planificarea unui copil | → | b1=nașterea/b2=adoptiunea/b3=avort, moartea copilului |
| C=dizarmonie familial     | → | c1=împăcare/c2=despărțire/c3=divorț                   |
| D=boala partenerului      | → | d1=vindecare/d2=defect/d3=deces                       |

Dacă s-ar cere acum aproximarea unei unități de bază pentru dinamismul specific al parcursului de viață personal a unui subiect, aceasta nu ar putea fi imaginat decât prin modelul realizării unui proiect; ce se desfășoară între începutul și sfârșitul său, pe fundalul prezenței persoanei în situații actuale, în mijlocul țesăturii de preocupări și proiecte personale; ce se degajă deasupra duratei sale identitare, în mijlocul rețelelor sociale și a culturii în care el există.

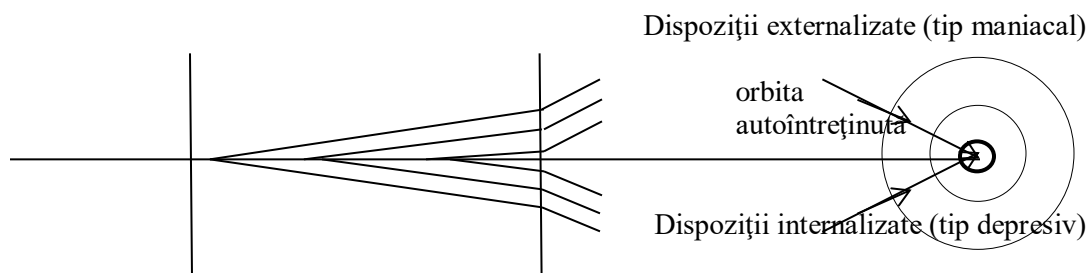
Un proiect – incluzând o eventuală preocupare specială - e instituit de către sinele intențional și reflexiv al subiectului, emergând din fundalul său identitar biografico caracterial; el întâlnește apoi lumea, desfășurându-se prin coordonate ce vizează un obiectiv. Proiectul e susținut pe tot acest parcurs de un „câmp” coeziv; și se manifestă prin intermediul unui prezent situațional mobil. Actualitatea trăită, chiar dacă poate fi aproximată prin apel la o „apercepție” sui generis, trimite inevitabil constant la o structură schematică a proiectelor realizatoare. Structură ce poate fi, desigur, doar aproximată și modelată abstract, orice subiect fiind angrenat concomitent în multiple proiecte cu diverse dimensiuni și obiective. Deschiderea subiectului spre situațiile lumii e consubstanțială unei anumite poziționări atitudinale, afectiv comportamentală și problematică, ce schițează de la început liniile de forță ale unui anumit câmp de proiectare; activând și un grupaj specific de modalități de raportare. Poate fi vorba predominant de o acțiune realizatoare, de o confruntare sau de o relaționare de un anumit tip, de participarea la un comportament social profesional sau de un program intelectual etc. Iar odată cu intrarea în joc a procesualității proiectului - a implementării scenariului, a etapelor de rezolvare a problemelor etc. - montarea dispozițională specifică, centrată de obiectiv, se menține; ea întreținând „câmpul”, „atmosfera”, „liniile de forță”, mediul informațional și problematic în care și prin care proiectul se desfășoară până la final. Persistența o perioadă mai prelungită de timp a unei anumite stări dispoziționale afectiv comportamentale, presupune o modalitate ce ar putea fi comparată cu cea a „plasării pe o orbită”- ce susține menținerea într-un anumit program de funcționare cu minim efort. (comparația se poate folosi și pentru condiția unor stări psihopatologice, cum ar fi episoadele maniacale sau depresive). Odată cu finalul proiectului, uneori starea dispozițională poate trece în prim plan, ca euforie externalizată a succesului; sau ca depresie internalizată a eșecului.

Ciclul proiectelor este unul pulsativ. Și la fel cel al dispozițiilor ce îl însoțesc în calitate de mediu organizant. Pe fundalul procesualității existenței personale, a ciclurilor, etapelor și perioadelor de viață – ce se definesc la intersecția dintre intenționalitățile subiectului și parametrii periodicităților culturale în care el există – pulsiunea proiectelor indică o ciclicitate aparte. Dar dacă parametrii specifici de realizare a proiectului țin predominant de specificul antropologic al psihismului –

prin limbaj, funcțiile executive, cogniție socială – nivelul dispozițional este până la un punct comun cu cel al psihismului biologic, implicând o



Pe parcursul derulării proiectelor și preocupărilor se pot actualiza, mai ales odată cu succesul final, dispoziții externalizate dezinhibat expansive, care se pot coagula într-o dispoziție de tip maniacal, absorbită de o orbită autoîntreținută.



Concluziile dispoziționale ale proiectelor și preocupărilor relaționale pot fi centrate și de dispoziții internalizate, ce se accentuează prin eșec, înfrângeri și pierderi; caz în care se poate instala o dispoziție internalizată de tip depresiv, ce poate fi absorbită de o orbită ce se autoîntreține.

dimensiune afectiv pulsională. Stările dispoziționale anxios fobice, iritabil explozive, depresive, expansiv dezinhibate și euforice, ocupă o bună parte a parcursului existențial al persoanei. Iar datorită cuprinderii lor în procesualitatea existențială comentată mai sus, pare inevitabil ca disfuncțiile dispoziționale ce exprimă cadrul formal externalizat și internalizat – mania și depresia – să tindă spre o manifestare periodică, ciclică. Așa cum se constată de fapt în clinica psihiatrică. Ele întretesându-se intim însă, cu resimțirea și evaluarea identitară; ce e implicată efectiv în orice proiect și orice preocupare. Mai mult chiar, aceasta poate trece în prim plan, așa cum se evidențiază odată cu scenariile delirante. Inclusiv cu cele ce însoțesc mania și depresia.

## **PARTEA A DOUA**

### **ORBITA PSIHOTIFORMĂ CENTRATA DE DELIR**

În Introducere s-a comentat faptul că psihiatria, care a intrat în medicină în sec. al XIX-lea, a avut printre alte particularități și pe aceea că unii bolnavi necesitau internarea în spitale, deoarece tulburarea lor mentală îi făceau să nu mai judece corect realitatea. În consecință ei nu se puteau autoadministra adecvat și se relaționau aberant față de alții. Acest dublu criteriu al perturbării “testării realității” și al “intensității clinice” a simptomatologiei, s-a păstrat până în zilele noastre, pentru a caracteriza o clasă importantă a suferințelor psihice ce a fost etichetată în sec XX ca “psihotică”. Grupul psihozelor considerat în ansamblul ei, nu beneficiază însă nici până în prezent de o definiție operațională explicită. El e circumscris în DSM-5 ostensiv, prin trimiterea la cinci mari sindroame: deliruri, halucinații necriticale, dezorganizare ideo-verbală și comportamentală accentuată și simptome negative, precum alogia, anhedonia, avoliția.

Încă de la sistematizarea nosologiei psihiatrice de către Kraepelin la cumpăna dintre sec XIX și XX, patologia psihotică a fost plasată în centrul acesteia, principalele psihoze neavând însă o etiopatogenie clar definită; motiv pentru care au fost etichetate ca “endogene”. Simptomatologia psihotică se manifestă și în condițiile unor suferințe organice cerebrale sau somatice generale, a intoxicației sau dependenței de alcool și substanțe psihoactive; dar apariția acestor sindroame la persoane cu o vulnerabilitate crescută, e în continuare comentată și în afara acestor condiționări. Cadrul special, central, pe care patologia psihotică îl ocupă în psihopatologie, va fi abordat în continuare în Cap. 7 – 11 din perspectiva unei orbite psihotiforme; pe care deficitul disfuncțional al psihismului poate aluneca, odată cu alterarea identității și agenției sale autonome, a coerenței, delimitării și intenționalității persoanei. Structură identitară a persoanei, care-i

asigură acesteia individualitatea sa originară, „individuația” sa; și care e principala dimensiune psihică afectată în patologia psihotică.

Ca poartă de intrare în orbita psihotiformă poate fi considerat, metodologic privind lucrurile, sindromul de depersonalizare derealizare; care, e comentat în Cap. 9. În varianta sa standard, inclusă în prezent printre tulburări disociative, acesta e caracterizat prin sentimentul unei detașări și neaderări față de propria identitate (corporală, biografică, socială ) și față de lume. Subiectul se simte un observator extern al acestora, privindu-le parcă din altă existență. Prin plasarea sa în clasa tb. disociative, sd. dep/der se corelează evident cu tb. identitare ce se manifestă în această patologie; de la amnezia identitară, la sentimentul preluării propriei identități de către o alteritate – în tb. de transă cu posesiune; sau, la cazul dublei personalități. Sindromul dep/der. standard poate fi considerat ca punctul de plecare a două axe de simptomatologie psihopatologică care străbat orbita psihotiformă, pornind de la dedublarea disociativă și cea obsesivă a psihismului. Prima axă, ce e comentată în Cap. 7 și 8, se desfășoară după coordonatele ”procesului delirant primar “ a lui Jaspers, fiind caracterizată frecvent de pacient ca o stare de “vrăjire”. Subiectul trăiește un sentiment „centralitate” – cu impresia că totu se învârte în jurul său; urmat de sentimentul unei preschimbări: a propriei persoane, a lumii din jur, a altora. O transpersonalizare deficitară, o transformare a propriului sine într-un personaj ce ocupă rolul central într-o intrigă aberantă; într-o lume fictivă, delirantă, paralelă cu lumea ambiantă, cotidiană. Percepția realității e deformată ca semnificații și formal, apărând iluzii și neoformații perceptive halucinatorii, trăiri de supraveghere, manipulare etc.

Cea de a doua axă, ce va fi comentată în Cap 10 și 11, traversează dedublarea psihică specifică din patologia obsesiv compulsivă; și e orientată în direcția unei deteriorări a organizării, delimitării și centrării identității personale, prin procesul dezorganizării ideo verbale și comportamentale. Precum și prin cel al deteriorării intenționalității autonomiei și a asertivității sinelui, în direcția unei

apato abulii și a unei detașări autiste de lume și de alții, sub forma unei depersonalizări anonimizante, indiferente. (Chenar 54)

Primul și cel mai important sindrom psihotic îl reprezintă delirul, a cărui definiție scurtă și clară datează de peste un secol: delirul constă într-o convingere puternică, de nemodificat prin argumente, într-o idee falsă, aberantă. Cu toată evidența acestei definiții și a multiplelor exemple și analize ce o însoțesc, circumscrierea psihopatologică a condiției delirante a rămas mult timp insuficient de clară. În Cap. 7 delirul e comentat cu înțelesul unei stări deficitare disfuncționale a identității personale. Identitate care e transpusă în trăirea și asumarea unei condiții de personaj neobișnuit, implicat într-un scenariu aparte. În delirurile monotematice subiectul se identifică cu un statut și rol excentric, de om bolnav, urât, respins, persecutat, înșelat, iubit de persoane importante etc. Dar condiția delirantă propriu zisă se întâlnește în delirurile paranoide și fantastice, în care subiectul se resimte relaționat cu instanțe și personaje neobișnuite, uneori supranaturale. Iar totul se derulează pe o scenă fictivă, paralelă cu realitatea cotidiană nemijlocită. Condiția de personaj delirant poate să se refere la instanța corporală a persoanei (de om bolnav, urât și respins), la relațiile intime (de om înșelat, iubit de persoane importante), la relaționarea socială (de om persecutat, supravegheat, urmărit, manipulat), la propria valoare, (creator de lucruri excepționale, trimis special a lui Dumnezeu) etc.; dar și la o descendență ilustră (e.g. “sunt nepotul lui Napoleon”) sau la o poziționare aparte în ierarhia umanității, în eventuală corelație cu spiritele și Dumnezeu. Alunecând în rolul și scenariul delirant, subiectul intră concomitent într-o lume aparte, similară cu cea a miturilor, legendelor sau povestirilor fantastice. Iar aceasta e populată, pe lângă persoanele din jur, de personaje și instituții speciale: masoni, mafioți, servicii de informații, organizații secrete, extraterestri, personaje istorice, spirite, Dumnezeu. Cât privește derularea evenimentelor, acestea se supun acum unei cauzalități magice, asemănătoare cu cea din basme.



Similaritatea între structura scenic narativă a delirului și cea a narativității culturale – reprezentată de mituri, legende, epopei, istorii, dramaturgie, literatura de ficțiune etc. - sugerează că, odată cu procesualitatea instalării delirului, o anumită dimensiune a psihismului individual, de tip narativ-teoretic, se desimplică din funcționalitatea sa obișnuită și se plasează în prim plan, pe o scenă metareprezentativă. Iar aceasta absoarbe absoarbe noua condiție de personaj fictiv a subiectului într-un scenariu delirant; ce se desfășoară în paralel cu scenariile vieții cotidiene și a celei din somnul cu vise, implicând și modele mitico culturale. De aceea cazul exemplar a lui Don Quijote poartă un caracter sugestiv.

Lumea delirantă în care intră subiectul ce aluneca pe orbita psihotiformă poate fi însoțită de o serie de tulburări perceptivе, care sunt comentate în Cap. 8. E vorba de trăiri deficitare distorsionate ale semnificațiilor receptate și de neoformații halucinatorii, ce pot dubla obiectele și fenomenele percepute situațional. Astfel de neoformații perceptivе au fost comparate cu stările de vis treaz sau cu viziunile oniroide din intoxicațiile cu substanțe psihoactive. Totuși, încă din sec XIX s-a constatat că trăiri perceptivе de tip halucinator, criticate însă, pot apărea și la persoane fără tulburări psihice, în cazul deficienței funcționale a organelor de simț (ochi, ureche) și a analizorilor nervoși corespunzători. Structurile psihocerebrale corelate memoriei biografice pot deci actualiza reprezentări pregnante de obiecte, ființe sau scene, plasându-le într-un spațiu reprezentativ cvasiperceptiv. De aceea, tulburări perceptivе propriuzis psihotice sunt considerate de obicei acelea, care nu sunt criticate și se corelează cu semnificațiile scenariului delirant; care, se însoțesc de un câmp perceptiv aparte, ce distorsionează firescul sintezei perceptivе curente. Halucinațiile psihotice se pot derula în toate ariile senzoriale perceptivе, cele mai specifice fiind cele auditive.

Chenar 62

### Identitatea psihismului personal

Psihismul persoanei se prezintă ca având o structură identitară de fond, centrată de un sine (eu) intențional și reflexiv, centrat, coerent și delimitat în raport cu alții și cu lumea. Această structură identitară se plasează în fundalul raportărilor situaționale actuale, a proiectelor de acțiune și a preocupărilor de clarificare a relaționărilor, bazându-se pe durata biografică. Subiectul resimte cu o evidență de necomentat că, biografia și corporalitatea îi aparțin, că el însuși e autorul gândurilor și actelor sale, fiind diferit de alții și de lume. Conturul eului identitar se configurează pe parcursul ontogenezei, odată cu maturarea experiențială a autopercepției, a relației de atașament și a percepției celorlalți, în jur de trei ani; când se instituie și capacitatea mentalizării (intuirea perceptivă a intențiilor altora în situație).

Pentru nucleul identitar al persoanei se pot diferenția trei instanțe: a) un nivel al corporalității psihobiologice; b) unul al duratei biografice caracteriale; și c) unul al circumscrierii sociale (prin nume, origine, locație, sex, vârstă, statut familial și profesional, opere, avere). Identitatea biografică caracterială se constituie prin integrarea mnestică imaginativă a succesivelor evenimente și perioade de viață, trăite de subiect împreună cu alții, în nișa sa ecologică culturală. Trăirea evenimentelor, integrarea lor mnestică și actualizarea, toate presupun mediul lingvistic al narativității critice. Iar actualizările nu sunt doar funcționale și reprezentative; ci ele stau și la baza relatărilor făcute altora despre sine; verbal sau în scris. Identitatea biografică, autoreprezentarea și autoafirmarea sa ca personaj, implică deci lingualitatea narativității. Acest ax identitar biografic, susținut de memorie și imaginar, are o fațetă reflexiv subiectivă, care oferă persoanei răspunsuri la întrebări precum: - cine sunt?; cum sunt (ca fire și valoare)?; - în ce situație mă aflu? Tot prin această reflexivitate subiectul resimte că „el însuși este autorul gândurilor, deciziilor și actelor sale”; și că se diferențiază de alții, chiar dacă colaborează și împărtășește idei cu cei apropiați, acceptând sugestiile acestora. Subiectul resimte în permanență că propriul corp, trecutul și trăirile sale „îi aparțin”. Această identitate resimțită rezultă dintr-o intuiție primară, ea nefiind rezultatul unui raționament explicit; și ea însoțește subiectul de-a lungul evenimentelor la care participă și în scenariile în care e implicat, ca personaj. Tot axul identitar e cel care susține stima de sine și idealul de sine, modelele și idealul personalistic spre care aspiră. Baza psihologică a sentimentului de identitate cu sine o reprezintă memoria biografică și imaginarul. Reamintirile sunt parțial funcționale; manifestându-se însă și ca reprezentări (uneori „eidetice”), reverii marcate de imaginar sau trăiri oneiroide. Tot datele mnestice stau la baza relatărilor sau narațiunilor despre sine, verbale sau scrise. Subiectul își poate proiecta identitatea în biografii sau romane cu implicații autobiografice.

În cadrul existenței sale sociale, persoana identitară se manifestă continuu ca un personaj, angrenat în variate roluri, statute și scenarii. Unele din acestea sunt structurale, ca de ex. cele de sex, vârstă, statut familial (căsătorit, divorțat, părinte, văduv), cele profesionale, civice etc. Altele sunt statute și roluri circumstanțiale, ca de ex. cele de om suferind, bolnav, părăsit, rejectat, înșelat, iubit, admirat, vinovat, creator etc. Participarea la variate evenimente, proiectate sau reactive, pot fi de asemenea privite din perspectiva unor scenarii și roluri asumate și jucate, cu mai mult sau mai puțin succes; mai ales în zona vieții publice, ce se distanțează de cea a intimității sincere. De fapt însuși conceptul de persoană - și corelativ personaj - derivă de la re-prezentare publică a subiectului în agora publică, în justiție mai ales. Dar într-un mod mai precis, semantic, termenul de persona derivă de la denumirea măștii teatrale.

Dimensiunea identitară a psihismului e în mod curent o trăire difuză, de fundal, în raport cu cele situaționale. Problema identitară apare în prim plan în perioade de bilanț, de maturări și metamorfoze identitare. Dar ea se actualizează și cu ocazia problematizărilor de stare identitară – personale sau relaționale – prin întrebări ca: „sunt oare bolnav.. înșelat?”. etc. Răspunsul aberant la astfel de întrebări, care ajunge să se impună subiectului cu o evidență de netăgăduit conducând la convingeri absolute, constituie tematica majorității delirurilor monotematice.

Importantă în psihoze e și hipersemnificarea unor detalii perceptivă extrase din context (fenomenul “saliency”); sau trăirile senzitiv relaționale, în care subiectul se simte în centrul atenției celorlalți, privit și comentat dezaprobat. Iar în cursul constituirii delirului primar, apare un sentiment situațional de „centralitate”, subiectul resimțindu-se asaltat de mesaje misterioase, emanând de la percepții banale; fapt ce-l plasează într-o poziție de nefiresc și stranie. Astfel de perturbări sugerează o disfuncție a coerenței centrale la nivelul sintezei informative situaționale, incluzând auto-perceperea sintetizatoare de sine. Trăirea unor simptome precum sentimentul de supraveghere al intimității și de manipulare a agenției ideatice, pot fi considerate ca intermediare între tulburările perceptivă exterioare și sintezele intuitive ale condiției sinelui, ce stau la baza convingerilor delirante.

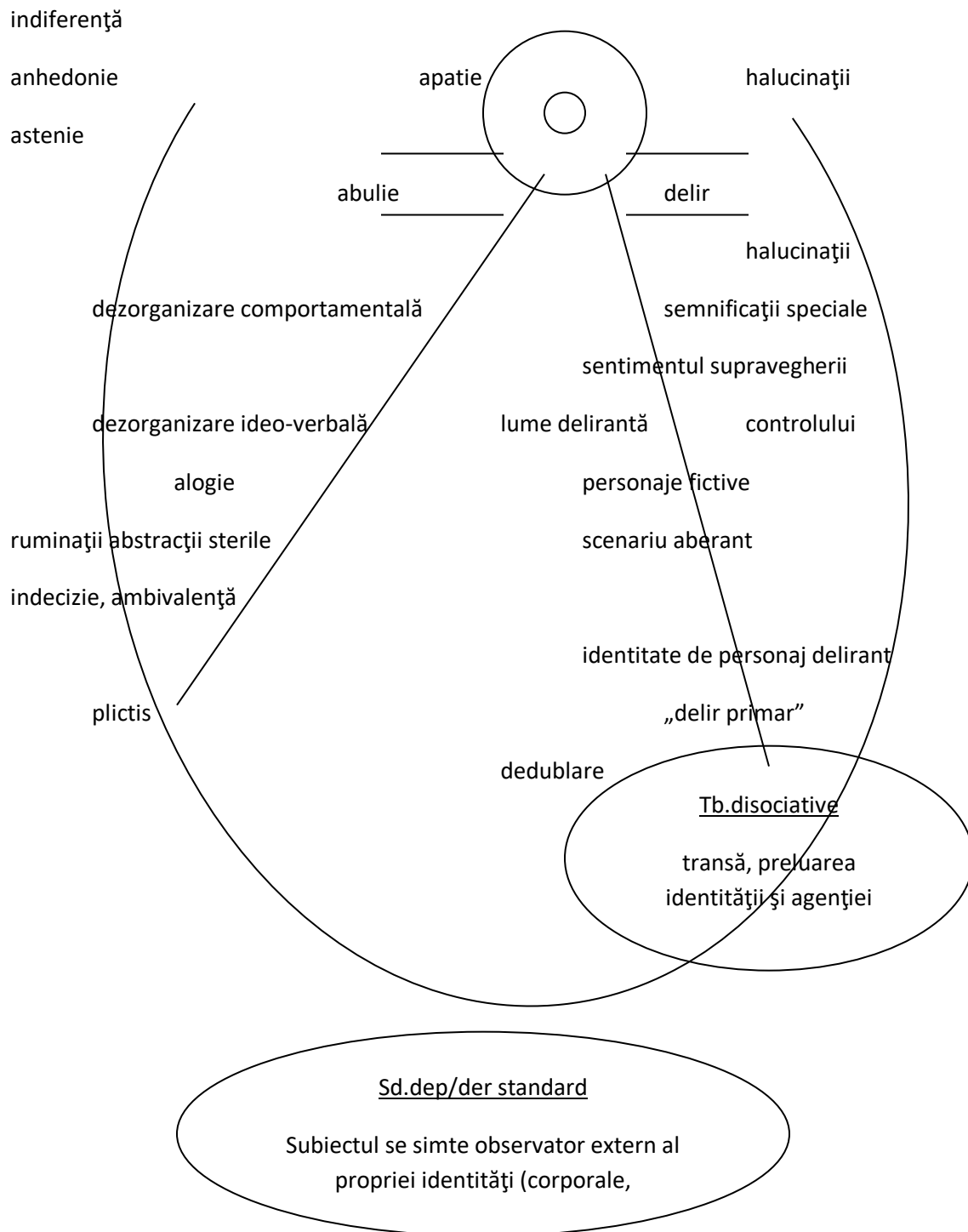
Dezorganizarea psihică e abordată în Cap.10. Ea e studiată mai ales în perspectivă ideo-verbală, a perturbării exprimării și comunicării mesajelor, a dezordinii redactărilor și expresivității, a distorsiunii logico gramaticale și semantice a redactărilor lingvistice; cu centrarea pe abstracții goale de sens sau pe fragmente de semnificații nearticulate în nici un discurs comprehensiv. Esențialul dezorganizării vizează însă prăbușirea ordinii ierarhice și a coerenței centrale a întregii structuri identitare a persoanei, inclusiv la nivelul manifestărilor sale active, în toate direcțiile raportării subiectului la lume; și a inserției sale în aria teoreticului cultural. Precum și a modului de receptare, prelucrare și elaborare intelectuală a limbajului narativ critic, prin care subiectul cunoaște lumea și speculează asupra fundamentelor acesteia. Direcția dezorganizantă de patologie, blochează comunicarea subiectului cu alții; și integrarea sa în lumea umană cotidiană, la toate nivelurile sale. Dezorganizarea comportamentului perturbă și acțiunea cu scop și sens, care în mod curent e motivată și argumentată comprehensiv, excluzând subiectul din viața comunitară. Psihopatologia desorganizantă se înscrie pe traiectoria unei modalități aparte de afectarea

depersonalizant/derealizantă a psihismului, diferită de cea din patologia disociativă; și a carei expresivitate se manifestă deja în formele grave de patologie obsesiv compusivă, inclusiv la nivelul Tb. de personalitate OC. E vorba de afectarea coerenței centrale a psihismului în direcția elaborării agenției încorporate și a derulării comportamentelor cu sens, a raportărilor active la situațiile problematice. Această direcție psihopatologică ocolește relaționările interpersonale, regăsindu-se și la nivelul autismului developmenmtal.

În Cap 11 e comentată clasa simptomelor deficitare ale intenționalității sinelui reflexiv; și care se extind – la fel ca și sindroamele din clasele precedente – între zona nepsihotică, în care se păstrează participarea subiectului la viața cotidiană comunitară și orbita psihotiformă. Se menționează la acest nivel astenia, avoliția, , alogia și anhedonia, atât în sens de apatie cât și de asociabilitate. De fapt, deficitul de relaționare și integrare socială era anunțat de vechiul concept de autism; care în ultimele decenii a fost comentat clinic ca un cadru nosologic distinct , sub forma autismului developmental. Simptomatologia psihotică deficitară poate fi comentată și din perspectiva continuării procesului desorganizant - și autist – în direcția unei importante afectări a atitudinii proactive spontane și de relaționare a subiectului. Consecința semiologică e o indiferență apato-abulică, ca marcă a unei depersonalizări anonimizante.

Chenar 60

### Două direcții de dezvoltare a sd. de depersonalizare/derealizare în direcția orbitei psihotiforme



## CAPITOLUL 7

### DELIRUL

#### 7.1. Scurtă încadrare clinică a sindromului delirant.

Delirul s-a diferențiat ca sindrom în sec.XIX fiind introdus în semiologia psihiatrică împreună cu noțiunile de halucinație, psihoză și paranoia. Acestea au funcționat după Renaștere în limbajul cult al Europei, dar fără a li se acorda o atenție sporită în cel medical psihopatologic. Vechile cadre nosologice ale maniei și melancoliei (depresiei) au ajuns însă să fie comentate în sec.XIX și ca neînsoțite de idei aberante – e.g. “manie fără delir”. Iar cazuistica centrată doar pe convingeri aberante, delirante și etichetată ca “paranoia”, a fost descrisă cu o evoluție prelungită și sistematică, fără deteriorarea personalității . Către sfârșitul secolului, această paranoia a fost diferențiată de “psihozele paranoide”. Care, însoțite de halucinații, perturbări ideatice și comportamentale, era inclusă de Kraepelin în supracategoria nosologică a “demenței precoce” . Cadru nosologic care, la începutul sec.XX a fost re-denumit de Bleuler ca “schizofrenie” ; entitate clinică circumscrișă central prin dezorganizare (“Spaltung”) și autism, fără accent special pe delir (deși acesta era inclus).

Tot la începutul sec.XX Jaspers a diferențiat delirul (psihotic) propriu zis, de “stările deliroide”, care se plasează în continuitatea preocupării prevalente a unei personalități particulare, vulnerabile. Delirul psihotic „ primar” s-ar instala printr-un „proces psihopatologic” trans-personalizant, marcat de un sentiment de „centralitate” și de transpunere într-o “altă lume” (delirantă). Pe parcursul sec.XX patologia delirantă a fost comentată predominant în cadrul schizofreniei paranoide, instalată prin delir primar. Totuși, s-au acceptat și “bufeuri” psihotice predominant delirante. Către sfârșitul sec. XX cazuistica centrată de delir – în sensul vechii paranoia - a început să fie din nou studiată mai atent, ca Tulburare delirantă persistentă.

Delirul a fost comentat începând din sec.XIX și în cadrul suferințelor organice (generale și cerebrale) infecțioase, febrile, toxice, lezionale. În aceste cazuri sd. delirant se cere diferențiat de “delirium” (tb. confuzo onirică), ce implică denivelarea vigilității conștiente, cu trăiri oneiroide, de model halucinator predominant vizual.

Pentru delir s-a ajuns deja la începutul sec.XX la o definiție destul de clară și comprehensivă ce se folosește și azi: delirul reprezintă o convingere de neclintit a pacientului, care nu poate fi schimbată prin dovezi și argumente, într-o idee falsă, aberantă; convingere care-l separă de viața și lumea comunitară. Cea mai frecventă tematică era considerată, începând cu sec.XIX cea a delirului de persecuție, paranoid. Dar existau și există multe alte teme cum ar fi cea de gelozie, erotomană, de supraveghere, delirul hipocondriac, dismorfofob, de vinovăție și nimicnicie, de grandoare și creativitate, delir fantastic narativ sau cu tematică religioasă.

În perspectivă psihopatologică s-au făcut multiple studii în direcția delirului. Dar, a rămas însă până în prezent insuficient de clar un aspect central: ce urmează să se înțeleagă prin idee delirantă ? Un răspuns ar putea fi acela că, respectiva convingere delirantă se referă la asumarea aberantă de către subiect a unei condiții de personaj implicat într-un scenariu nereal dintr-o realitate fictivă, trăit pe o scenă reprezentatională, în contextul unui psihism deficitar, transpersonalizant.

A apărut apoi și o ambiguitate în ceea ce privește condiția delirului, odată cu exigențele „delirului primar” promovat de Jaspers la începutul sec.XX. În forma sa pură și tipică, nemixtată cu alte simptome, delirul s-ar desfășura în continuitatea ideației supraevaluate, dezvoltate de persoane particulare și fragile, odată cu unele preocupări relativ comprehensive de clarificare a stării lor identitar relaționale, în cadrul vieții cotidiene. Așa ar fi convingerea delirantă hipocondriacă, de gelozie, de persecuție, dismorfă etc. Dar această variantă ne-ar plasa doar la limita delirului psihotic propriu zis „primar”, la care se ajunge printr-o bulversare „procesuală” de

tip depersonalizare/derealizare a psihismului. Dar acum, în plină orbită psihotiformă, delirul nu se mai prezintă de obicei sindromatic pus, ci însoțit de halucinații, dezorganizare, simptome deficitare, autism etc.

## 7.2. Delirul într-o definiție avant la lettre

În perioada de efervescentă spirituală de după Renaștere apare romanul **Don Quijote** a lui Cervantes, a cărui intrigă gravitează în jurul nobilului de țară Quijano. Acesta, cititor pasionat de romane picarești, consideră, în jur de cincizeci de ani, că s-a transformat într-un cavaler rătăcitor similar cu cei despre care citise, adoptând numele de Don Quijote. El 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 rebotezată Rocinante și considerată un cal faimos, o țarancă din sat devine „Dulcinea de Toboso”, Doamna căreia își va închina isprăvile. Plecând de acasă, eroul nostru ajunge la un han pe care-l declară castel, cerându-i hangiului, ce devine castelan, să-l investească cavaler. Apoi îl zăpăcește de cap pe bonomul său vecin Sancho Panza și pleacă împreună pentru a săvârși isprăvi cavaleriești.

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

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

- „Aceasta e o greșală în care au căzut mulți ce nu cred că au trăit astfel de cavaleri pe lume, și eu de multe ori, cu feluriți oameni și în variate împrejurări am căutat să scot la lumina adevărului acest eres atât de răspândit. Uneori nu mi-a izbutit încercarea; alteori, însă, mi-a izbutit, când am sprijinit-o pe umerii adevărului; care adevăr este atât de vădit, încât pot să spun că l-am văzut cu ochii mei pe Amadis de Gauda care era un om înalt



la trup, bălan la față, cu o barbă frumoasă, deși neagră, cu căutătura blajină, scurt la vorbă, greu de mâniat și iute la împăcare”.

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

Povestea se referă deci la perioada de viață în care un om cultivat intră în pielea unei noi identități, devenind un personaj similar cu eroii de romane și trăiește într-o lume populată cu simbolurile și idealurile acesteia. Eroul e convins de realitatea acestei lumi așa cum o percepe și înțelege el, după cum îi mărturisește preotului și afirmă pe parcursul călătoriilor sale (La un han unde aude două persoane ce comentează partea a doua – încă nescrisă – a romanului sau, o contestă vehement, prezentându-se celor doi ca „Don Quijote în carne și oase”). Convingerea eroului, pe parcursul cărți, e, desigur, într-o „idee falsă”, neadevărată

Chenar 61

### **Caz....Psihoză delirantă**

Un tânăr de 20 ani ajunge să se interneze după câteva luni în care comportamentul său s-a deteriorat, cu retragere socială și agresivitate. La interviu relatează că totul a început când l-a văzut pe Iisus îmbrăcat în alb și albastru, care i-a făcut semn cu mâna. Din acel moment, aceste culori capătă o semnificație aparte pentru pacient. Uitându-se în oglindă are impresia că fizionomia sa se schimbă și începe să semene tot mai mult, până la identitate, cu un actor care joacă rolul principal într-un serial de la TV. Declară familiei că el este cel din film; și subiectul filmului, tot ce se petrece acolo, e inspirat din viața lui. A observat că la televizor se fac aluzii la el, la întâmplări din viața lui... și asta pentru că îi sunt cunoscute gândurile și intențiile; iar cineva, probabil regizorul filmului „inspirat” din viața lui, încearcă să îi influențeze comportamentul și gândirea. Întâi e revoltat, considerând că regizorul filmului i-a furat viața. Ulterior recunoaște în acesta pe propriul său tată, sentimentele față de el fiind contradictorii. Începe să identifice în diverse melodii ce sunt cântate la radio subiecte din propria viață. Consideră că mama lui nu e mama lui ci o femeie cu care locuiește în casă, că tatăl lui nu e tatăl lui natural, tatăl lui adevărat fiind Dumnezeu sau regizorul filmului cu pricina. Treptat ajunge la concluzia că e o vedetă, că lumea îl recunoaște pe stradă, unii privindu-l chiar cu invidie, alții urmărindu-l și voind să-i facă rău. La TV se fac aluzii la el și ”cineva” încearcă să-i influențeze gândirea și comportamentul. Consideră că e ”însemnat”, arată un semn pe torace și o încrucișare de linii în palmă pe care o interpretează ca o cruce ce i-a apărut din senin; ”e posibil ca Dumnezeu să fi făcut asta !”.

pentru persoanele de bun simț din jur: aceea că eroii de romane au o identitate similară cu cea a oamenilor concreți; și că el ar fi un astfel de erou. Ideea falsă în care Don Quijote crede, presupune o nouă identitate de personaj; care, pentru el, are puterea evidenței. Nici un argument nu-i poate schimba credința aberantă, comportamentul său fiind în consonanță cu aceasta. Delirul se manifestă în acest caz în formă pură, nefiind susținut de halucinații (iluziile sale sunt secundare convingerii delirante și lumii delirante în care el a intrat). Nu sunt nici fenomene de supraveghere, de manipulare din partea unor forțe străine. „Posedarea” sa nu este din partea unui diavol, a vreunui spirit supranatural; ci de către statutul unui

personaj ideal de roman, inserat într-o lume ce funcționează după anumite reguli convenționale specifice universului narativ. Nu există greșeli de logică, de gramatică sau semantică, iar discursul său e deseori convingător.

La fel ca întreg romanul.

Peste secole, atunci când delirul va deveni o problemă a psihopatologiei clinice, aceste aspecte vor reapare în discuție. Dar, articulate cu multe alte fațete ale patologiei psihotice și lipsite de o așa de evidentă articulație cu eroii de ficțiune. Lectura romanului Don Quijote și problematica pe care o ridică rămâne însă exemplară.

### **7.3. Convingerea într-o idee falsă a delirantului se referă, în esența ei, la o nouă identitate de personaj, cuprinsă într-un scenariu fictiv**

Cazul lui Don Quijote este unul aparte dar semnificativ pentru psihopatologie și psihoantropologie. El ne prezintă delirul ca o convingere anormală a subiectului într-o condiție identitară fantastică, alta decât cea din viața cotidiană; identitate ce acum e aberantă, de tipul personajelor de legendă, de basm. Deci, într-o strânsă conexiune cu instanța narativității mitico literare a culturii. Problematika delirului s-a dovedit însă a fi strâns corelată în toate variantele sale cu distorsionarea trăirilor, stărilor și convingerilor identitare; care, se bazează pe o resimțire și evidență nemijlocită. Iar aceste trăiri identitare, se articulează cu funcția lingvistic narativă a omului cultural, prin intermediul căreia el se poate transpune în rolurile pe care și le asumă, în condiția de personaj.

Clinica psihiatrică distinge între Tb. delirante sistematizate monotematice și Tb. delirante paranoide, însoțite frecvent de halucinații și sentimente de supraveghere; iar în schizofrenie, de dezorganizare și simptome negative. În toate stările delirante subiectul trăiește însă o transformare identitară, în direcția unui personaj dintr-un scenariu aparte, plasat marginal sau în afara parametrilor vieții cotidiene.

Tematica delirurilor se anunță încă din aria delirurilor monotematice, pe care Jaspers le considera ca „deliroide”, marginale psihozei. Subiectul este absorbit de convingeri - de nemodificat prin argumente – privitor la alunecarea sa într-o condiție de om persecutat, înșelat, disprețuit, bolnav, dismorf; sau iubit de personaje suspuse, capabil de performanțe deosebite etc. Aceste convingeri sunt precedate de preocupări tensionate privitoare la clarificarea stării sale identitare și relaționale, stare ce apare subiectului drept problematică. El ajunge să se întrebe, în cadrul unor scenarii metareprezentative în care se autoproiectată ca personaj: „sunt eu oare bolnav?...iubit?...înșelat?...persecutat? etc.. Iar treptat ajunge la un răspuns pozitiv. Cuprins de astfel de convingeri în roluri și scenarii aparte care-l absorb, subiectul-personaj își va pierde deschiderea față de evenimente noi și față de flexibilitatea raportărilor.

Psihopatologia delirului a fost însă comentată mai ales cu privire la cazuistica pe care Jaspers o eticheta ca marcată de procesualitatea delirului primar. Acest proces constă în esența sa într-o patologie de depersonalizare/derealizare - de „trans-personalizare” - pe care subiectul o etichetează frecvent ca „vrăjire”. El resimte că identitatea sa se preschimbă global, că ceilalți și lumea din jur se modifică devenind „ca în vis”, „ca la teatru”. Centrală devine convingerea absorbției sale într-un scenariu aparte, greu de înțeles, ca erou sau personaj cuprins în relaționări neobișnuite, într-o lume paralelă cu cea a vieții cotidiene. Pe fondul unei dispoziții care frecvent e anxioasă – dar poate fi și tensionat iritabilă, depresivă sau expansiv euforică – el se resimte plasat în relații speciale nu doar cu persoanele obișnuite de contact; ci și cu personaje publice, istorice, cu șefi de stat și de organizații, cu mafia, masoneria, serviciile secrete, cu extraterestrii, spirite, diavol, Dumnezeu. Tematica este cel mai adesea paranoidă, de ostilitate, persecuție, gelozie, supraveghere, manipulare; dar poate fi și de grandiozitate, relații cu spiritele sau divinitatea, invenții, erotomanie, boală, vinovăție, rejecție, negație, nimicnicie etc. Iar cauzalitatea ce operează în această nouă lume e similară

cu cea din literatura fantastică. În plus, raportarea sa relațională pe axa intim public e distorsionată, alteritatea având un acces direct la secretele și intimitatea agenției sale. Pe scurt, subiectul apare acum ca un personaj cuprins într-un scenariu aberant, pe o scenă distinctă de cea pe care se derulează evenimentele vieții cotidiene; trăind încadrarea sa în această lume și aceste relaționări cu evidență și convingere.

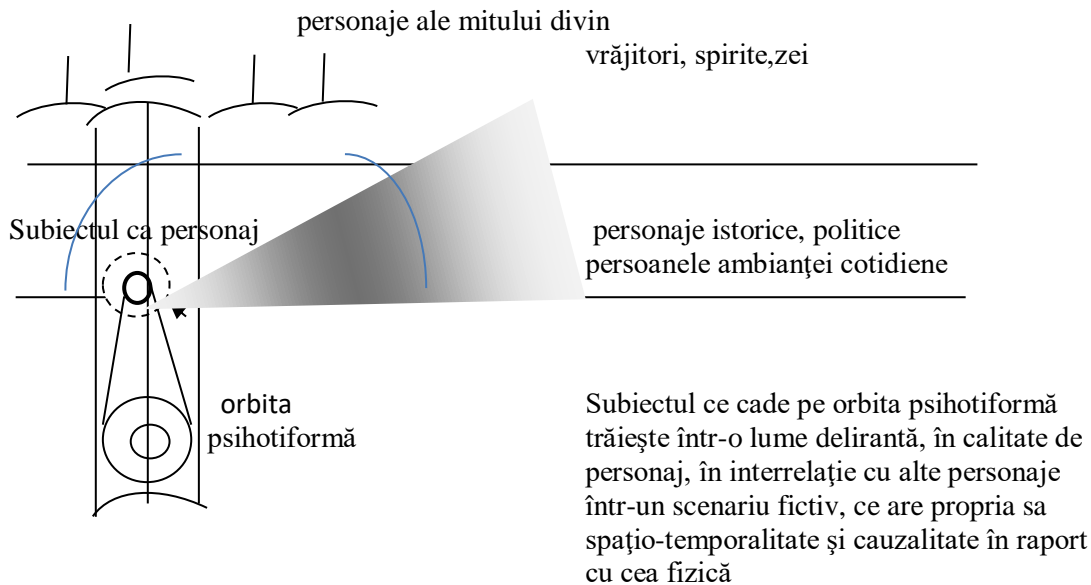
Astfel de scenarii delirante, pentru a fi cât de cât înțelese, se cer raportate și la narativitatea culturală, care creionează cadrele și scenele în care apar atât personajele politico istorice cât și instituțiile publice sau secrete (de spionaj, mafioate, masonice etc.); și, mai ales, extratereștrii, spiritele, diavolul și Dumnezeu. Dar narativitatea e esențială și pentru funcționarea și existența cotidiană a oricărei persoane umane individuale.(Chenar 62). Ba mai mult, ea este esențială chiar pentru constituirea identității sale biografice. De-a lungul vieții, fiecare om e cuprins continuu în comentariile narative și în evocarea caracterizată făcută de alți oameni. Iar pe de altă parte, odată cu amintirile, reprezentările și imaginările sale, subiectul însăși poate produce narațiuni privitoare la cele trăite. Biografiile și autobiografiile, mai succinte sau mai dezvoltate, însoțesc inevitabil viața fiecărui om, în corelațiile sale permanente cu alți semeni; cu cei apropiați, cu cei oficiali. Clarificarea unor preocupări privitoare la starea sa relațională – sunt iubit..înșelat..persecutat? - se rezolvă tot pe traiectoria unor scenarii narative, derulate pe o scenă meta-reprezentățională. În permanență orice subiect e cuprins într-un mănunchi de preocupări, corelate și cu proiectele sale de viață; și care sunt proiectate pe o instanță meta-reprezentățională, în scenarii a căror derulare el o întrevede cu o anumită probabilitate. Acest teritoriu meta-reprezentățional se derulează în aria pe care tradiția psihologiei cunoașterii și a narativității l-a etichetat ca imaginar - fantasia. Tot în acest plan meta-reprezentățional imaginativ sunt plasate scenariile colaborării sale cu ceilalți; persoane ce pot fi rememorate și reprezentate, inclusiv după ce au decedat. Iar amintirea strămoșilor a jucat un rol deosebit în însăși

Chenar 63

### Lumea delirantă și câmpul “narativ al personajelor”

Rețele sociale efective

narativitatea socio culturală



În relație cu persoanele-personaje ale ambianței cotidiene, subiectul trăiește și joacă în permanență, preconștient, roluri de copil, adult, soț, părinte, elev, executor al unei profesii, șef de instituție, subaltern, pensionar, cetățean ce respectă ordinea publică, rol de om vesel, supărat, furios, bolnav, suferind, persecutat, înșelat, etc. Toate aceste roluri sunt cuprinse în scenariile zilnice pe care orice persoană le trăiește în cadrul vieții sale de zi cu zi.

constituirea colectivităților stabile de oameni. Strămoșul totemic, eroii fondatori și civilizații, personajele din epopei și legende, cei ai istoriei naționale, locale și familiale, fac cu toții parte din pânza de fond esențială a reprezentărilor culturale a unei comunități umane. Iar întreg acest eșafodaj de personaje se bazează pe narativitatea lingvistică, în calitate de „entitățile fictive” pe care această narativitate o face posibilă.

Abordarea evoluționist culturală a psihologiei și psihopatologiei presupune perspectiva antropogenezei. Și mai ales a perioadei lui homo sapiens, de când în urmă cu aprox. 70.000 de ani, el a început să se raporteze la entități supranaturale. Între care spiritele strămoșilor – totemici – se pare că au jucat un rol esențial; alături, desigur, de alte spirite, cu referință la natură. Apoi, în societățile agrare sedentare, raportarea ritualică, în vreme sărbătorilor, la lumea zeilor, a devenit o axă a vieții sociale. Personajele supranaturale și-au manifestat prezența în mijlocul oamenilor încă din vremea primelor. Legende și basmele le invocă de asemenea, inclusiv în prezent.

Instanța personajelor se ridică, după cum știm cu toții, deasupra nivelului vieții cotidiene, în planul narativității culturale și a imaginarului. Iar de vreme ce personajele rezultă din - și susțin constant - narativitatea socio-culturală, această instanță a „câmpului personajelor” se instituie ca un strat ce urcă din subiect în cultură, - și coboară din aceasta în el - ca o atmosferă pe care psihismul individual o respiră zi de zi. Sugerăm ca un astfel de „câmp narativ al personajelor” ar putea fi considerat și ca mediul în care se prepară și se încheagă scenariul convingerilor delirante, ce se desfășoară după regulile narativității; și care ajunge să înlocuiască scena vieții cotidiene. Povestea lui Don Quijote se cere privită și din această perspectivă.

#### **7.4. Delirurile monotematice, la limita dintre două lumi**

Când în sec.XIX a început să se dezvolte psihiatria clinică pe baza observării pacienților internați timp îndelungat în azile, pe lângă deja tradiționali termeni de histerie, manie, melancolie, frenitis, demență, au început să fie folosiți și alții noi. Între aceștia se cer menționați cei de halucinație, delir și paranoia, - alături de cel de psihoză introdus de Feuchtersleben în 1845; termeni care se vor impune ca centrali în noua specialitate medicală a psihiatriei. Expresia de delir (délire în franceză, delusion în engleză) a fost folosită sporadic în secolul luminilor pentru a indica o tulburare de judecată sau înțelegere care condiționează o neadaptare

socială. Acum, odată cu adoptarea doctrinei celor trei facultăți ale psihismului uman (intelectivă, volitivă, emotivă), psihiatrii au căutat identificarea unor stări psihopatologice specifice fiecărei dintre ele; iar delirul se potrivea pentru tulburarea intelectului. Descrierile tradiționale ale nebunilor erau pline de cazuri ce prezentau idei eronate, fantastice, absurde; dar acestea erau categorisite și diagnosticate ca variante ale melancoliei sau maniei. Se stabilise chiar o diferență, care persista și pe vremea lui Pinel la începutul sec.XIX: pentru melancolia cea inhibată se considerau caracteristice puține astfel de teme, cu conținut negativ și persistând neschimbate mulți ani; pe când în expansiva manie, ideile aberante – delirurile deci – puteau fi multiple și variabile în timp. Către mijlocul sec.XIX se considera însă că poate apare o formă specială de manie, monomania rațională, care ar fi o nebunie parțială, centrată pe o singură temă delirantă; și că ea poate persista fără o deteriorare grosieră a judecății și personalității. Cele mai importante elaborări nosologice în această direcție s-au realizat timp de un secol în Franța și Germania.

Principala temă a delirurilor monotematice care a fost comentată de la început, mai ales în Franța, se referă la persecuție (Lasègue, **Délire de persecutions**, 1852). Clinicienii s-au referit apoi la sistematicitatea și cronicitatea acestei patologii delirante (Magnan, **Le délire chronique à evolution systematique**, 1886); care se opunea „bufeurilor delirante” scurte, considerate a fi frecvente la persoane vulnerabile, abordate la acea vreme prin doctrina degenerescentei. S-a mai subliniat faptul că astfel de deliruri pot apare în afara halucinațiilor, bazate doar pe interpretări patologice (Serieux & Capgras, **Le délire d'interpretation**, 1909); sau pe un imaginar anormal (Dupre, **Delir d'imagination**, 1913). Preocupări similare s-au manifestat și în Germania prin Grissinger (1845) și Kahlbaum, care insistă în 1863 că în **paranoia** – adică în psihoza delirantă sistematizată de persecuție – personalitatea nu e deteriorată. Termenul de paranoia, utilizat în trecut rapsodic în psihopatologie, se impune acum



tot mai mult, mai ales prin Mendel, (1883), ajungând să joace un important rol în sistematizarea nosologiei psihiatrice de către Kraepelin la cumpăna dintre sec.XIX și XX. În ediția a IV-a a **Tratatului** său din 1893, profesorul german distinge două forme de paranoia, înțeleasă ca patologie centrată pe delir : 1. Ca sistem delirant persistent cu personalitate intactă, și; 2. Demența paranoidă, (ce va fi etichetată apoi ca *Demență precoce*, devenită ulterior schizofrenie paranoidă). În ediția a VI-a a Tratatului (1894) Kraepelin adaugă o variantă a paranoiei de involuție; iar în ediția a VIII-a (1909-1915) introduce conceptul de parafrenie, pentru o patologie delirantă fantastică, încapsulată (cu „dublă contabilitate”) la vârsta a treia.

Din istoria problemei face parte și dezbaterea doctrinară introdusă de Jaspers (1911) în jurul delirului de gelozie; precum și comentarea de către Kretschmer a „delirului de relație senzitivă”; dar aceste probleme se cer abordate separat. Până spre mijlocul sec.XX au mai fost descrise și alte forme tematice de delir (e.g. cel erotoman sau sindromul Capgras) care se adaugă unei variate cazuistici delirante monotematice cu ideație diferită de cea de persecuție. După mijlocul sec.XX interesul clinicienilor pentru paranoia și delirurile sistematizate a scăzut mult, ele fiind considerate rare în raport cu schizofrenia, tulburările dispoziționale și variantele psihotice ale acestora. În plus, însăși sindromul delirant a ajuns să fie considerat tot mai diferențiat, ca tematică, mod de organizare, împletire cu alte sindroame psihopatologice și manifestări clinice. După 1980 a reapărut însă interesul pentru această arie psihopatologică și s-au organizat echipe de cercetare centrate pe Tulburarea Delirantă (Delusional Disorder – DD, e.g. echipa lui Freeman). Sistemele actuale de clasificare a tulburărilor psihotice mențin și ele respectiva categorie nosologică, căreia i se acordă importanță ceva mai mare în ICD 10-11 decât în DSM-5. Totuși și sistemul american acceptă diagnosticul de **tulburare delirantă persistentă, cu durată de peste o lună, rareori însoțită de halucinații congruente și cu o gândire nedeteriorată. Așa cum deja s-a**

**menționat principalele teme sunt considerate a fi : persecuția, gelozia, erotomania, megalomania (invenție) și tematica corporală (dismorfofobie, delir dermatozic, hipocondria).**

În perioada dintre sec.XIX și XX când s-a impus delirul monotematic paranoiac, tema principală era considerată persecuția. Kraepelin a propus inițial două variante: - Paranoia endogenă, cu delir sistematizat nehalucinator de persecuție, elaborat prin intuiție și interpretări aberante; și : - Delirul (paranoiac) de revendicare ce avea ca punct de plecare o nedreptate reală, de mică amploare, suferită de subiect; și de la care porneau acțiuni revendicative tot mai ample și absurde, ce deseori ajungeau să implice și sistemul judiciar. Jaspers, într-un studiu din 1911, a încercat să diferențieze între delirul de gelozie ce se prezintă ca o dezvoltare prevalențială, până la un punct comprehensibilă; și delirul de gelozie propriu zis care are la bază un proces psihopatologic endogen. Problema transcenderii acestei limite a rămas și în continuare o temă deschisă. Ea e însă importantă pentru a sublinia faptul că, delirul se referă la axul identitar al persoanei; de care subiectul e atașat printr-o evidență primară, distinctă de argumentația pe care o poate oferi recursul la evidența percepție și raționamentelor. Dar ulterior, interesul pentru paranoia a scăzut. Totuși, s-au cumulat descrieri ale unor deliruri sistematizate fără deteriorarea personalității, centrate pe variate teme. Încă din sec.XIX Morselli a adus în discuție tematica corporală, comentând dismorfofobia; iar în 1934 Eckborn a descris delirul de infestație. Între cele Două Războaie Mondiale De Clerambault a comentat amplitudinea delirului erotoman iar alții s-au interesat de delirurile cu tematică megalomană, de invenție, idealști pasionali, inițiatori de noi religii etc.

Vom începe comentariul tipurilor de tb.delirantă monotematică cu cele relaționale care continuă paranoia lui Kraepelin. Se menționează astfel și în prezent deliranți revendicativi, cverulenți, ce se consideră neîndreptățiți și își centrează

existența pe o temă de revendicare. Pornind de la un fapt real minor, subiectul începe o „luptă pentru dreptate” ce implică reclamații.

Chenar 64

**Orientarea preocupărilor în delirurile monotematic**

Spre propriul corp interior	suprafața	relaționare interpersonală	identitatea și valoarea sinelui
hipocondrie infestare (dermatozic)		erotoman gelozie suspiciune (paranoia)	invenție bogăție descendență ilustră
posesiune zoopatică demoniacă	odorant (emanarea de mirosuri)	relație senzitivă	substituirea familiei
	anorexie-----		(Capgras) dismorfic----

De ex. un subiect ce se află în litigiu cu vecinul sau pentru câțiva metri pătrați de grădină din cauza unui gard construit – după părerea sa – incorect, fiind nemulțumit de decizia tribunalului local, face repetate recursuri la instanțele superioare, neoprindu-se nici la Tribunalul suprem. El intervine cu plângere la însăși Președintele Republicii și apoi dă în judecată chiar și Curtea Supremă, la un Tribunal internațional, cheltuindu-și toate economiile și nemai ocupându-se de nimic altceva. Psihiatrul german Leonhard, care a scris o carte despre

**Personalități anormale în viață și literatură**, face referire la o altă variantă a acestui tip, pe care o descrie în nuvela sa Heinrich von Kleist, **Michael Kalhaus**. În aceasta e prezentată viața unui țăran care, în urma unei nedreptăți ce i-a fost făcută de un nobil, se dezlănțuie într-o răzbunare amplă ce implică și o revoltă populară urmată de interminabile măceluri; lupta pentru dreptate depășește acum orice limită rațională, pe parcursul acestei răscoale pe care Kalhaus o conduce, fixat pe tema sa de răzbunare.

Variantele de paranoia revendicativă cu punct de plecare într-o nedreptate reală, ce conduce la o dezvoltare prevalențială susținută de o ideatie supraevaluată și care pot aluneca spre delir monotematic, apar de obicei la persoane particulare. În prezent cel mai des e invocată TP paranoidă din DSM-5. Dar se cer avute în vedere și două tipuri tradiționale, care până la un punct sunt opuse. Pe de o parte este paranoiacul orgolios și megaloman descris de Genill Perrin; pe de altă parte senzitivul retentiv descris de Kretschmer.(Chenar 51).

Ambele aceste variante au la bază suspiciunea care se înscrie într-un fond dispozițional anxios fobic. Dar, în conformitate cu sugestiile circumplexului interpersonal, se poate diferenția între o variantă tipologică asertiv dominatoare, care preferă combativitatea luptei, ca în cazurile de „kampfparanoia”. Iar la alt pol, o variantă sumisivă anxioasă, ce e predispusă spre condiția de victimă agresată. Referința la fundalul personalistic care e constantă în aria delirurilor monotematice, subliniază importanța în acest domeniu a unei particulare evidențe nemijlocite, diferită de cea care intervine pe direcția experiențială a percepției și raționamentului. Fapt important, deoarece, cea de a doua variantă de paranoia a lui Kraepelin era una în care nu mai intervin evenimente care să nedreptățească realmente subiectul. Persoana, care are o fire introvertită și suspicioasă, dezvoltă progresiv idei de persecuție, prin intuiție și interpretare. Iar în cele din urmă ajunge la convingeri delirante, retrăgându-se tot mai mult social. Subiectul își păstrează

însă integră personalitatea și gândirea. Intermitent poate avea izbucniri agresive în familie sau societate.

O altă temă delirantă ce implică suspiciunea este gelozia. Gelozia e și ea o atitudine firească și adaptativă identificată deja la antropoidele superioare; și amplu răspândită la homo sapiens, datorită rolului ei important în menținerea instituției familiei, Aspectul special al acestui caz este faptul că suspiciunea vizează acum o persoană din anturajul intim, care în mod firesc constituie baza depozitării secretelor personale. Gelozia e și o stare afectivă pasională, perspectivă din care se poate menționa, în marginea ei, erotomania.

Chenar 65

### **Tulburarea de personalitate din DSM-5, constituția paranoiacă a lui Genil Perrin și temperamentul senzitiv a lui Kretschmer**

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 înșeală; - e preocupat de îndoieli nejustificate privitor la loialitatea prietenilor și a asociațiilor; - e reținut în faptul de a se confesa altora din cauza unei frici neraționale că informațiile vor fi folosite răuvoitor împotriva sa; - acordă înțeleșuri amenințătoare unor remarci sau evenimente benigne; - e deosebit de sensibil la insulte, injurii; - percepe atacuri la caracterul și reputația sa care nu sunt evidente pentru alții; - are repetate suspiciuni nejustificate privitor la fidelitatea partenerului de viață sau a celui sexual.

Constituția caracterială paranoidă descrisă în Franța la începutul sec.XX de către Genil Perrin se caracterizează prin: orgoliu crescut cu supraestimarea sinelui, egocentrism, autofilie, lipsă de modestie. Predomină neîncrederea, gelozia, rezerva ostilă față de alții, susceptibilitatea. Gândirea e rigidă cu judecăți selective ce conduc la interpretări incorecte. Subiectul e predispus la permanente conflicte, tensiuni și izolare socială. Paranoicul descris de Genil – Perrin este hiperstenic, vindicativ, cverulent, revoltat.

Tot în prima parte a sec.XX Kretschmer descrie temperamentul senzitiv. E vorba de persoane astenice, care e epuizează și se inhibă repede; nu reușesc să se exprime și să descarce afectele negative ce le cumulează; ajung în permanența la insatisfacții emoționale și sexuale datorită dificultăților de relaționare; au constant sentimentul că nu pot obține stima și afecțiunea altora, trăiesc în permanență o stare de eșec subiectiv, ajungând neîncrezător în sine și în alții, prezintă continue ruinații și sunt mereu suspicioși.

În DSM-5 gelozia psihopatologică apare ca o categorie plasată în spectrul tulburării obsesiv compulsive caracterizată fiind prin îndoială repetitivă privitoare la fidelitatea partenerului, însoțită de verificări compulsive. Dar ea e menționată și la delirurile monotematice. Această plasare s-ar explica prin aceea că sistemul american acceptă varianta TOC cu critică (insight) scăzută; sau chiar abolită, care poate evolua până la convingerea delirantă. Odată ce aceasta se constituie, verificările nu se mai plasează în prim plan, dată fiind convingerea fermă a subiectului. Care, pe această bază ia și diverse decizii comportamentale. De ex. un bărbat care-și suspectează soția că întreține relații intime cu șeful ei ierarhic din administrația locală, incriminează apoi pe toți bărbații din administrația publică a localității astfel încât, după un an de suferință decide să se mute în alt oraș. Aici, nu după mult timp, intuiția și constatările sale îi indică faptul că soția a început din nou să îl însele cu șeful ei direct; și apoi și cu ceilalți bărbați de la serviciu. Când totul devine insuportabil, decide o nouă mutare. Ajuns în noul oraș și scenariul repetându-se, se reușește în sfârșit internarea la psihiatrie. Probele pe care le invocă gelosul patologic în alunecarea sa spre convingerea prevalențială și delirantă, se bazează mai puțin pe trăiri halucinatorii; ci, 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 din context și plasate în argumentația „coincidențelor” anormale ce argumentează gelozia.

Procesul e de aceeași natură ca în toate percepțiile hipersemnificate („salience”) din interpretările și dispoziția delirantă. Preocuparea tematică poate favoriza selecția unor astfel de detalii și hipersemnificarea lor.

Uneori pot intra în joc și iluzii perceptivă (e.g. circulând cu mașina, gelosul vede o femeie intrând într-o casă și, după talie și îmbrăcăminte, o identifică cu certitudine ca fiind soția ce-și vizitează acolo amantul). Căutarea unor astfel de probe se realizează uneori prin: - cercetarea lenjeriei intime a partenerei pentru a decela urme de spermă; - studierea detaliilor comportamentului sexual (e.g. a nivelului de performanță sexuală); - atenția la gustul alimentelor pentru a decela eventuala tentativă de otrăvire etc. Un capitol special constă în încercarea de a obține mărturisiri de la partener cu o insistență agresivă, uneori cu terorizare și maltratare. Poate fi supravegheat telefonul, corespondența, deplasările; se pot înscena plecări dublate de spionaj; plasare în casă a unor sisteme de înregistrare, angajarea de detectivi.

Chenar 66

### Gelozia și erotomania ca trăiri anormale

În piesa **Poveste de iarnă Shakespeare** ne prezintă un delor de gelozie instalat brusc, prin intuiție patologică. Intriga e următoarea: în Sicilia unde rege e Leontes, se află în vizită prietenul său din copilărie, regele Boemiei, Polixene. Când se pregătește de plecare, Leontes îl roagă să rămână dar el refuză, acceptând în final la insistența soției acestuia Hermina. Brusc Leontes intuiește o legătură între cei doi și pune la cale cu sfetnicul său Camilius otrăvirea lui Polixene; Camilius i se destăinuie lui Polixene plecând cu acesta.

Leontes își închide soția pe care o acuză de adulter, refuză argumentația tuturor bazându-se doar pe convingerea sa intuitivă. În ziua judecării Hermina și fiul său mor, chiar când solii trimiși la Oracolul din Delfi dau citire răspunsului acestuia de nevinovăție. În final Leontes își recunoaște greșeala. De fapt, Hermina îi solicitase lui Polixene să rămână doar la insistențele soțului său, care nu poate invoca nici un argument pentru eventuala infidelitate a soției, decât intuiția sa bruscă.

Gelozia patologică din Poveste de iarnă e complet diferită de cea la care ajunge generalul Othelo în piesa cu același nume. Acesta e un ostaș viteaz dar imatur afectiv și neșlefuit d.p.d.lv. al relaționării sociale. El se căsătorește cu Desdemona, fiica naivă a unui Senior din Veneția, care-l admiră și idealizează pentru poveștile sale din războaie. Jago, un ofițer din Veneția, om de societate abil, e profund nemulțumit că Othelo își alege ca locotent într-o misiune în Cipru pe superficialul dar frumosul Casio, și nu pe el. De aceea pune la cale o răzbunare pe care o și împărtășește unei persoane apropiate. Ajuns în Cipru unde e și perechea Desdemona, Othelo, precum și Casio, aranjează situații în care acesta din urmă să intre în încurcătură, apoi îi sugerează Desdemonei să îi ia apărarea și induce lui Othelo, treptat, îndoiala cu privire la fidelitatea soției. Persuasiunea sa continuă și manevrarea insistență a gândirii generalului, îl face pe acesta să își amplifice ideea prevalentă de gelozie, mai ales că Jago aranjează și o “probă materială” (cu o batistă). Bine îndoctrinat de Jago, Othelo o strangulează pe Desdemona și apoi se sinucide. În acest caz suntem, în fața unei convingeri induse prin persuasiune





Un rol îl pot juca și imaginările pregnante, receptarea bârfelor, interpretarea comentariilor altora sub forma de aluzii. La fel ca în alte forme de delir monotematic, poate interveni și reinterpretarea unor date din trecut, cărora gelosul le acordă o nouă semnificație în cadrul clarificărilor și „iluminărilor” ce le trăiește în prezent, pe drumul câștigării certitudinii delirante. Probele pe care le adună au însă doar o legătură relativă cu convingerea sa, care evoluează în paralel cu ele. Uneori, deși convingerea e absolută, gelosul continuă strădania pentru a obține „dovada absolută, irefutabilă” a infidelității.

Ar fi de adăugat însă și rolul pe care-l joacă în gelozie argumentele unor sfătuitori cu care gelosul acceptă să se consulte; și care pot influența semnificativ interpretările și afirmațiile sale, chiar manipulându-l negativ (așa cum se întâmplă în piesa lui Shakespeare „Othelo”).

Dat fiind faptul că gelozia se poate manifesta pe întreg parcursul dintre reacția comprehensivă, preocuparea anxios obsesivă și cea prevalențial delirantă, ea fost mereu comentată în opere literare și dramatice. De fapt literatura beletristică rămâne un important partener al analizei psihopatologice în aceasta arie.

O altă temă delirantă relațională se referă la delirul erotoman, care constă în convingerea subiectului că o altă persoană, de sex opus și cu o poziție socială înaltă, s-a îndrăgostit de el, îl iubește din tot sufletul și va face orice ca să ajungă împreună. Sunt avute în vedere de obicei persoane de sex opus, ce se află într-o poziție socială mult mai înaltă decât subiectul; și care, cel mai des, nici nu știu că devenit obiectul acestei preocupări. Tema delirantă erotomană poate fi schițată, în continuitatea unei dezvoltări prevalențiale. Sau, inclusă într-un sistem delirant complex, eventual paranoid sau fantast. Subiectul poate elabora mintal – și furniza altora – diverse argumente pentru comportamentul special al persoanei vizate. De ex. consideră că nu îi răspunde la apeluri „de ochii lumii”; iar când se întâlnesc pe stradă și respectivul întoarce capul în altă parte, o face ca să nu roșească în public de atâta iubire. O bucătăreasă care e convinsă că medicul ginecolog care a asistat-o

Chenar 67

### Tulburarea erotomană

Erotomania, care a făcut obiectul unor studii speciale a lui Clerambault a fost și ea deseori invocată în literatură. În cartea sa **Amintiri din casa morților** Dostoievski amintește de un sărman deținut condamnat la o teribilă bătaie cu nuiiele care era convins că fiica comandantului lagărului este îndrăgostită nebunește de el și îl va scăpa în ultima clipă. Și care a fost cumplit de dezamăgit când i s-a aplicat pedeapsa.

Shakespeare, în **A douăsprezecea noapte**, pune în scenă un caz de erotomanie, care se dezvoltă însă nu în manieră endogen delirantă, ci prin înscenarea unor cheflii ce vreau să rădă de infatuatul intendent al ducesei Olivia. Conspirând cu servitoarea, îi sugerează acestuia că stăpâna sa e îndrăgostită de el și plămulesc o scrisoare plină de tâlc a acesteia, pe care Malvolio o găsește „ca din întâmplare”. Cu aceste argumente, intendentul se consideră îndreptățit să se simtă adorat de stăpână și se comportă ridicol, spre stupefacția acesteia și hazul conspiratorilor. După încheierea episodului, Malvolio ajunge victima altor înscenări. La fel ca în cazul lui Othelo, argumentarea convingerilor aberante e, în piesa lui Shakespeare, rezultatul intenției și persuasiunii altora; și nu a unui proces endogen de alunecare într-un scenariu cu rol aberant.

la naștere e îndrăgostit de ea, afirmă cu nonșalanță că va studia medicina pentru a fi demnă de partenerul său imaginar.

Există apoi deliruri monotematice cu tematică corporală. În acestea, preocuparea anormală a subiectului e centrată asupra propriului corp, ca reprezentant al sinelui încorporat, a „persoanei corporale” (a corpului care „eu sunt”). O variantă tradițională se referă la Tb.dismorfic corporală, încadrată în DSM-5, la fel ca și gelozia patologică, în spectrul TOC, datorită repetatelor verificări a detaliilor corporale considerate anormale, deformate. De fapt, sensul preocupărilor pacientului este condiția sa de a fi urât, diform; fapt ce ar atrage privirea altora, o evaluare negativă și respingere din partea celorlalți. Statutul și rolul de om urât, respingător, neacceptabil, cuprins într-un scenariu de desconsiderare și respingere, poate fi trăit obsesiv sau prevalent; dar și cu o posibilă alunecare spre delir. În acest ultim caz, pacientul manifestă pretenții

absurde de intervenție estetică; sau în comportament procesoman revendicativ față de chirurgii ce au „ratat” intervențiile.

Delirul dismorfofob este, desigur, unul centrat pe corporalitate; dar într-un sens în care corporalitatea este trăită ca suportul unei identități relaționale, de prezență și afirmare socială. De aceea se mai cere reținută componenta senzitiv relațională ce se manifestă intens în acest caz. Ea joacă un rol important și în alte cazuri de trăire anormală a propriei corporalități, ca în anorexia mentală sau bulimia cu tendință la obezitate.

Tot în această arie se plasează așa zisul „delir senzitiv de odorație”, constând în convingerea subiectului că emană un miros neplăcut pe care alții îl percep, evitându-l; condiție urmată de încercări de mascare (prin parfumuri) și de evitare socială. În toate aceste cazuri conduita de evitare se plasează în aceeași direcție ca în anxietatea socială, scenariul fiind însă acum altfel argumentat. Iar intensitatea manifestărilor atingând pragul delirului.

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

Preocuparea anormală față de o eventuală boală se poate manifesta, așa cum deja s-a menționat, anxios fobic sau obsesiv – prevalent. Ea poate să capete însă și o formulă delirantă, deseori pe un fundal depresiv, și însoțită de ideație de vinovăție. Subiectul poate formula convingerea: „Sunt bolnav de Ebola și vinovat că am contaminat întreaga Europă”. Corelația preocupărilor hipocondriace cu depresia este tradițională.

În aria delirurilor somatice pot fi plasate și acele cazuri în care pacientul ajunge să fie convins că în abdomenul său se află un vierme sau un șarpe – solicitând imperios să fie operat pentru a i se extrage. Această temă e una ce se plasează în avântcamera celei a posedării de către diavol.

O posibilă temă delirantă monotematică este cea a convingerii într-o descendență particulară, părinții naturali nefiind recunoscuți ca atare. Subiectul consideră că aceștia au fost substituiți. Sau că alte persoane, cunoscute sau necunoscute, reprezintă părinții său reali. Uneori pacientul se angajează în căutări pentru a-și afla părinții. Sau, presupune că aceștia sunt anumite personaje publice pe care le cunoaște vag din mass media. Delirul de descendență particulară indică evident o incertitudine identitară. El aduce însă în prim plan și tema delirantă a schimbării identității persoanelor percepute, deseori a celor familiare, fenomen etichetat uneori ca iluzie.

S-au descris și se descriu și deliruri monotematice cu tematică de grandiozitate, de invenție de ex. Așa sunt cei ce sunt dedicați descoperirii unui perpetuum mobile, leacului cancerului, “esenței adevărului” etc. De ex. o persoană aflata în perioada pensionării, ajunge să se preocupe de prelungirea vieții, fiind apoi convins că a descoperit “visul de aur al omenirii, nemurirea”; motiv pentru care i se va acorda Premiul Nobel. El se hotărăște să împartă câștigul de la trei din aceste premii, cu medicul sau psihiatru. La astfel de persoane dispoziția afectivă e de obicei pozitivă, dar comportamentul nu are întotdeauna caracteristici hipomane. În același registru al delirurilor de grandiozitate sunt plasați și idealisții pasionali, ce se simt angajați într-o luptă pentru binele omenirii; și care se dăruie cu generozitate păcii universale, planetei verde, dispariției cancerului și suferințelor de pe pământ. Au fost descrise apoi persoane ce simt că au primit misiunea specială să reînnoiască spiritual omenirea, eventual propunând o nouă religie.

În toate aceste cazuri, condiția identitară se preschimbă evident, devenind una de excepție, aspirată de o dăruire întru binele comunității.

Delirurile monotematice, cu întreaga lor tatonare în marginea orbitei psihotiforme, se cer privite și dincolo de nosologia psihiatrică, din perspectiva vieții cotidiene. Preocuparea față de sănătate, față de atractivitatea aspectului corporal sau de eventuala infidelitate a partenerului, sunt trăiri firești pentru fiecare

om; chiar dacă în viața de zi cu zi ele pot fi latente. Când sunt semne de boală, de obicei apare o ușoară reacție anxios fobică adaptativă, ce îndrumă subiectul spre consult, diagnosticare și tratament. Preocuparea față de posibilitatea de a fi bolnav se poate manifesta ca o părere trecătoare, ca o opinie mai persistentă, eventual repetitiv obsesivă, ca o credință pe cale de constituire; sau, în final, ca o convingere fermă într-o condiție aparte, pe care subiectul și-o reprezintă constant, cu convingere; și care acum îl absoarbe prevalent, împiedecându-l de a mai acorda suficientă atenție diverselor aspecte ale vieții cotidiene. După același scenariu, persoana poate fi subjugată de convingeri în scenarii care-l precipită spre statutul și rolul unui om înșelat, persecutat, iubit sau de om important pentru destinul comunității.

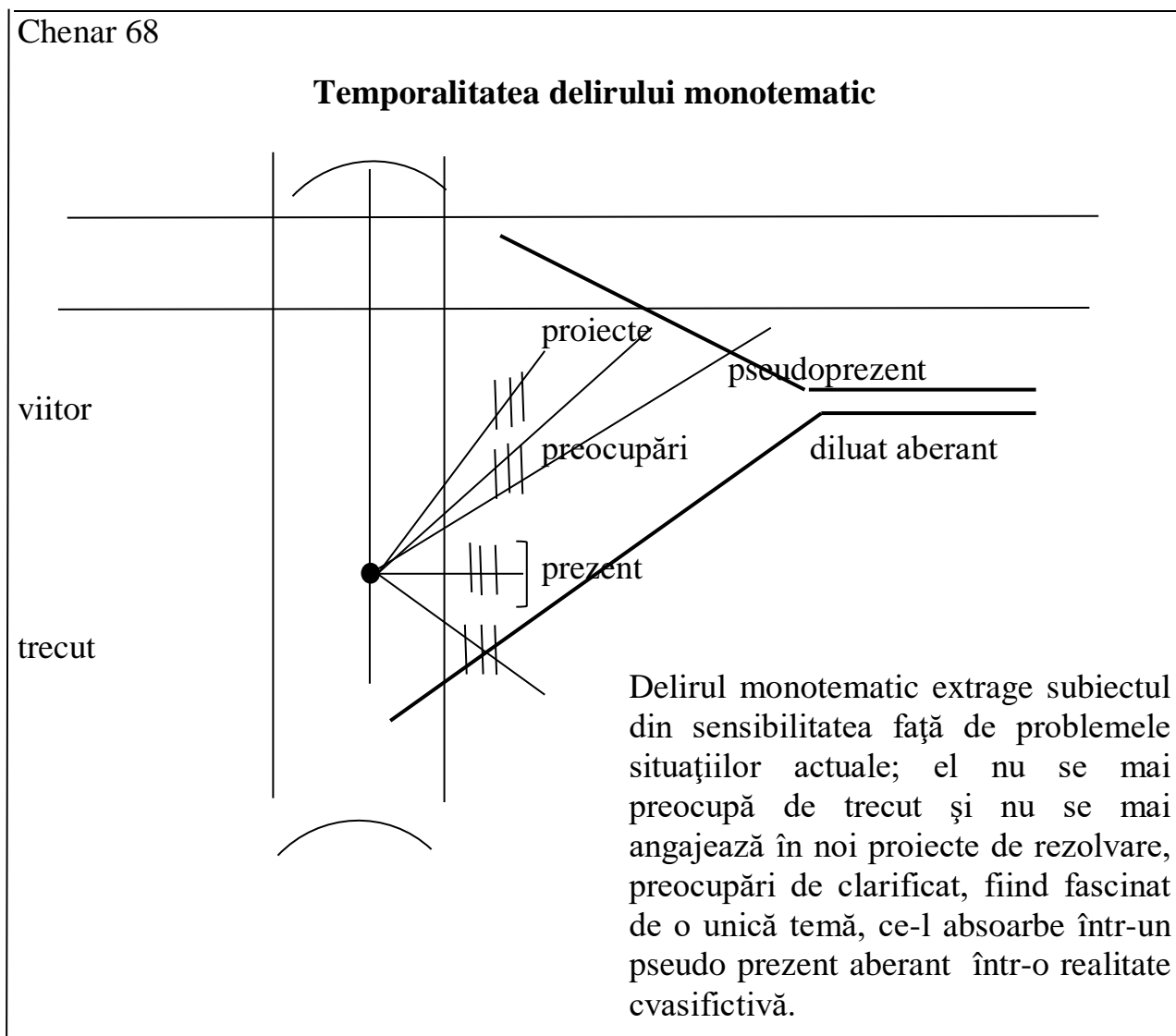
Statutul și rolul social de om persecutat, înșelat, bolnav etc. reprezintă, parțial, și o condiție suprapersonală, ce funcționează ca un model normativ de conduită interpersonal socială în cadrul comunităților. Tematica adiacentă acestora e implicată parțial și în funcționarea unor practici umane, ca cea medicală, juridică, administrativă, de orientare a relațiilor pe diagrama intim/public etc. Dar astfel de condiții sunt în același timp și posibile preocupări problematice adaptative ale psihismului personal; latente, dar aflate la dispoziția subiectului, pentru a le actualiza la nevoie. La fel ca și dispoziția anxioasă, iritabilă, depresivă sau expansivă, cu care variatele preocupări de obicei se conjugă. Des-implicarea câte unei astfel de preocupări privitoare la un anumit statut și rol social dintre cele menționate, trecerea ei în față și mai ales ajungerea ei - în calitate de convingere majoră într-o anumită rezolvare aberantă a scenariului - în prim planul intereselor și preocupărilor subiectului, marchează o modificare a stării identitare a persoanei; care-și pierde astfel flexibilitatea și capacitatea de a se ancora firesc în prezent.

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 exterioare 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. Tema delirului se referă întotdeauna la sinele subiectului, exprimând răspunsul aberant ce i se impune, la o preocupare privitoare la starea sa, la identitatea sa relațională, la valoarea și poziția sa în lume. Poziție și statut de om bolnav, rejectat social, înșelat, prejudiciat, persecutat; sau de om ce a descoperit ceva nou și semnificativ pentru alții. Convingeri ce susțin roluri sociale cuprinse în scenarii tematizabile, care-l absorb și îl domină. Iar alunecarea spre astfel de convingeri rezultă dintr-o transformare deficitară a resimțirii propriei identități; și a proiectării sale pe o scenă autoreprezentativă. Temele, „ideile” ce ajung în prim planul delirurilor monotematice, derivă deci din problematizări existențiale de care subiectului „îi pasă”, care îl privesc în modul cel mai intim și adânc; și în raport cu care el poate dezvolta preocupări persistente, cuprinse în scenarii autoreprezentative; înainte de a se petrece mutația deficitar disfuncțională din planul identitar, prin cristalizarea convingerii patologice. Doar că acum, când ajunge în condiția delirantă, el se transformă într-un personaj aberant ce alunecă spre o orbită metareprezentativă; a cărei poziție îl domină, extrângându-l din bogăția și varietatea „prezentului trăit” în cadrul vieții de zi cu zi.

Transpunerea în condiția de personaj o trăiește, desigur, și subiectul ce ajunge la convingeri megalomane sau micromane, în cazul episoadelor maniacale sau depresive. Caz în care el e „decontextualizat” în raport cu viața de zi cu zi, prin însăși faptul că tulburările formale ale acestei patologii îl extrag din „prezența la prezentul structurat”, ierarhizat; și îi proiectează autoevaluarea excentrică spre un viitor a toate posibil”; sau spre un trecut încremenit. Această „ieșire din prezent” se petrece însă în delirul monotematic printr-un alt procedeu. Și anume, prin amplificarea exorbitantă a unei teme identitare devenită convingere absolută, ce absoarbe toate preocupările sale, ne mai lăsând loc altor preocupări și proiecte sau

angajării în situațiile problematice curente. Astfel, el ajunge să fi proiectat într-un „prezent dilatat fără limite”.



## 7.5. Paranoia, supravegherea și manipularea

Delirul monotematic, inclusiv cel paranoiac al persecuțiilor persecutori, ne mențin, până la un punct, între parametrii de relaționare ai subiectului cu lumea sa înconjurătoare umană, așa cum e aceasta structurată în cadrul existenței cotidiene. Delirul paranoid, care se derulează într-o atmosferă anxios fobică fiind centrat pe teme de atitudine ostilă, ne mută însă pe o scenă și într-un scenariu care e comparabil în esența sa cu narativitatea ficțiunilor, ce se desfășoară în „câmpul personajelor”. Intrând în universul paranoid în calitate de personaj, subiectul simte că se confruntă atât cu alte persoane-personaj din ambianță; cât și cu organizații, instituții și instanțe sociale generale și abstracte – așa cum ar fi Securitatea Statului, CIA, masoneria mondială etc. Și la fel cu personaje publice, istorice, legendare, sau cu ființe supranaturale. Desigur, persoanele din jur și cele cunoscute nu sunt suprimate, mixtându-se cu cele publice, istorice sau fictive. Iar uneori ele chiar rămân în centrul conflictului delirant. Dar acum, toți eroii delirului apar pregnant în poziția de personaje ai unei lumi și a unui scenariu predominant fictiv, a cărui conflict se derulează în jurul pacientului, transformat și el în personaj. Și implicând, pe lângă persecuție, supravegherea și manipularea. Cum scria Grissinger încă în 1845 (după Berrios):

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

Delirantul paranoid, pierzându-și articularea firească cu lumea existenței sale cotidiene - în care funcționează o structură relațională bine articulată între viața intimă și cea publică, (Chenar ) - se simte vulnerabil la accesul altora, a alterității, spre intimitatea sa. În consecință, are impresia că este continuu supravegheat, urmărit, ținut sub control de la distanța de către alții, manipulat de către instanțe xenopatrice diverse. Căci doar astfel persecutatul se află efectiv “sub puterea celorlalți”. În fragmentul citat mai sus după Grissinger sunt invocați ”inamici secreți, poliția, francmasoni” dar și diavoli. De fapt pe acea vreme, la fel ca și



acum, în delirul paranoid interveneau, în conformitate cu tradiția, nu doar persoanele cunoscute și instanțele umane accesibile; ci și diverse ființe supranaturale, inclusiv Dumnezeu. De aceea, e necesar la acest nivel un scurt comentariu transcultural.

Dimensiunea psihologică a individului uman nu poate fi comentată izolat, în afara imersiunii sale în inter-subiectivitate și în lumea sa socio culturală, ce se dimensionează prin normativitatea și discursivitatea prescripțiilor și narațiunilor publice. Lume din care tradițional face parte și instanța mitico sacrală. Iar omul tradițional era, în principiu, subordonat acesteia, în sensul acceptării controlului și manipulării posibile din partea ființelor supranaturale. Posesiunea de spirite a făcut parte din această tradiție și a stat la baza medicinei șamanice. Cultura elenistică și cea a începutului modernității Europei a acceptat deasemenea posibilitatea intervențiilor supranaturale, în marginea noilor doctrine științifice. În sec. XIX când raționalismul pozitivist s-a declarat oficial învingător - într-o Europă ce cultivă imaginea unei persoane libere ce se autodetermină - , credințele tradiționale se mențineau totuși; iar în perspectivă statistică erau probabil preponderente în populația generală, mai ales în zonele rurale. Ceea ce probabil e valabil și în zilele noastre la scară mondială, dat fiind faptul că religiile și obiceiurile tradiționale participă la păstrarea coeziunii comunităților. Monoteismul creștin ce stă la baza culturii Europei, are particularitățile sale în acest domeniu. Totuși, și el susține o pleora de ființe supranaturale, pe care le-a moștenit din perioada afirmării sale împotriva Gnosticismului și Maniheimului. Iar prezența acestor personaje supranaturale se menține în mediul cultural al credincioșilor. Mediu ce înconjoară umanitatea culturală; și din care se împărtășesc toți noi născuții. De aceea nu e de mirare că, în clinicile psihiatrice continuă să se întâlnească și azi explicații ale sentimentului de control, transparență și influență prin intervenția duhurilor, spiritelor, energiilor, diavolului și a lui Dumnezeu. Alături de supravegherea realizată de poliție, serviciile secrete, masonerie, mafie ș.a.m.d.

Revenind la problematica delirului paranoid, în comentarea fiecărui caz se cere precizată tematica relațională a acestuia, modalitățile supravegherii și identitatea alterității ostile. 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 apoi și morale: denigrare, atac la onoare sau la poziția socială, calomniere; sau atacuri asupra bunurilor, familie, pierderea libertății, ostracizare etc. Atmosfera dispozițională este predominant anxios fobică, în raport cu ostilitatea și intervenția agresivă a unor personaje și entități suprapersonale din mediul socio-cultural, ce vizează ostil subiectul. 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 a intențiilor intime. Se poate adăuga sentimentul intervenției asupra voinței și autocontrolului, cu influențare, manipulare ideo afectivă și motorie de la distanță. În sfârșit, inventarul aspectelor structurale ale delirului paranoid nu trebuie să ignore cine sunt persecutorii și autorii supravegherii manipulative: rude, vecini, cunoștințe, colegi de serviciu, șefi, persoane administrative sau politice, personaje publice ce ocupă diverse poziții în ierarhia socio-culturală sau istorică, instituții, organizații, asociații, diverse entități umane sau supranaturale. Prezența unor personaje fictive sau din mitologia religioasă pot juca și ele un rol important în configurarea delirului. Analiza unui delir paranoid presupune deci cel puțin trei clase de fenomene.

Acțiuni nocive care se întreprind asupra pacientului	Fenomene de supraveghere, control, manipulare	Cine sunt agenții atitudinilor și acțiunilor xenopaticice
--	---	---

Atac asupra corpului, îmbolnăvire, otrăvire, omorâre, prejudiciu moral, subminarea pozițiilor sociale, privare de libertate, atac asupra averii, familiei	Supraveghere prin privire (sd. senzitiv de relație), urmărire, spionaj, supravegherea intimității de la distanță (cu mijloace tehnice speciale); manipularea de la distanță, controlul și influențarea gândirii, intențiilor, acțiunii	Rude, vecini, cunoștințe, colegi Șefi, personaje socio politice, culturale, istorice Instituții, organizații Personaje fictive, supranaturale, reprezentanți ai mitologiei religioase
---	--	--

Psihopatologia psihotică delirantă paranoidă cuprinde de obicei, în grade diferite, și alte simptome psihotice ca: halucinații, trăiri de derealizare, depersonalizare, transpersonalizare, dezorganizare, agitație, catatonie. Apoi, delirul paranoid se desfășoară cel mai des printr-o dispoziție afectivă anxios fobică; dar e posibilă și concomitența unor stări depresiv iritabile sau de tip maniacal. Iar în paranoidia schizofrenă se poate manifesta și o dispoziție apato abulică. În prezentul paragraf atenția e concentrată însă asupra stării psihotice predominant delirant paranoidă, cu minime alte simptome psihotice. Deoarece delirul paranoid a fost comentat în ultimele decenii mai ales în corelație cu schizofrenia, se cere reamintită poziția inițială a lui Bleuler când a introdus acest concept nosologic în clinica psihiatrică; și anume, el considera că specifică pentru tulburarea schizofrenă e dezorganizarea psihică autistă, delirul fiind un fenomen psihopatologic secundar. În prezent această viziune e reactualizată și dezvoltată.

De aceea vom comenta delirul paranoid inițial, cât mai distanțat de autism și dezorganizare. Cât privește halucinațiile, fenomenele de transparență-influență și cele de depersonalizare-transpersonalizare, acestea vor fi abordate succesiv. Fenomenul supravegherii anormale face însă corp comun cu delirul paranoid, așa încât va fi abordat acum.

Supravegherea paranoidă are un prim nivel, care menține articulația cu relaționarea interpersonală; și care 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 chiar) care trăiește evenimente ce induc devalorizare, rușine. (Chenar,..). Se instalează impresia sau convingerea subiectului că este privit în mod special de către alții: de vecini, la serviciu de colegi, pe stradă de către necunoscuți. Toți se uită la el cu interes, curiozitate și subînțelesuri, făcându-și

Chenar 69

### Tematica delirantă paranoidă

Tematica delirantă paranoidă este în esența sa relațională. Ea se referă la convingerea neargumentată și absurdă că alții – sau diverse entități de tip uman sau supranatural – intenționează să facă sau i-au făcut deja ceva rău subiectului; convingere ce e deseori însoțită de simptome de supraveghere și control de la distanță. Punctul de plecare al reticenței față de imixtiunea nocivă a alterității poate fi plasat la nivelul străpungerii limitelor propriului corp, prin „ceva” neperceptibil ce sta la baza simptomului de contaminare din TOC; dar acest nivel nu se pretează la tematizări.

Persecuția și atitudinea ostilă necolaborativă din partea altora sunt aspecte firești ale vieții cotidiene. Iar pentru o existență adaptativă, subiectul trebuie să detecteze eficient, prin suspiciunea sa, astfel de situații; inclusiv intenția altora la rejecție sau înșelare. Persoanele cu TP paranoidă au un grad crescut al suspiciozității. În raport cu persecuția și atitudinile ostile reale pot să se dezvolte reacții comprehensive normale sau anormale. Persecuția este însă și cea mai frecventă temă delirantă relațională.

Tematica delirantă relațională se mai referă și la gelozie și erotomanie, care sunt centrate pe relații interpersonale intime; precum și la descendența ilustră, care implică familia. Convingerile delirante senzitive trimit spre o relaționare tensionată cu persoane străine, centrată fiind pe sentimentul unei supravegheri speciale și pe atitudini depreciatorii. Tematica propriu zisă de persecuție, se impune însă în relația persoanei cu un grup uman mai mare de oameni, de obicei instituționalizat. Ea exprimă eșecul colaborării și integrării relaționale, a acceptării sale ca membru al unei comunități. Asupra acestui aspect a atras atenția psihologia evoluționistă, mai ales după ce cognitivismul a evidențiat funcția adaptativă a mentalizării. E vorba de o capacitate psihocerebrală umană transmisă genetic, care în urma experienței maturante din primii trei ani, permite subiectului să ghicească intențiile unei persoane percepute situațional. Pornind de la această capacitate, oamenii pot elabora strategii de colaborare, de integrare sau reticență; deoarece, acum ei pot detecta eventuala intenție de rejecție sau înșelare a celorlalți; și își pot coordona acțiunile în cadrul grupelor ce acționează în comun. Iar cooperarea este esențială pentru hrănire și apărare; și în general pentru supraviețuirea indivizilor și colectivităților. Evoluționiștii consideră că pentru hominzi și pentru specia homo, excluderea din colaborarea cu grupul echivala cu moartea, individul neputând supraviețui de unul singur. Homo sapiens a moștenit și cultivat această sensibilitate la rejecție și excludere, probabil de dinaintea perioadei sedentar agricole. Ulterior au intervenit, desigur, și alte aspecte ale vieții sociale specific umane, corelate practicilor instituționale și ritualurilor religioase. Iar în fundal, practica războiului și crima, omorârea în cadrul speciei; care e o noutate în biologie. Pe acest fundal psihismul uman a dezvoltat o deosebită sensibilitate față de rejecție și atitudinea ostilă a grupului social și a entităților instituționale.

Privind lucrurile din perspectiva menționată mai sus, tematica scenariului delirant paranoid nu se poate reduce la experiențe acumulate în perioada ontogenezei individuale. Desigur, pe parcursul biografiei, subiectul experimentează ostilitate, rejecție, persecuție etc. Dar la fel cum capacitatea de mentalizare are o bază în maturarea unor structuri neurocognitive ale creierului social, sensibilitatea față de rejecția și ostilitatea socială, apare în primul rând ca o matrice neuropsihică adaptativă generică, de care subiectul dispune. Și spre care psihismul individului ajunge să fie orientat, datorită particularităților speciale de deschidere spre experiențe ale creierului său. La fel cum el e deschis spre receptarea și însușirea limbajului și a funcțiilor executive, a cooperării, a anxietății și depresiei, a geloziei și dragostei. De fapt, e vorba de condiționarea parțial cerebrală, a structurării ansamblului relațiilor interpersonal sociale în cadrul cultural al narativității, normativității și valorilor, a instanței statutelor și rolurilor sociale, a personajelor și scenariilor narrative, inclusiv cele

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 pleda, într-un fel, pentru o continuitate între: - Pe deoparte, preocuparea prevalentă a unei persoane vulnerabile ce a trăit o experiență specifică de inferiorizare-rușine, în direcția sentimentului de a fi suspus batjocurii publice; ceea ce conduce spre patologia patologia anxietății sociale.- Și, pe de altă parte, delirul senzitiv relațional propriuzis, care nu mai e corelat direct și comprehensibil cu un eveniment trăit și are la baza trăirea centralității. Cazuistica sa se plasa la un pol opus față de cverulenta expansivă a paranoiacului predispus spre luptă, ce constituia nucleul categoriei paranoia a lui Kraepelin.

Delirul senzitiv de relație a lui Kretschmer (Sensitivebeziungswahn) nu s-a impus ca o formă aparte, bine individualizată de delir; ci, ca un sindrom ce se intersectează cu unele teme prevalente sau delirante relaționale. El este prezent în preocupările corporale anormale, ca cele cu punct de plecare în tulburarea dismorfică și în anorexia mentală; atât în varianta prevalențială cât și în cea delirantă a acestora. În delirul paranoid, prezența temei senzitive de relație sugerează trei funcții: - cea de supraveghere; - cea de sancțiune negativă, disprețuitoare, batjocoritoare; - funcția de “centralitate”, constând în sentimentul subiectului că se află în iminența unui eveniment deosebit pentru el, motiv pentru care i se transmit mesaje.

Sentimentul de a fi privit derivă evident dintr-o situație firească, deoarece în permanență oamenii se și privesc reciproc, decelând astfel fiecare intențiile celuilalt. Supravegherea vizuală face apoi parte din practicile educative familiale, ea fiind însă amplificată socio-cultural în diverse contexte educative sau de supraveghere. În cadrul trăirilor senzitiv relaționale subiectul poate resimți faptul ca ceilalți îl comentează negativ, depreciator, bătându-și joc de el sau complotând împotriva sa. Uneori el resimte halucinații funcționale, cu punct de plecare în

discuții reale ale celorlalți, insuficient percepute. Alteori însă, halucinațiile auditive sunt pregnante.

În delirul paranoid pacientul are însă și sentimentul că este urmărit de instanțe exterioare. Aceasta se realizează de persoane mai mult sau mai puțin cunoscute, de reprezentanți ai unor instituții publice, organizații sau asociații – eventual oculte – sau de variate entități socio culturale. Urmărirea poate fi resimțită în continuitatea sindromului senzitiv de relație, ca fiind realizată prin privirile unor urmăritori ce se furișează pe stradă în spatele victimei; sau se deplasează pe urmele sale cu trăsuri, automobile sau alte mijloace de transport, inclusiv avioane și sateliți. Eventual urmăritorii, organizați, se pot schimba între ei pentru continuitatea acțiunii. Căci acum e vorba de o supraveghere continuă și nu doar de o atenție specială conjuncturală, din partea vecinilor, colegilor de servici sau oamenilor întâlniți pe stradă. Sentimentul urmăririi se îndepărtează astfel de universul perceptiv, tinzând spre o convingere de supraveghere constantă, în care privirea propriu zisă e secundară. În cazul urmăririi resimțite ca supraveghere, trimiterile la datele perceptiv pot fi minime. Suntem într-un plan în care convingerea, ”evidența ideatică a (experienței) trăirii”, predomină asupra ”evidenței perceptiv”. Acest aspect se extinde asupra întregii zone simptomatice a transparenței și influenței psihice. Totuși, în măsura în care accentul se mută spre supravegherea continua a intimității, pacientul poate identifica elemente 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 cipuri implantate în creier etc., ca suport tehnic prin care intimitatea le este supravegheată.

O altă modalitate, tradițională de data aceasta, este cea a substituirii de persoane. Iluzia Sosia ar consta în convingerea că o persoană apropiată este substituită cu un spion; Iluzia Fregoli se referă la convingerea că un spion ia

Chenar 70

**Deliruri cu tematică paranoidă**

O femeie de 49 ani, muncitoare, văduvă, prezintă brusc (în câteva zile) convingeri delirante de urmărire și senzitive de relație, însoțite de halucinații auditive simple și apelative (“vecinii vorbesc despre mine că sunt prea slabă, oamenii din mașini se uită la mine”...vecinii bat în perete...răspândesc fire de păr prin casă”); încă 2 internări cu aceeași simptomatologie până în 2005

O femeie de 55 ani prezintă (1997) un delir cu tematică de urmărire, persecuție, supraveghere, halucinații auditive relaționale (aude cum alții își bat joc de ea”); încă 5 internări similare până în 2010.

O femeie de 49 ani, căsătorită cu 4 copii dezvoltă brusc (1999) un delir cu tematică de persecuție, otrăvire prin interpretare („vecinii îi aduc o pungă cu ceva otrăvă”) idei de prejudiciu. În anii următori sunt repetate recidive cu delir de otrăvire/prejudiciu și depresie/vinovăție. Ajunge să problematizeze contactul contaminator cu diverse substanțe (detergenți, săpunuri), dar nu dezvoltă o patologie obsesiv-compulsivă ci idei de vrajire din partea vecinilor care o persecută; ideile senzitiv-relaționale și depresia sunt constante la toate internările.

O femeie de 44 ani, angajată, căsătorită cu 2 copii, debutează brusc (într-o săptămână) (2001) cu delir halucinator paranoid : „cineva” vrea să îi facă rău, toată lumea o vorbește de rău, se simte vrăjită; aude diverse zgomote care sunt semne ale vrăjilor; halucinații olfactive : simte miros de tămâie.

O femeie debutează în 3 săptămâni cu delir de gelozie, persecuție, urmărire, supraveghere, otrăvire (familia e incriminată), vede o mașină albastră care sigur a venit pentru ea să o ducă undeva; se convertește la o sectă religioasă. În 2007 complexul paranoid halucinator reapare

O femeie de 30 ani, muncitoare, căsătorită, debutează insidios (într-un an, 1997) cu delir cu tematică senzitivă de relație: 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). Ideia 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.



diverse înfățișări pentru a fi mereu în apropierea subiectului. Condiția supravegherii continue are și un punct de referință în normalitatea socio-culturală, prin spionaj. Puterea politică are nevoie de informații privitoare la statele rivale.

Dar și de cele privitoare la dușmanii interni; domeniu pe care statele totalitare l-au dezvoltat mult. Apoi, sistemul juridic are și el nevoie de informații detaliate, pe care le obțin organele de anchetă, privitor la faptele pe care trebuie să le judece.

În societatea modernă nevoia de a cunoaște în detaliu anumite comportamente ale altora au resimțit-o și particularii, care au început să-și angajeze detectivi. Dar, mai mult decât atât, odată cu modernitatea, ordinea socială în ansamblul ei a început să se organizeze de așa manieră, încât puterea politică statală centralizată să dispună în permanență de un fond cât mai amplu de date privitoare la situația cetățenilor. Supravegherea și controlul social al individului a marcat – așa cum analizează Foucault – cultura modernității Europei de după Renaștere, care a cultivat ordinea Rațiunii în epoca “luminilor”

Statul, bazat pe forțele polițienești, stimulează acum pe toate căile ordonarea și supravegherea continuă a cetățenilor, în toate momentele și locurile existenței lor. Școala, internatele, locurile de muncă, clinicile medicale, noua variantă de pedepsire juridică prin închisoare, toate plasează cetățeanul, pe care-l are în vedere poliția de stat, în centrul unui focar de supervizare. Simbolul acestui sistem l-ar constitui “panopticum-ul” lui Bethan, ce constă într-un fel în închisoare în care indivizii stau în camere fără pereți despărțitori spre exterior și în permanență luminate. Astfel încât oricine poate vedea, oricând, ce fac acești indivizi claustrați, inclusiv în momentele intime ale existenței lor. Tehnologia electronică a zilelor noastre a rafinat apoi enorm posibilitățile de supraveghere și control de la distanță a cetățenilor.

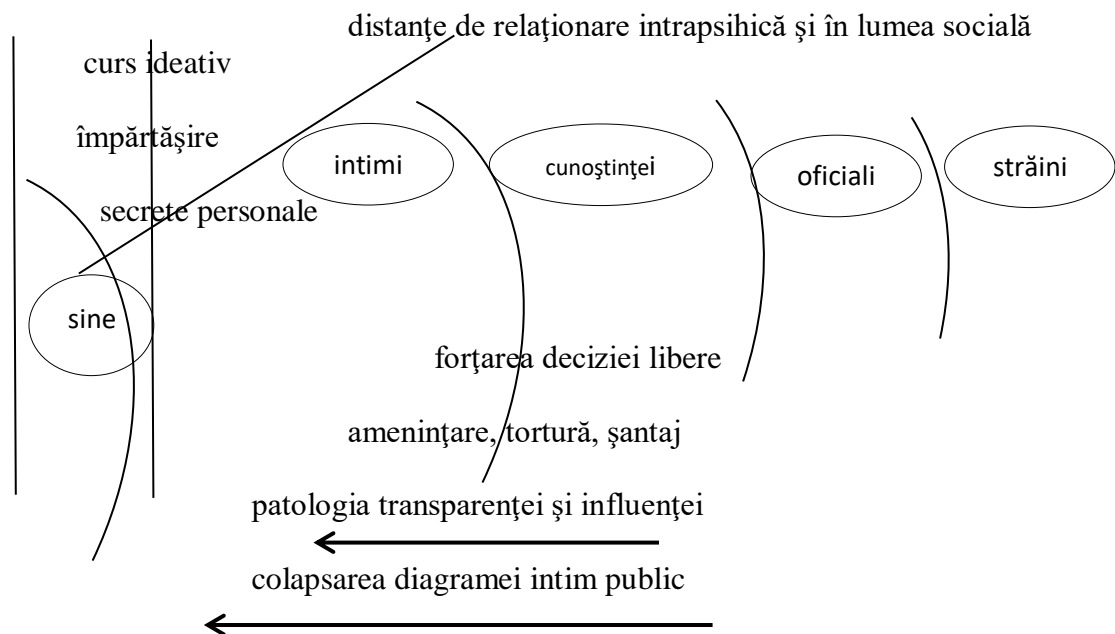
Dacă facem o comparație cu ceea ce știm despre viața de zi cu zi din Grecia antică, s-ar putea comenta faptul că în societatea modernă se dezvoltă condiții

Chenar 71

### Normalitate și patologie în controlul intimității

decizie liberă  
în acțiune și mărturisiri

Instance supranaturale  
(Dumnezeu, diavolul)



- Transparență : cunoașterea de către străini a gândurilor intime prin intuire, ghicire, citire, răspândire (iradiere, difuzare, împrăștiere), sonorizare (în urma spațializării și exteriorizării lor), supraveghere (supervizare îndeaproape)
- Influență : asupra gândirii și vorbirii : blocarea gândirii (g), retragerea g., inserția, impunerea g., influențarea, dirijarea, contrafacerea g.; asupra deciziilor, inițierii acțiunilor, mișcărilor, a emoțiilor, a senzațiilor corporale
- Simptomele de prin rang Schneider pentru diagnosticul schizofreniei (SPRS) cuprins, pe lângă majoritatea simptomelor de transparență influență și : halucinații auditive sub forma vocilor care-i comentează pe pacient sau a vocilor ce comentează gândurilor și acțiunile sale și delirul primar.

culturale speciale pentru ca sentimentul de supraveghere să se infiltreze în conștiința tuturor indivizilor; iar condiția psihopatologică să îl aducă mai ușor în prim plan, la fel ca sentimentul de a fi privit. Condiția supravegherii continue are și un punct de referință în normalitatea socio-culturală, prin spionaj. Puterea politică are nevoie de informații privitoare la statele rivale.

Modificări ale psihismului uman s-au produs deci în modernitate, nu doar prin dezvoltarea dimensiunii subiectiv reflexive a conștiinței individuale. La periferia acesteia se insinuează acum și sentimentul (vag în normalitate) al supravegherii și examinării publice continue. Și, de asemenea, cel al posibilei coordonări și manipulări sociale, suprapersonale. Asupra acesteia a atras atenția de asemenea Culianu, analizând evoluția magiei în Renaștere. Magia, ca și vrăjitoria, operează, prin mijloace supranaturale, pentru a modifica stări de lucruri, atât în natură (de ex. în alchimie), cât și în viața umană.

În mod tradițional vrăjitoria era creditată că poate interveni de la distanță asupra sănătății și dragostei indivizilor. În Renaștere, Giordano Bruno dezvoltă însă ideea influențării la distanță a unei mari mase de oameni, prin manipularea erosului, a legăturilor afective în general (*De vinculum*). Arta manipulării oamenilor era declarată de Bruno o știință. Iar această știință s-a dezvoltat mult ulterior, nu doar prin propaganda iezuiților și a emisarilor ideologiei oficiale din societățile totalitare, ci și prin mijloacele mass media actuale.

Culianu scrie:

“Magicianul se ocupă astăzi de relații publice, de propagandă, de prospectare a pieței, de anchete sociologice, de publicitate, informație, de contra-informație și dez-informație, de cenzură, de operații de spionaj și chiar de criptografie”...

Astfel de abordări istorico-culturale care descifrează psihosociologia omului contemporan, - om care-și derulează existența dintre viața intimă și cea publică în condițiile unei permanente intervenții de control și manipulare suprapersonală a

societății asupra intimității conștiinței - sunt importante pentru a înțelege că, simptomatologia de supraveghere și control din delirul paranoid, nu apare din nimic. De altfel, formula pe care o introduce modernitatea și postmodernitatea se dezvoltă pe un fundal istorico cultural în care aceleași aspecte se derulau în cadrul relației între om și forțele supranaturale.

Ar mai fi de adăugat faptul că, tematica paranoidă e una ce se desfășoară în contextul unei dispoziții anxios fobice. Fenomenul supravegherii și controlului exprimă o distorsiune a spațialității antropologice trăite, specifică - așa cum s-a comentat - patologiei anxioase. Acum e vorba însă de spațiul interpersonal, cel al a distanțelor psihice față de alții și instituții, care nu mai poate fi controlat și stăpânit de subiect. Ceilalți, „dușmanii”, au acces direct la zona de intimitate a pacientului, care nu-i mai poate ține la distanță. Această perturbare a raportării pe axa intim public își atinge maxim în sd. de transparență/influență, în care străinii ajung să-i cunoască și să-i manipuleze gândurile cele mai intime. Asupra acestei probleme se va reveni.

### **7.6. Delirurile fantastice și cele mitico religioase; delirul și lumile ficționale multiple**

Delirul paranoid, inclusiv cel comentat în cadrul schizofreniei, se diferențiază în bună măsură de modelul sugerat prin romanul lui Cervantes, în care nobilul de țară Quijano alunecă într-o nouă identitate, de cavaler rătăcitor – după modelul romanelor pe care le citise – trăind într-un univers de ficțiune, ce doar se intersectează cu cel al oamenilor din jurul său. Chiar dacă am evita cazuistica prea evident marcată de detașarea autistă și dezorganizarea ideo-verbală a paranoidiei schizofrene, fantasticul neverosimil a multor scenarii delirante întâlnite în clinicile psihiatrice ne îndepărtează totuși, deseori de cursivitatea comprehensivă a beletristicii românești. Dar privind astfel se ignoră dimensiunea mitico magică pe care o introduc în viața oamenilor normali poveștile, basmele, literatura de ficțiune

și, mai ales, miturile sacrale. În cele din urmă romanele, cu coerența celui scris de Cervantes, s-au impus doar în ultimele sute de ani și și-au formulat un ideal odată cu Bildungs-romanul german de la sfârșitul Iluminismului, calchiat după modelul unei biografii sistematice. Dar chiar și genul romanului nu s-a menținut decât parțial în jurul acestei scheme. Pe când basmele și legendele impregnează oamenii, încă din copilărie și adolescență, de mii și mii de ani; și continuă să funcționeze și în zilele noastre prin întreaga literatură și filmologie science fiction. Se cere însă, mai ales, să nu se ignore miturile sacrale care sunt acceptate firesc de credința naturală a oamenilor. Oameni ce-și desfășoară viața de zi cu zi mergând la sfârșit de săptămână la biserică. Cazuistica delirată înregistrează și astfel de convingeri. Deși ele sunt mai reduse în perioada de sfârșit a modernității și intrare în lumea postmodernă.

Sistematica nosologică a psihiatriei pe care ne-a lăsat-o moștenire Kraepelin prin ultima ediție (a opta) a Tratatului său, avea în vedere pe lângă demența precoce (=schizofrenie) și paranoia (=delir monotematic sistematizat) încă un cadru nosologic delirant, cel al parafreniei. E vorba de un delir fantastic, confabulator și uneori expansiv, delimitat și încapsulat (cu „dublă contabilitate”) ce apare mai ales la persoanele în vârstă. Tot la începutul sec.XX Dupré a descris în Franța un „delir de imaginație”.Deși o astfel de cazuistică nu mai beneficiază în ultimul timp de o delimitare nosologică bine definită, ea nici nu a dispărut. Asupra ei ne atrage atenția recent cazul Breivik, care a ajuns în dezbatere internațională în 2011, după crima impresionantă ce a produs-o.

Breivik era convins că este liderul organizației Regilor Templieri și prin aceasta considera că trebuie să fie pionierul războiului civil european. El urma să fie noul regent al Norvegiei fiind abilitat să decidă cine poate să trăiască și să moară în țara sa. În plus, era convins că are responsabilitatea să deporteze câteva sute de mii de musulmani în Africa și opinia că există o impuritate rasială în Norvegia. De asemenea, lucra - desigur, de unul singur - la un plan pentru a îmbunătăți fondul genetic etnic al Norvegiei. Bazat pe aceste convingeri, pe care le postează și pe internet, el organizează metodic planul crimei pe care o execută pe o insulă unde se adunaseră tineri liberali. La examinările de evaluare psihiatrică

forensică nu s-au constatat halucinații sau dezorganizare a gândirii. Totuși, la prima expertiză delirul său a fost considerat bizar, folosirea cuvintelor cu alte semnificații în contexte noi au fost considerate neologisme, înregistrându-se și răceala sa afectivă. Deși pacientul se considera normal psihic, primii experți au pus diagnosticul de schizofrenie paranoidă.

Acest diagnostic îl absolvea însă de crimă. În urma protestelor generale s-a trecut la o nouă expertiză, fiind reexaminat săptămânal de mai multe ori. Treptat, el a început să reducă importanța Regilor Templieri și să admită că a exagerat rolul său. Al doilea diagnostic a fost de personalitate narcisistă și pseudologie fantastică, fapt ce a permis condamnarea.

Cazul Breivik, devenit de notorietate publică prin mass media, demonstrează că în psihopatologia delirului poate interveni și în zilele noastre narativitatea arhetipală a miturilor și legendelor. Diagnosticul de schizofrenie paranoidă, care s-a formulat inițial în acest caz, nu era desigur cel corect. Dar exista la dispoziția experților diagnosticul de Tb.delirantă persistentă din ICD-10 (cod F.22.0). Formularea diagnostică oficială finală este totuși sugestivă; dar numai în perspectiva zonei în care delirul se agregă. Căci la fel cum se poate ajunge la condiția unei noi identități psihotice delirante pornind de la o personalitate suspicioasă, paranoidă, se poate ajunge la această condiție și pornind de la o personalitate anormală narcisistă. În cazul în care pacientul are un imaginar bogat, fantast, așa cum avea Breivik, alunecarea sa în delir se poate agrega pe o identitate aberantă, ce comportă o acțiune extraordinară, care să-i salveze patria. Cu această ocazie se cere subliniată și diferența esențială dintre poziționarea celui ce confabulează sau a pseudologului – care narează altora evenimente pe care el le centrează ca personaj extraordinar; și delirantul parafren, care crede în această poziționare și acționează în consecință, fără a acorda importanță deosebită relaționării. Chiar dacă cazul amintește de formula DonQuijote transpusă într-un registru sumbru, cazul Breivik este de menționat doar pentru ilustrarea variantelor. Un rol esențial în degajarea dimensiunii specific antropologice pe care se ilustrează delirul, îl joacă însă tematica religioasă.

Chenar 72

### Cazuistică

#### Deliruri cu tematică religioasă; grandiozitate, identificare cu personaje divine

O femeie de 28 ani, angajată, căsătorită, 1 copil, dezvoltă în 2 luni o stare maniacal delirantă : „e trimisa lui Dumnezeu pe pământ; acesta a înzestrat-o cu puteri deosebite, poate prevedea viitorul, fapt ce-l exemplifică cu viitoarele acțiuni ale conducătorilor țării în relație cu președintele SUA, în diverse scenarii”. „Dumnezeu vorbește prin vocea mea și acționează prin mine”, se simte asemeni Fecioarei Maria. Urmează alte recăderi cu delir de grandiozitate dar și episoade depresive.

O femeie de 41 ani dezvoltă un tablou psihotic cu dezinhibiție maniacala și delir de misiune divină: “E aleasa lui Dumnezeu de la care are misiunea să lupte cu diavolul”. Dumnezeu îi spune zilnic ce să facă; “Duhul Sfânt vorbește prin mine”. Dumnezeu a ales-o să fie un fel de proroc pentru că: “e curată, nu a mințit, nu a preacurvit și are un semn pe dosul mâinii care indică locul unde a fost cuiul răstignirii lui Iisus...” simte un gust amar de la pelinul dat lui Iisus iar corpul îi miroase a tămâie”. Dumnezeu o protejează și o influențează, simte gânduri care nu sunt ale ei dar acestea sunt “gânduri date de Dumnezeu”, “i se citesc gândurile cu ajutorul lui Dumnezeu”. Se simte urmărită de oameni, căci oamenii sunt “diavoliți”, își dă seama de aceasta căci “simte un fior de gheață în ceafă”.

Un bărbat de 44 ani evoluează spre psihoză lent, în 2 ani, prezentând un delir de grandiozitate: simte că e trimisul lui Dumnezeu pe pământ, îl simte pe Iisus în corpul lui și are menirea de a salva omenirea de la dezastru, are puteri deosebite pe care le folosește spre binele oamenilor, este vizionar, tot ce gândește se și întâmplă, de aceea evită să citească articole negative din presă sau să se gândească la acestea pentru a nu se produce noi crime și nelegiuri. pe stradă lumea caută să îl atingă pentru a-i lua din energie, deoarece are puteri supranaturale, lumea îl urmărește pe stradă dar și prin radio și TV...când a trecut granița în altă țară s-a declanșat o furtună” era un semn ceresc pentru a îl avertiza că nu e bine să părăsească țara”....când privește luna sau Biblia, îl vede pe Dumnezeu, îngerii și pe toți sfinții.

O tânără de 19 ani are un scurt episod maniacal, iar peste un an (1988) se internează pentru o dezinhibiție maniacală însoțită de un delir mistic. Debutul episodului îl descrie astfel: “am început să mă simt puternică și fericită, toate gândurile din trecut îmi veneau în minte...gândurile fugeau...mi le aduce cineva înapoi...numai gânduri bune...mi le planta în minte...erau producția Domnului Dumnezeu, care printr-unmesager, probabil un înger, le punea în mine...nu erau gândurile mele, mintea mea nu le putea aduce așa rapid...vocea îngerului o auzeam în cap...Domnul îmi știa și toate gândurile căci El le știe pe toate, oamenii știu doar o parte....

Episoade ulterioare se manifestă cu tablou depresiv, depersonalizare, trăiri senzitiv relaționale. Apar și simptome de transparență și influență ce nu se corelează direct cu Dumnezeu, baraj mental, sonorizarea gândirii “îmi aud gândurile cum îmi sună în cap”...”cineva îmi influențează acțiunile”; la un episod (2008) afirma totuși că “trăiește o intimitate cu Dumnezeu care i se dezvăluie și îi vorbește”, episod în care e și erotomană, considerând că o iubește un reporter TV.

Tematica delirantă religioasă constă dintr-o convingere de apropiere și familiaritate crescută cu personajele mitologiei sacrale. E vorba în creștinism de Dumnezeu, Iisus Christos, Fecioara Maria, Sfântul Duh, diavolul. Evenimentele principale sunt patimile și răstignirea lui Iisus și sfârșitul lumii; mai intervin prorocii, minunile. Diavolul reprezintă răul și tentează omul să păcătuiască, uneori posedându-l. Posesiunea demoniacă implică sinele corporal și e trăită deseori ca o dedublare a psihismului. Pacienții cu tematică religioasă se simt apropiați și familiari cu Dumnezeu, fapt ce exprimă o stare de grandiozitate. Episoadele pot fi marcate uneori de un sindrom maniacal, concomitent cu o tematică paranoidă. simptomatologia formală specifică maniei – în sens de dezinhibiție biopsihică expansivă și tahipsihie - poate să fie minoră. Cel mai des subiectul se simte alesul special a lui Dumnezeu, care-i încredințează personal misiunea de a lupta împotriva răului, a diavolului; și de a salva omenirea. Odată cu aceasta, ființa supremă poate transmite pacientului și alte capacități sau abilități lumești deosebite. Uneori el se simte intermediarul dintre Dumnezeu și oameni, transmițând acestora mesajele divinității prin propria-i voce. Odată ce situația de familiaritate e astfel instituită, subiectul se simte protejat în mod special de Dumnezeu. El se identifică parțial cu acesta, mai ales cu Iisus, în poziția sa de răstignit; iar fenomenele de transparență influență capătă caracteristici speciale. Aspectul cel mai important ce se cere subliniat, e transformarea delirantului într-un personaj ce se plasează la același nivel, în aceeași lume fictivă și supranaturală, în care ființează personajele mitului religios.

Religia face desigur parte din viața de zi cu zi a oamenilor unei socio-culturi, un procent important dintre ei fiind credincioșii practicanți, în cadrul diverselor culte și secte. Deși sacralitatea se referă la un univers supranatural transcendent, societatea are instituții și practici oficiale ce se ocupă de cultul religios; și personal care activează în cadrul acestor instituții. Practicile religioase includ rugăciunea solitară și colectivă, respectarea postului sărbătorilor religioase, eventual retragerea



în solitudine monahală, studierea Bibliei și meditații asupra înțeleșului ei. Credința poate fi 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 adevărilor credinței, a sentimentului de păcat și a practicării penitenței. Toate aceste aspecte pot avea și variante psihopatologice, în contextul deștructurării psihotice a psihismului.

Specificul tematicii delirante religioase constă tocmai în faptul că subiectul se raportează acum nemijlocit la o instanță populată de personaje cu totul diferite de cele din aria vieții sale cutumiere, intime sau publice; precum și față de cele istorice sau narrative, diferite de orice instituții sau organizații ce țin de lumea omenească. În plus, raportarea delirantă la divinitate nu e doar una la ființe supranaturale – ca eroii de basm, legendă sau extraterestri. Ci la o ființă unică și a toate puternică; fapt ce marchează major “lumea delirantă” la care psihoticul participă în acest context.

Transpunerea delirantului în realitatea supranaturală a scenariului mitico-sacral, în apropiere, familiaritate, și interpătrundere cu personajele divine, indică tocmai faptul că “el se mută” în timpul delirului din realitatea cotidiană într-o altă realitate. Această transpunere se petrece concomitent cu menținerea sa, totuși, și în cadrul relațiilor din viața de zi cu zi, dominată de obicei de convingerea într-o persecuție paranoidă. Fapt pe care, în aceste condiții îl poate interpreta ca acțiune a diavolului. Colapsarea delirantă a structurii identitare a subiectului îl mută deci în „câmpul narativ al personajelor”, pe orbita psihotiformă delirantă. El rămânând doar parțial, ca un om rătăcit și pierdut, prin viața cotidiană în care locuia înainte.

Subiectul ce trăiește un delir cu tematică religioasă, fiind de ex. convins că e fiul lui Dumnezeu și are menirea să salveze omenirea învingând diavolul, se identifică deci cu un rol dintr-un scenariu fictiv, participând la o lume supranaturală. Pentru el această lume se intersectează constant cu lumea de zi cu zi a familiei, vecinilor, colegilor, trecătorilor de pe stradă; - la fel cum clădirea și

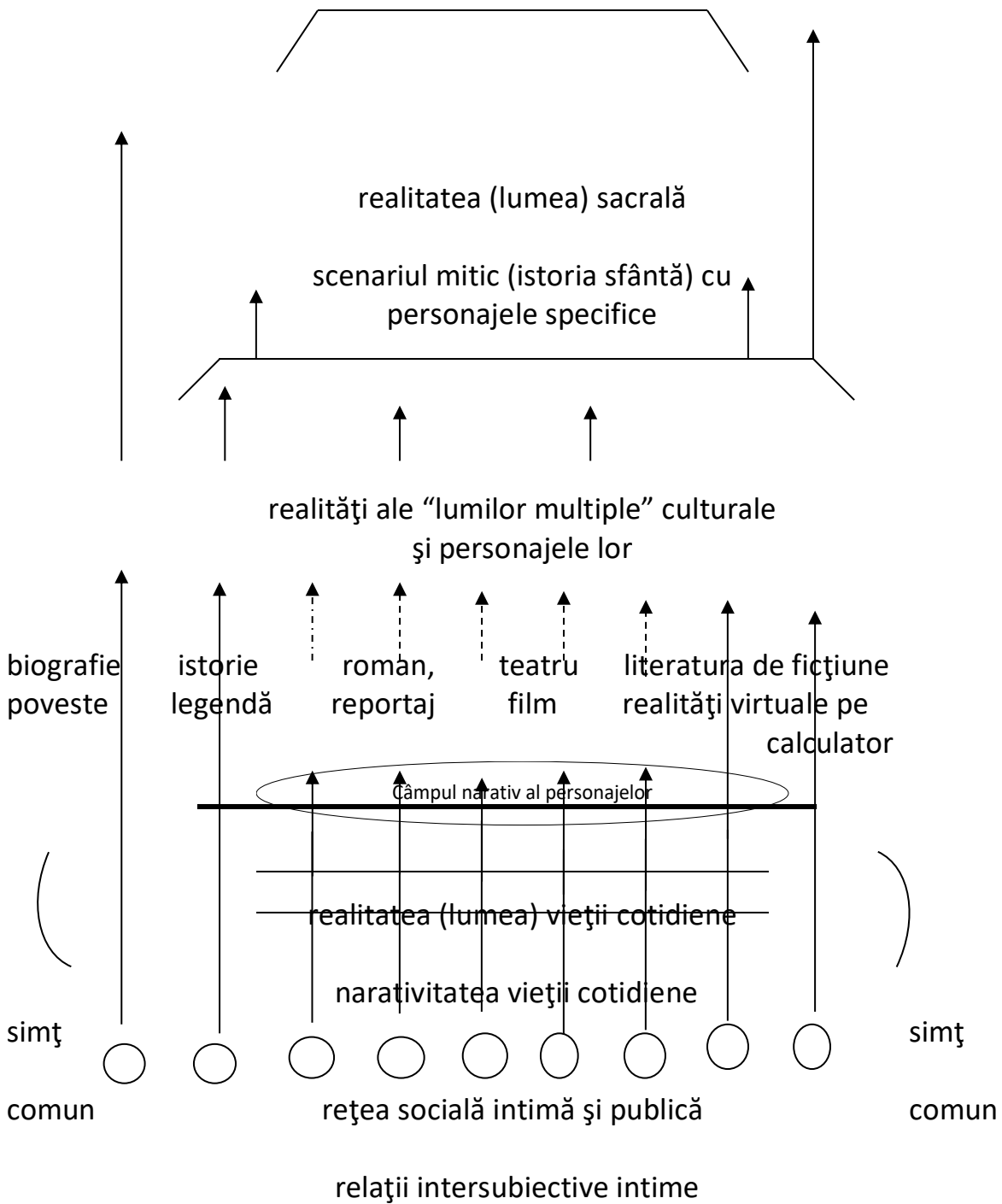
practica Bisericii se intersectează cu celelalte clădiri și practici ale comunității sale. El poate resimți că oamenii comunității în care trăiește îi sunt acum ostili, îl privesc ciudat, își fac semne, îl urmăresc, vreau să-l otrăvească, le aude vocile comentându-l.

Prin comparație cu rolul de personaj aparte cu care se identifică pacienții cu delir religios, delirantii paranoizi sau cu alte tematici, nu ne apar la prima vedere ca participând la un scenariu fictiv, supranatural. Totuși, și ei se mută de fapt în câmpul narativ al personajelor, dintr-o lume delirantă. Lume care, în măsura în care se ia în considerare un spectru destul de larg al psihozelor paranoide, diferă de cea a vieții cotidiene comunitare. Chiar pacienții își autocaracterizează deseori starea spunând că se simt “ca vrăjiți”. Într-o serie de deliruri, mai mult sau mai puțin bizare dar cu caracteristici narrative, ei se raportează la personaje și la instituții despre care au cunoștință doar prin mass media sau informația culturală. Pot apare astfel “mafioți”, “vrăjitori”, “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, narativ, în care el e proiectat într-un anumit “rol”, ca la teatru sau în romane. Scenariul, lumea și personajele delirului, deși nu se exprimă ca trăirile din vis, reiau modalitățile firești de relaționare cu lumea – dragostea, suspiciunea, neîncrederea, persecuția – într-o variantă schematică, neobișnuită; plasată “în marginea” sau “alătura” de realitatea vieții cotidiene. Adică, “ca și cum” ar face parte dintr-o realitate de ficțiune. De aceea merită atenție recenta sugestie a specialistului în neuroștiințe Gallanger (2009) de interpretare a delirului din perspectiva “lumilor ficționale multiple”. Care, în mod obișnuit, se articulează, prin consensul narativității culturale, cu viața noastră cotidiană. Gallanger scrie:

“Pe lângă lumea în care noi lucrăm, ne câștigăm salariul, ne socializăm, ne bucurăm de viața de familie.... mai sunt multiple alte realități care ne scot din realitatea de zi cu zi. De ex. dacă citesc un roman, merg la teatru sau la cinema sau sunt preocupat de un joc pe calculator, eu petrec câteva ore

Chenar 73

**Realitățile (lumile) ce sunt la dispoziția subiectului concret**



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, derulat în planul unei meta-reprezentivități distorsionate, din care el nu se mai poate reîntoarce la condiția de bază. Scenariu ce se desfășoară în planul – pe scena – unei lumi cvasifictive, într-o instanță meta-reprezentativă aparte. Identificându-se plin de convingere cu un astfel de personaj și rol, el reacționează și acționează după o logică specială, valabilă în aria, în lumea ficțiunii. Dar diferită de cea a vieții curente. Ideea de “rol într-un scenariu fictiv” presupune acceptarea “lumilor multiple” ce fac parte constituantă firească din viața de zi cu zi a oamenilor. Ceea ce pare destul de firesc, având în vedere acceptarea consensuală și naturală a existenței instanței divine și a practicilor ce o invocă. Iar această instanță a lumilor multiple cu care suntem solidari în fiecare zi, se impune ca un câmp de proiecție narativ; ca scenă pe care, desfășurările pe care le proiectăm sau le imaginăm pentru clarificarea problemelor noastre identitare, se articulează, fără importantă discontinuitate, cu scenariile ficționale ale „câmpului teoretic al personajelor” narrative ale socio culturii. Și aceasta pe diverse paliere, de la narativitate istorică, la cea a SF și până la dimensiunea sacrală a acestora. În raport cu personajele mitico sacrale, cele ale narativității culturale – teatru, literatură, istorie, biografie – ne apar la prima vedere ca aflându-se într-o poziție intermediară

față de realitatea fizico socială a vieții cotidiene. Totuși, nu trebuie ignorat că tot “lumea narativității” e cea care stă și la baza mitologiei sacrale.

Istoricul religiilor Mircea Eliade a etichetat mitul ca “o poveste sacră”, în care oamenii cred, plasând eroii săi într-o transcendență creatoare. El a analizat convingător că timpul în care se plasează omul ce participă la un ritual sacral este similar cu timpul ce-l petrece un om când citește un roman sau asistă la o piesă de teatru.

Chenar 74

#### Timpul mitic al narativității literare după Eliade

Istoricul religiilor Mircea Eliade a subliniat consubstanțialitatea dintre literatura beletristică și mitul religios, luând în considerare temporalitatea specifică acestora. El scrie:

„Ieșirea din timp” realizată prin lectură – îndeosebi prin lectura romanelor – e ceea ce apropie cel mai mult funcția literaturilor de cea a mitologiilor. Timpul pe care-l trăim citind un roman este, fără îndoială, acela pe care-l reintegrăm într-o societate tradițională, ascultând un mit. Dar și într-un caz sau altul ieșim din timpul istoric și personal și ne cufundăm într-un timp fabulos, transistoric. Cititorul este pus în fața unui timp străin, imaginar, al cărui ritm variază la infinit, căci fiecare povestire își are propriul ei timp, specific și excesiv. Romanul are acces la timpul primordial al miturilor, dar, în măsura în care povestește o istorie verosimilă, romancierul invocă un timp în aparență istoric, dilatat sau condensat însă, un timp care dispune de toate libertățile lumilor imaginare”.

După Eliade, M., Aspecte ale mitului

Acest timp al lecturii romanelor și vizionării dramelor teatrale, ține totuși mai mult de realitatea profană, nefiind marcat de caracteristica de omnipotență, cu care sunt investite personajele din lumea sacrului. Dar atât eroii de roman cât și cei ai mitului sacral, beneficiază de un fel de realitate specifică în lumea umană, prin câmpul narativ al personajelor. Existența situațională actuală, bazată în mare măsură pe nemijlocitul percepției și acțiunii, se conjugă organic cu existența din plan narativ a subiectului, a cărui mediu de desfășurare are alte reguli de interacțiune. Faptul se evidențiază mai ales odată cu simptomele de supraveghere și influență de la distanță, în producerea cărora intervin acum, în delir, instanțe ce ființează în aria narativității cultural teoretice precum: extraterestri și vrăjitori,

Chenar 75

**Cazuistică**  
**Deliruri cu caracteristici narative**

Un tânăr de 19 ani se internează (1996) în regim de urgență într-o stare de agitație delirantă: e convins că este o persoană importantă peste care a coborât Duhul Sfânt și care va scăpa țara de dezastru, lumea îl privește mai intens datorită importanței sale; există o persoană în oraș, o vrăjitoare care îl supraveghează și care îi cunoaște gândurile și poate să-i transmită gânduri. Apoi, tematica se centrează pe relația cu diavolul; de fapt, cu o armată de draci care e în strânsă legătură cu o vrăjitoare. Descrierile pacientului, deși uneori cu marcate alunecări narative 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.

duhuri, și voci ce pot dirija și manipula subiectul din mijlocul unei atmosfere particulare. Deliranții din zilele noastre evoluează rar după modelul lui Don Quijote. Dar convingerea că sunt persecutați de organizații malefice internaționale se manifesta alături de manipularea lor prin energii și entități astrale, biocâmpuri și diavoli; precum și de misiunile ce le poate căpăta direct de la Dumnezeu.

### **7.7. Tulburările funcțiilor neurocognitive în delir, perspectiva fenomenologică și cea evoluționist culturală a psihismului uman.**

Psihopatologia cognitivă din ultimele decenii a studiat modalități de perturbare a procesării informațiilor și raționamentului – ale inferenței raționale – în cazul delirului. Aceste studii au fost făcute pe o cazuistică amplă, vag selecționată, nerezumându-se la delirul monotematic; ci incluzând și cazuri în care sunt prezente și alte simptome psihotice majore (e.g. halucinații, depersonalizare, transparență-influență și dezorganizare). Principalul deficit astfel studiat și constatat se referă la receptarea informațiilor evenimentțiale și derularea raționamentului. ignorând însă diferența dintre evidența perceptivă și funcția “evidenței intuitive în raport cu fundalul identitar”, care în patologia delirantă trece printr-o metamorfozare deficitar disfuncțională. Și apoi, se ignoră faptul că raționamentul ce duce la convingerea delirantă se desfășoară într-un context mental aparte, pe fundalul – sau pe suportul, textura, pe scena - unei “lumi delirante”, care e diferită structural global, inclusiv în spațio temporalitatea și cauzalitatea ei, atât de lumea vieții cotidiene cât și de universul visului. Principalele constatări cognitive sunt:

- Teoria *bottom-up* (Mahler) care pune accentul pe un prim moment al unei «experiențe anormale ». Aceasta a fost considerată o perturbare (organică) la nivel perceptiv. Raționamentul se păstrează normal dar subiectul se vede în fața unei situații perceptive stranie (nefamiliaritate, iluzie, halucinație) pe care nu o poate explica. La fel ca un om de știință el raționează pentru a da o explicație situației ciudate pe care o întâlnește, concluzia sa fiind ideea delirantă. Această

teorie a devenit mai complexă ulterior, admițându-se ca eveniment primar și alte experiențe anormale : de tip afectiv, depersonalizat, halucinator sau a senzațiilor anormale. Astfel, dincolo de iluzii și halucinații, „percepția suprasemnificată anormală a unor detalii” - fenomenul „*salience*” comentat de Kapur – ar face parte, până la un punct, din această clasă de fenomene. Dar, distorsiunea psihismului din hipersemnificarea detaliilor este una de ordin global, ea putând interfera de la început cu cea care condiționează evidența convingerii delirante, odată cu „căderea” deficitar disfuncțională a psihismului pe „orbita delirantă”. Apoi, dacă se acceptă ca experiență anormală un fenomen din seria simptomelor de transparență/influență așa cum ar fi controlul gândirii (Gallanger, 2004), se face trimitere la o altă categorie de trăiri experiențiale decât cea a percepțiilor exterioare. Iar distorsiunea „autopercepției” și a trăirilor din cadrul relațiilor intime, fac parte dintr-un registru psihologic aparte, specific.

- Teoria *top-down*, pune accentul pe tulburări în derularea raționamentului. Se comentează astfel « saltul la concluzie » („*jump to conclusion* „). Acesta se referă la concluzionarea scurtcircuitată, pe baza unor informații puține, fără a cuprinde toate trimiterile și implicațiile care rațional ar fi fost necesare unei gândiri întemeiate pe procese probabiliste. Doctrina a fost dezvoltată mai ales de Bentall, Garety și Freeman, implicând stima de sine și distincția între « *bad me* » și « *poor me* ». În conformitate cu teoria constructelor sociale, subiectul atribuie cuiva cauzarea fenomenelor exterioare și interioare pe care le trăiește. Astfel, starea sa negativă o poate atribui altora - *poor me* - sau lui însuși - *bad me* -. Oscilațiile negative ale stimei de sine ar conduce la tendința de menajare a acesteia prin atribuirea către alții, în manieră paranoidă, a cauzării stării sale neadecvate. Această teorie conține sugestii interesante, deoarece inferența rațională intervine atât în prelucrarea informațiilor perceptivă exterioare cât și în procesarea celor de relaționare intimă sau a celor autoevaluative. Dar trimiterea spre autoevaluarea identitară distorsionată din delir nu e de loc una simplă. Problema ce se pune la



acest nivel e și cea a funcționării distorsionate a intuițiilor reflexiv identitare primare; și alături de acestea a dispozițiilor autoevaluative, fie ele în direcție maniacală, depresivă sau anxios fobică. Afectarea procesului de raționament s-ar cere comentată în delir împreună cu aberația poziționărilor dispoziționale identitare, a auto-evaluărilor identitar-relaționale și a distorsiunii „scenei metareprezentăionale” pe care scenariul identitar se proiectează.

- O altă piesă în « puzzle-ul » interpretării delirului prin prisma tulburărilor neurocognitive este insuficienta respingere a ipotezelor false. Se consideră că acestea se produc constant în cursul raționării normale, dar ele nu persistă, fiind respinse până la urmă de un proces critic, care are conexiune cu cortexul prefrontal drept (Davies, 2009). Acest deficit atrage atenția și el asupra reducerii complexității prelucrării informative în delir; dar nu configurează mai precis domeniul specific al tulburării din acest caz.

Ansamblul acestor teorii pot fi articulate într-un model comprehensiv, așa cum face Freeman (2008), care integrează în el și dispoziția anxios fobică a sentimentului de amenințare ; precum și cumulum unor evenimente stresante biografice. Modelul poate fi sugestiv, de exemplu pentru înțelegerea continuumului paranoid. Dar el nu răspunde la problema de fond a deficitului disfuncțional specific delirului, care are în vedere perturbarea însăși a nivelului autoreflexiv bazal al zonei identitare. Căci acesta e cel ce intervine în primă instanță în căderea subiectului pe „orbita psihotiformă”; și mutarea sa într-o lume delirantă, în condiția de personaj aberant. De aceea însăși neurocognitiști – precum Gallanger – au simțit nevoia trimiterii spre abordări fenomenologico culturale. Dar astfel de trimiteri au nevoie și de o susținere psiho-fenomenologică.

Când a comentat tema delirului primar, Jaspers a invocat intervenția în acest proces a unei depersonalizări speciale, prin care subiectul resimte că își pierde identitatea, transformându-se în direcția unei noi identități, aberante. Această trimitere spre problematica receptării și autoreprezentării identitare, pretinde o

investigare cât mai detaliată, în direcția fenomenologiei acesteia în normalitate. Neofenomenologia ultimelor decenii a aprofundat modalitățile experiențiale ale sinelui identitar intențional-reflexiv și ”încorporat”, care se desfășoară diferit în direcția prelucrării informațiilor exterioare, în raport cu receptarea experiențelor și trăirilor autoreferențiale. Subiectul identitar își resimte propriile trăiri ca fiindu-i familiare, ca aparținându-i (*ownership*); și ca generate din sine însuși (*agenție*), aflate sub un autocontrol primar. Acest aspect autoreferențial de centralitate e susținut și de resimțirea de tip perceptiv aparte a propriului corp. Fapt ce mediază de altfel și accesul intersubiectiv la mintea altuia, odată cu perceperea situațională a corporalității altuia (idee ce a fost dezvoltată fenomenologic în filosofie, de către Husserl și Merleau-Ponty). Sindromul de depersonalizare/derealizare începe prin sentimentul de ne-familiaritate a subiectului cu sine însuși, a pierderii propriei identități, a ne-apartenenței la sine a propriilor trăiri, a detașării de propria corporalitate și de lume. Dar în cadrul procesului delirului primar, această trăire de nefamiliaritate e continuată printr-un sentiment de globală metamorfoză identitară și mundană: „eu mă schimb.. nu mă mai recunosc în oglindă...lumea se schimbă...etc.”; care conduce în cele din urmă la convingerea delirantă. În această perspectivă, se cere reanalizată mai detaliat, fenomenologic - dar și neuro-cognitiv - diferența dintre trăirile orientate perceptiv spre exterior; și cele orientate spre resimțirea identității cu sine. Ultimele incluzând în mare măsură și pe cele afectiv dispoziționale.

Resimțirea bazală a identității cu sine și configurarea acesteia prin diferențiere de alteritate, nu poate fi înțeleasă doar ca o consecință concluzivă a unor experiențe de viață; deși ea se diferențiază și se relevă în cadrul acestora. Ci ea se bazează și pe o intuiție nemijlocită, bazală. (Raportarea identitar-reflexivă la sine e în esența sa una ontologic-tautologică, “eu = eu”, ea fiind definitorie pentru orice organism individual bio-psiho-antropologic, ca un dat fundamental, ce-l determină cvasi-axiomatic; în conjuncție cu o raportare diacron circumstanțială la

alteritate). Când la 3-4 ani procesul de mentalizare conturează subiectului sentimentul originării în sine a propriilor gânduri, intenții și acte - concomitent cu perceperea altor persoane ca ființe capabile de a avea o minte similară cu a sa - în subiect se conturează un ax psihic identitar; pe care experiențele de viață îl vor matura, diferenția și complexifica ulterior. Acceptându-se condiția definitorie intențional reflexivă a sinelui identitar, neurocognitiștii nu au încetat să cerceteze însăși structurile neuronale ce stau la baza resimțirii apartenenței la sine a trăirilor; și a originării în sine a agenției. Iar aceste zone de resimțire identitară, sunt învăluite de sintetizarea centralizată a autoreprezentării psiho-cerebrale a propriei corporalități, delimitată prin "schema corporală". Pentru ca, în sfârșit, depozitul mnestic autoreferențial - marcat de tonalități emotiv afective - să contureze o schiță a sinelui identitar, în însăși interiorul "aparaturii operaționale al encefalului"; plasat în centrul corporalității identitare a persoanei. O astfel de schema a bazelor psiho-neurologice a structurilor identitare e, pentru omul actual, transmisă desigur genetic.

Pe parcursul ontogenezei și a cursului vieții se edifică treptat, decantându-se din experiențele curente - dar mai ales din cele relaționale, ce pot susține introjectarea imaginii persoanei de atașament în propriul psihism - sentimentul identitar al persoanei; ca dimensiune importantă a structurii identității sale globale, ce se afirmă și în plan socio-cultural. Și care stă la baza resimțirii și reprezentării sale de sine, ca centrul ultim și ca referențial determinant al propriei existențe, desfășurată prin ciclurile vieții sale. Relaționările intime de atașament cu cei apropiați, diferențiază apoi raportarea subiectului la alteritatea umană, pe o diagramă intim-publică. Iar continuele raportări publice față de alții prin intermediul unor statute și roluri sociale, mențin un cadru de referință pentru subiectivitatea intimă; precum și pentru silogismele autoevaluării în plan socio-cultural. În acest context, trăirile autoreferențiale rămân constant plasate la un pol opus față de cele ce derivă din percepția exterioară a lumii ambientale; resimțirea perceptivă a

propriei corporalității fiind o zonă de tranziție. Câteva trimiteri exemplificatoare se impun la acest nivel.

Putem menționa astfel trăirea totalizatoare – resimțirea, senzația, sentimentul - de iminență a morții din angoasă. Trăire intensă, dar se încadrează însă dificil între parametrii standard ai raportării perceptive la exterioritate. La fel ar fi și cazul trăirii unui paroxism sexual; sau, cel al extazului spiritual, de interpătrundere cu Dumnezeu. Astfel de trăiri în care identitatea e resimțită la limită, se înscriu desigur în procesualitatea unor parcursuri psihologice ce implică subiectul în lumea ambientală în moduri determinate: anxios-fobic, afectiv-erotic, religios-mistic. Dar ele se plasează cu evidență la polul identitar al persoanei. Într-o variantă mai puțin extremă ar putea fi vorba de trăiri subiective autoevaluativ-referențiale, consecutive unor evenimente așa cum ar fi: rușinea după un insucces public, urmată de sentimentul senzitiv relațional de a fi privit batjocoritor de către alții; sau, bucuria după o victorie, depresia vinovată după o pierdere culpabilă etc. În general trăirile auto-evaluative se corelează cu resimțirea semnificației unei auto-plasări determinate a subiectului în raport cu situațiile și relaționările intramundane; fapt ce se articulează și cu stări afective, precum: dispoziția euforică și încrederea în sine crescută după un succes, dispoziția deprimată și autoevaluarea negativă după un eșec, starea anxios problematizantă în cadrul unei amenințări etc. Un aspect important de trăire autoreferențială e cel ce implică mai țintit aria agenției, așa cum e fenomenul deciziei. Aceasta poate fi grevată de nehotărâre, nesiguranță, îndoială. Dar “autopercepția” la acest nivel poate fi marcată și de siguranță și încredere în raport cu situațiile și cu sine. De fapt, ceea ce se numește “autopercepție de sine” e un cadru psihic larg, ce are în vedere trăiri decizionale și acționale, emotive și relaționale, sentimente și autoevaluări. Iar axul său îl reprezintă identitatea biografică, centrată de sinele autonom incorporat. Resimțirea și auto-reprezentarea identitară constituie fundalul și referențialul de bază, permanent, al manifestărilor persoanei în lume, prin intermediul situațiilor.

Un aspect particular în aria auto-receptării de sine îl reprezintă trăirea propriei corporalități, care beneficiază și de sinteze informative de tip perceptiv; fapt ce o plasează într-o poziție intermediară între cei doi poli amintiți. Resimțirea instanței propriei corporalități joacă un rol major în procesul depersonalizării și al structurării convingerilor paranoide. În acest sens se pot face trimiteri la psihopatologia pre-delirant-desorganizantă a obsesionalității, în care subiectul resimte o vulnerabilizare a limitelor propriului corp față de agenți nocivi neperceptibili, ce-i pot penetra interioritatea.

Pe fundalul permanentei autoreprezentări de sine în varii situații și scenarii, se profilează și preocupările identitare. Odată cu acestea, subiectul se autoreprezintă autoevaluativ în diverse eventualități, din perspectiva căutării răspunsului la întrebări precum: cine sunt eu? ..care sunt capacitățile și valoarea mea, în general și cea situațională?...care e starea mea actuală ( privitor la sănătatea și atractivitatea aspectului, ..la realizări etc.)?...care e situația mea relațională (în perspectiva fidelității, dragostei, ostilității din partea altora) etc. Astfel de întrebări, mai explicite sau mai implicite, stau la baza unor preocupări constante ale subiectului, în căutare de certitudini. Preocupări ce se derulează într-o instanță meta-reprezentatională imaginativă, ce se conectează atât cu cea a narativității proprii cât și cu cea a lumii culturale. Asumarea unor concluzii rigide față de preocupările identitare, constituie nucleul convingerilor delirante monotematice. Doar că, odată cu apropierea de psihopatologia delirantă, firescul raționamentelor argumentative ajunge să fie perturbat și printr-o distorsiune a întregii scene de raportare autoreprezentativă la lume.

Intrarea efectivă în orbita delirului primar, presupune deci nu doar o perturbare a perceperii informațiilor exterioare și a inferenței raționale, ci și o bulversare a receptării identitare nemijlocite; precum și a pânzei de fond - a suportului de tip scenic - pe care propria existență identitară e proiectată sub forma de personaj. Și care se instituie acuma, printr-o aglutinare cu instanța narativității

culturale, ca “lume delirantă”. Iar acest proces presupune co-participarea instanței teoreticului, asimilată în psihismul subiectului.

Cazuistica psihopatologiei delirului etalează un univers de relaționări aberante a ipostazei de personaj a subiectului, alături de alte personaje din aria narativității culturale. Fapt ce ne obligă să acceptăm că, psihismul individului uman se dimensionează constitutiv și prin instanța „teoreticului cultural”; prin care el se articulează cu manifestările suprapersonale ale logosului. Firescul cu care fiecare din noi ne raportăm la spectacole teatrale și de film sau la lectura literaturii de ficțiune, ne trimite, implicit, și mai în profunzime. Și anume, spre naturalețea cu care oamenii au participat de-a lungul mileniilor la ritualuri prin care invocau sprijinul unor entități supranaturale; etichetate ca „fictive” în perspectiva empirismului materialist. Și doar această milenară familiaritate ne poate explica frecvența crescută cu care astfel de „entități fictive” se reîntâlnesc și azi în cazuistica delirantă.

În sfârșit, cu aceeași deschidere spre naturalețe și simț comun cu care participăm la teatru, la film și la slujba religioasă de duminică, putem accepta că în lumea așa de diversă a oamenilor există și unii mai special dotați. Oameni care devin creatori în domeniul artelor și științelor, autori de romane și tragedii, descoperitori într-ale matematicilor și teoriilor științifice, persoane ce meditează profund, filosofic, asupra temeiurilor a „ceea ce este”, oameni capabili de extaz autentic. Dar legătura intimă și firească cu domeniul teoreticului cultural nu e doar apanajul acestora, ci a tuturor. Astfel încât ne putem gândi acum și la faptul că, alături de subpopulația creatorilor din domeniul teoreticului narativ cultural – autori de romane, etc. – s-ar putea avea în vedere și subpopulația celor ce eșuează în astfel de tentative. Și, în loc de a ajunge autori de tragedii sau filme, alunecă ei înșiși – desimplicând o dimensiune psihică ce le e constitutivă și o posedă latent – în condiția de personaje delirante a unor scenarii fictive distorsionate; alături de alte personaje, derivate din personalitățile civice sau istorice, din cele mitico

legendare, ale literaturii de ficțiune etc. Fără a ignora totuși, referințele la persoanele rețelelor sociale proxime; marcate și acestea acum de o aură de personaj. Iar în aparent noua lume delirantă între parametrii care ajunge să se plaseze acum subiectul, pot fi prezente de asemenea duhuri, diavoli sau chiar Dumnezeu.

Spre o astfel de înțelegere ne orientează povestea lui Don Quijote.

Psihopatologia delirului ar trebui să-și centreze eforturile spre a descifra cât mai mult, substratul care susține atât cazuistica excepțiilor creative, cât și pe cea a eșecurilor psihotice. Iar pentru aceasta, ea ar trebui să nu ignore perspectiva evoluționist culturală a psihismului omenesc.

## Anexa la Capitolul 7

### Delirul și dimensiunea narativ teoretică a identității personale

Interpretarea convingerii delirante ca adoptare a unei identități de personaj cuprins într-un scenariu aberant, fictiv, are ca presupoziii: - Faptul că ipostaza de personaj e intrinsecă structurii psihismului uman ; și – Faptul că în psihopatologia delirantă, psihismul persoanei e afectat deficitar de așa manieră, încât o schemă adaptativă de preocupare identitară – de stare sau relațională -, în mod obișnuit latentă, iese în prim plan și acaparează identitatea subiectului, transformându-l într-un personaj cuprins într-un scenariu aberant. Psihopatologia delirului, pe lângă studierea perturbării procesării informație și a raționamentului, ar merita să fie atentă și la aceste aspecte.

Capacitatea fiecărei persoane de a juca roluri, care-i definește identitatea și îi asigură un spectru de varianță, de joc, se plasează într-o altă direcție decât cea a intersubiectivității; deși e orientată tot spre rețele sociale. Subiectul e angrenat acum în primul rând în paleta de interpretări pe care o oferă statutele sociale, de care ajunge să fie cuprins; precum și prin diverse condiții situaționale (e.g. boală, infidelitate, persecuție, eșec. succes). Plasându-se pe această direcție a rolurilor scenice din plan socio cultural, subiectul poate participa ca actor - dar și ca spectator - la dramele reprezentate în teatrele publice; sau pe care le citește în romane ; se poate identifica cu soarta și peripețiile câte unui erou. Dar, esențială în această direcție e participarea sa la ritualurile sacrale.

Condiția de rol și de personaj, susține de fapt, dimensiunea biografico caracterială a identității persoanei, ce e învăluită de posibilitatea narativității ; iar întregul edificiu identitar al persoanei nu e posibil fără această dimensiune narativă. Psihopatologia delirului provoacă psihologia persoanei umane, tocmai în această direcție, a analizei dimensiunii narative a identității sale.

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. Oamenii își povestesc curent unul altuia fragmente de viață, îi bârfesc și îi caracterizează pe alții. Ei își întocmesc apoi c.v.-uri pentru a participa la concursuri profesionale și își scriu scrisori privitoare la evenimentele vieții lor. După Renaștere au început să se publice tot mai multe biografii și autobiografii, reactualizându-se încercările antice de a consemna istoriile de viață ale oamenilor celebri. Faptul că orice subiect relatează altora evenimente pe care le-a trăit, a fost corelat de psihologia mai recentă cu memoria biografică, care este suportul identității persoanei.



Când la cumpăna dintre secolul XIX și XX au fost în vogă personalitățile multiple, a apărut evident că memoria biografică susține identitatea persoanei; astfel încât și în prezent în cadrul Tulburărilor disociative, Tb. mnestice își găsesc un loc alături de cele identitare. La începutul secolului trecut, Janet a încercat să definească dimensiunea prezentului trăit ca o acțiune pe care un subiect o realizează astfel, încât o poate relata ulterior. Trăirea prezentului ar fi deci corelată cu potențialitatea transpunerii sale în narativitate. (Vezi Anexa Cap 2). Ulterior, în sec. XX s-au dezvoltat doctrine filosofice care au pus accent pe structura narativă a persoanei, mai ales din perspectivă etică, așa cum sunt cele ale lui McIntyre și Ricouer. Mai ales Ricouer a analizat, în perspectiva fenomenologico hermeneutică constituirea persoanei umane pe baza integrării narativității biografice în plan conștient și inconștient, astfel încât rezultă un "eu însumi" care se raportează în interiorul propriei dimensiuni la alteritate ("soi memme comme un autre"). Au urmat grupe de cercetători care au încercat să elaboreze o doctrină narativă a persoanei. Importanța acestei perspective constă în faptul că narativitatea biografică firească a oricărui subiect se poate articula cu narativitatea literară a biografiilor și istoriilor. Precum și de cea a lumii de ficțiune: a dramaturgiei, romanelor, legendelor și miturilor.

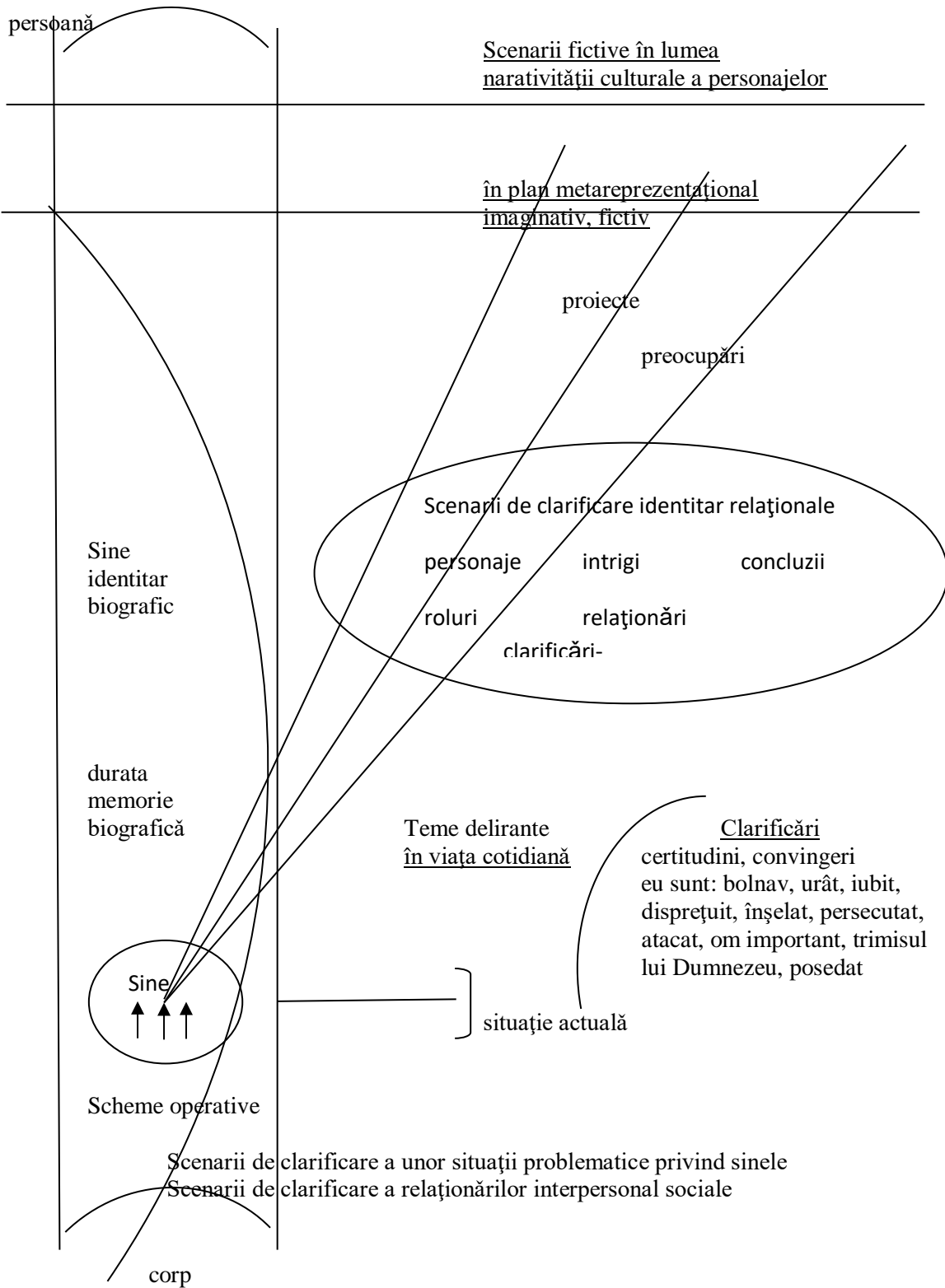
În această direcție s-a dezvoltat psihologia narativă a persoanei a lui McAdams. În cursul vieții de zi cu zi, subiectul participă ca erou la diverse evenimente, ce pot fi considerate ca scenarii dramatice, ce se desfășoară realmente; și care pot fi relatate. El este în mod firesc eroul unor multiple evenimente și întâmplări, ce pot fi narate în agora.

În această perspectivă merită atenție ipoteza lui Tomkins, care, în consens cu interpretarea lui McIntyre a identității narrative a persoanei, sugerează că "fiecare persoană generează în permanență scenarii dramatice", sub presiunea evenimentelor curente. Subiectul își asumă regia și rolul ce îi revin în respectivele scenarii, și le "joacă", cu convingere și eficiență, în viața practică, chiar în afara oricărei narativități corelative imediate. În normalitate, el e în permanență angrenat în multiple scenarii de diverse durate, pe care le poate ierarhiza ca importanță, trecând de la unul la altul; sau le poate părăsi. Dar el își menține constant identitatea de fond a sinelui biografic și agenția acțiunii și creativității. Faptul se suprapune cu preocupările identitare și relaționale ale persoanei.

Revenind la problematica psihopatologiei delirante reluăm ideea că, convingerea care fascinează subiectul în delirurile monotematice sistematizate – de tip hipocondriac, dismorfofobic, de gelozie, erotoman, senzitiv de relație – derivă din preocupări firești și adaptative, care ajung însă să se manifeste excesiv, grosolan, desituționalizând subiectul și transformându-l într-un personaj. E drept că această cazuistică, nu sugerează la prima vedere identificarea cu un personaj dintr-un scenariu narativ ficțional. Totuși se poate vorbi și la acest nivel de concentrarea existenței pacientului pe un rol, derivat din sistemul de roluri sociale pe care-l

Chenar 76

**Convingerile delirante derivă din clarificări aberante ale unor situații identitar relaționale problematice**



comentează sociologia lui Pearson. În viziunea sociologiei menționate, 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 personaj înșelat. Precum și rolul de persoană supravegheată și persecutată de sistemul social, ultimul dovedindu-și cu prisosință realitatea în regimurile totalitare. Mare parte din deliruri, chiar din cele monotematice, ar putea fi interpretate deci ca o patologie identitară, în care subiectul, în contextul unui deficit psihopatologic, “alunecă” prin convingerile sale pe orbita identificării cu astfel de roluri. De fapt, cu schema esențială ce definește în planul normativității (teoretice) supraindividuale prescripțiile unui anumit rol social. Care de fapt, exprimă modalități fundamentale ale omului de raportare adaptativă, pe care el le are constant la dispoziție. Dar care ajung, în condiția delirului, să fie simplificate schematic și distorsionate prin rigiditatea unor evaluări sau poziționări atitudinale aberante, ce devin convingeri ideatice neadevărate.(Chenar ). Suspiciunea, gelozia, preocuparea față de sănătate și un aspect corporal atractiv, auto-aprecierea pozitivă sau atitudinea critică față de sine, toate sunt structuri funcționale – poziționări atitudinale - constitutive pentru orice psihism individual. Ele sunt utile și adaptative în viața cotidiană, ca opinii și atitudini comportamentale, dacă se mențin flexibile și generative în raport cu contextele. La fel, de altfel, ca în cazul patologiei dispozițiilor anxioase, combative, expansiv realizatoare sau depresive. Intrarea lor în joc într-o manieră simplificată, rigidă și excesivă,” abstractă” și ideală, insuficient de justificată prin parametrii situaționali concreți, cu transformarea lor în convingeri neadevărate ce întrețin comportamente desadaptative, e în schimb disfuncțională, monopolizând condiția de rol identitar a persoanei. Manifestându-se astfel, aberant, “instrumentarul” suspiciunii, geloziei, sentimentului de urătenie corporală, al autodeprecierii sau supravalorizării, preia și montează subiectul, ca personaj, în scenarii decontextualizate, care se alimentează tot mai mult din specificul narativității fictive.

Pornind de la o astfel de interpretare se poate considera că, suspiciunea normală și adaptativă față de intențiile agresive sau de înșelare ale altora, o vedem modificându-se în delir într-o modalitate de existență identitară deformată, care se manifestă acum exagerat, rigid, decontextualizant; fără argumentare reală, funcționând abstract, în gol, transpusă în scenarii fictive, uneori fantastice. Dar punctul ei de plecare e într-o disponibilitate naturală adaptativă.

Delirul psihotic propriu zis, la care se ajunge prin procesualitatea delirului primar, afectează însă direct structura identitară de fond a persoanei, pe care o „mută”, printr-un proces de trans-personalizare, pe o scenă aparte. Pentru a ne apropia de parțiala înțelegere a stării psihotice delirante, merită reamintită comparația pe care a făcut-o M.Eliade între lectura unui roman și participarea la un ritual sacral. Istoricul religiilor sublinia că timpul în care ne transpunem în ambele

cazuri, are aceleași caracteristici, de a ne sustrage actualității evenimentiale cotidiene, plasându-ne într-o instanță ce permite o contemplare narativă fictivă.

Instanța psiho-antropologică ce mediază și face posibilă o astfel de contemplare, poate fi numită „teoretică”. Tradiția preocupărilor filosofice, de la Aristotel încoace, a folosit expresia de teorie pentru a indica interesul omului față de științe, față de fundarea categorială a acestora și față de idei. În zilele noastre acceptăm de asemenea că înțelegerea naturii și a însăși antropogenezei e mediată omului de „teorii științifice”, ce tind tot mai mult spre o fundare logico-matematică; și care se desfășoară și progresează în cadrul unei zone specializate a societății umane, pe care Husserl a numit-o „practică teoretică”. Desigur înțelesul cultural al instanței teoretice, contemplative, e unul larg. El cuprinde, pe lângă scena vizată de narativitatea mitico-legendară, dramaturgie, literatura de ficțiune, istoria reconstituită, și alte direcții de preocupare, cum ar fi cele științifico-matematiche, filosofice spirituale. Important în comentariul de față e de a se acorda atenție articulării psihismului individual, practic al oricărui om, cu această dimensiune teoretică a universului său cultural.

În însăși structura psihismului persoanei se cere deci recunoscută această dimensiune, prin care ea receptează și se afirmă în plan teoretic, cultural, spiritual. Doar astfel e posibilă credința oamenilor în zei, în sacralitate, mediată de mitologie și ritual. Doar astfel e posibil să existe creatorii de romane și drame, cercetători ce elaborează speculații matematice și teorii științifice; sau meditează filosofic asupra fundamentelor a ceea ce există. Dimensiunea narativității, purtată de limbaj, face parte, desigur din structura unei astfel de instanțe, vertebrată de imaginarul creator. Autoreprezentarea de sine în planul narativității teoretice se prezintă ca terenul specific pe care se instalează perturbarea psihotică a delirului.

O cercetare fenomenologică a delirului, realizată din perspectivă evoluționist culturală. ar trebui să țină cont de această perspectivă.

## CAPITOLUL 8

### HALUCINAȚIILE ȘI ALTE TULBURĂRI ALE PERCEPȚIEI SITUAȚIONALE ȘI ALE AUTOPERCEPȚIEI

#### 8.1. Tur de orizont asupra problematicii percepției și a psihopatologiei ei.

Între tulburările psihotice pe care le comentează DSM-5 alături de delir se află și halucinațiile necriticale. Halucinațiile fac parte din noile concepte pe care le introduce semiologia psihopatologică a sec.XIX ; și ele vor juca un rol important în studierea psihozelor, alături de delir. Esquirol (1838) formulează și o clasică definiție a acestora: „ Halucinația reprezintă convingerea intimă într-o senzație percepută ca actuală, în condițiile în care nici un obiect exterior nu stă la baza acestei senzații; halucinatul este un vizionar”. Se poate remarca în definiție că : halucinația e considerată o percepție fără obiect de perceput actual; referința la actualitate, cea la exterioritate și trimiterea la tradiția mistică a viziunilor. Deși termenul psihologic de percepție introdus în sec.XVIII de către Leibnitz și Wolff era deja larg folosit în sec.XIX, se cere menționat că semnificațiile sale teoretice și științifice psihologice au continuat să fie dezvoltate pe tot parcursul sec.XX.(Chenar 65). În tot acest timp a fost acceptată totuși o înțelegere generică a percepției ca: receptarea și configurarea semnificantă de către subiect, inclusiv subiectivă, a informațiilor exterioare ce i se impun în actualitatea trăită, structurate ca formă și semnificație. Această sintagmă reunește atât aspectul organizațional al structurării informației actual receptate, cât și pe cel semnificant; care se aplică și narațiunilor discursive. Iar referința e la actualitatea trăită situațional.

În 1846 Baillarger polarizează halucinațiile vizuale în raport cu cele auditive, ultimele având un caracter mai pronunțat de interioritate, fiind corelate cu elaborarea vorbirii. De fapt, el folosește deja pentru acestea expresia de “halucinații psihice”. S-au descris halucinații în toate ariile senzoriale ce adună

informații din ambianță și de la limita dintre subiect și aceasta: vizuale, auditive, gustative, olfactive, cutanate; dar și din arii interioare ale corporalității, cum ar fi cele kinestezice, interoceptive, sexuale. Moureau de Tours publică în 1845 o carte în care susținea corelația între tulburările mentale în general și vis, sugerând o apropiere între acesta și halucinații vizuale. Se făcea astfel trimitere la un fenomen normal de configurare simili-perceptivă, trăit în condițiile deprivării hipnice de informații exterioare actuale. Psihatrii francezi se bazau pe atunci în interpretarea stărilor psihopatologice și pe modificările induse de consumul de substanțe psihoactive (hașișul); care produceau și ele tulburări perceptivă similare cu cele din stările oneiroide. La sfârșitul sec.XIX s-au descris halucinații vizuale detaliate dar criticate, la persoane în vârstă, intacte mental dar cu patologie oculară periferică (de fapt din aria „analizatorului vizual”). Astfel de tulburări identificate și în domeniul auditiv și întâlnite în diverse condiții medicale (epilepsie, migrene etc.) au fost etichetate ca *halucinoze*, fiind considerate distincte de halucinații. În aceeași perioadă medicul rus Kandinsky a comentat, pe baza unor experiențe psihopatologice proprii și prin referiri la literatura științifică a vremii, trăiri de tip halucinator simple, resimțite în interioritatea subiectivității; care deci nu au caracter de exterioritate perceptivă: “imagini și cuvinte care izvorăsc spontan din interior, cu care mă distrez”. Aceste *pseudohalucinații* sau halucinații psihice resimțite în “spațiul psihic interior”, au fost apropiate de Jaspers de reprezentările mentale imaginative. Ey și Claude (1932) le corelează cu trăiri de tipul obsesionalității și ideății intruzive, atrăgând atenția asupra perturbării “cursului ideativ”. Treptat se impune tot mai mult ideea că, percepția circumstanțială și variantele sale anormale, presupun și autopercepția de sine; aceasta incluzând, alături de receptarea perceptivă continuă a propriului corp și fondul identitar mnestic biografic, ce se actualizează evenimential orientat.

Trăirea perceptivă nemijlocită e plasată astfel pe o „scenă evenimentială” reprezentativă, în centrul căreia subiectul se află. S-ar putea deci formula că:

subiectul percepe în actualitate lumea ambientală situațională, în măsura în care el „se percepe pe sine ca percepând-o”.

Dacă lăsăm pentru moment la o parte pseudohalucinațiile subiective, restul fenomenelor de tip halucinator sunt resimțite ca plasate în lumea exterioară, „obiectivă”, aflată în jurul propriului corp. Lume care include alte persoane și diverse lucruri, fenomene, informații sau evenimente. Toate acestea sunt cuprinse într-un câmp perceptiv de tip spațial al lumii înconjurătoare actuale, suport al propriilor angajări evenimentțiale active. Cadru în care se petrec toate întâmplările vieții cotidiene, în perimetrul prezentului trăit. Polul actualității trăite constituie, - împreună cu cel al duratei identității ce-i asigură subiectului unicitatea individuației – cele doua repere ontice de bază ale existenței sale individuale.

Schema percepției vizuo-spațiale e o moștenire biologică ce se transmite după model modular; și care presupune ca receptarea informațiilor perceptive actuale să fie proiectată de către individ în spațiul ce înconjoară propriul corp; la diverse distanțe, sub variate forme, în anumite relații reciproce cu alte obiecte și procese evenimentțiale.

Receptarea perceptivă constantă, preconștientă a propriei corporalități se plasează ca un topos de referință, în spatele percepției variabile a lumii situaționale; care se configurează ca un „câmp perceptiv spațial” în folosul unei acțiuni posibile; structurat în mod similar la om și la animale.

Deasupra acestui model biologic ce utilizează fundalul informațional moștenit genetic și cel ce derivă din experiențele directe ontogentice, omul a dezvoltat de-a lungul antropogenezei și o altă modalitate de prelucrare informațională, bazată pe limbajul narativ critic. Aceasta stochează informația referitoare la cunoașterea și memoria personală și comunitară, într-o manieră codificată de tip lingvistic; mult mai suplă și manevrabilă decât informația de tip genetic și decât cea obținută prin experiențe directe biografice. Informația citită pe

**Chenar 80****Înțelesuri tradiționale ale percepției**

Conceptul de percepție nu a fost familiar antichității în același sens ca în modernitate, psihologia teoretică a lui Aristotel invocând în genere sensibilitatea; adică informația obținută de la corpurile exterioare individuale, din lumea fizică prin intermediul celor cinci simțuri, ce era transmisă de simțul comun spre un centru - interferând cu fantezia și memoria - pentru a fi prelucrată 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. (În acest mediu intelectual s-a elaborat și conceptul de „apercepție”). Conform elaborării kantiene, categoriile apriorice ale sensibilității și intelectului operează prin intermediul instanței sensibile a poziționării obiectivante, pentru a obține date perceptibile din lumea exterioară; și a constitui astfel fenomenele lumii. Psihologia teoretică a reluat în sec. XX problema percepției sensibile prin Bergson; și mai ales prin fenomenologia lui Husserl. Heidegger a circumscris „situația” ca și structură apriorică, prin care Dasein-ul se afirmă în lume ca proiect; dar incluzând și percepția.

Dimensionarea prin limbajul narativ critic 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 exterior ca o trăire psihică delimitată formal, structurată intern, semnificată și proiectată pe un fundal accesibil. În actul de percepție este inclus și subiectul, ce se plasează la unul din poli „câmpului perceptiv”, centrat pe 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”, la un dat, 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 inter-subiectivitatea ce se realizează odată cu perceperea altei persoane „încorporate”; fapt mediat prin analogia cu trăirea perceptivă propriei corporalități. Căci trăirea propriei corporalități, trimite spre identitatea întregii persoane; ca 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 noi înțelesuri au fost asimilate de psihologia și psihopatologia dezvoltamentală și evoluționistă. În ultimele decenii s-a analizat metodic dimensiunea intențională a însăși percepției; precum și întrețeserea dintre actul de percepere și receptarea informației.

De-a lungul întregii sale istorii conceptuale, procesul perceptiv a fost corelat cu instanța memoriei, a imaginărilor (fantasiei) și a gândirii reflexive (cogitante); aspecte ce sunt specifice și ele sinelui identitar al persoanei. În raport cu acțiunile efortului, percepția (incluzând autopercepția) se derulează într-un plan secundar, de susținere. Ea mai susține însă, împreună cu rememorarea reprezentativă și imaginărilor, configurarea unei „scene” și a unui câmp perceptiv, ce se conectează cu modelările metareprezenționale și cu configurarea scenariilor de acțiune în care subiectul se proiectează. Percepția trece în prim plan doar în cazul unor evenimente noi și provocatoare, a derulării unei investigații sau în contemplație.

O problemă ce persistă și în prezent este cea a receptării informaționale de la nivelul inferior și de la cel superior al configurării semnificante a percepției. La un nivel mai bazal, întâlnim receptarea primară a informației, unde selecția filtrului atențional ierarhizează spontan informațiile



o pagină de carte e de altă natură decât cea rezultată din amintirea confruntării cu un dușman. Transmiterea informației lingvistice s-a realizat pe parcursul antropogenezei predominant oral, prin organizarea logico gramaticală a unor unități discursive semnificante, în cadrul unor mesaje de tip narativ; depozitate, transmise și utilizate după anumite reguli. Perceperea unui astfel de mesaj, oral sau scris, are reguli specifice pentru decodare, ce țin seama de un univers propriu de semnificații și de funcția coerenței centrale.

Creierul omului înregistrează și depozitează deci în memoria sa nu doar informațiile experiențiale; ci și pe cele lingvistice, obținute prin educație și lectură. Iar toate sunt sedimentate într-un fond de cunoștințe ce stă la baza modelului cognitiv a unei „lumii umane” proprii, pe care subiectul o centrează; și care e solidară cu axul său identitar biografic. Existența cotidiană menține de obicei activ un anumit sector al acestui model de ansamblu, cu valoare de pre-cunoaștere și „familiaritate” cu lumea; care precede și stă în fundalul receptării informaționale actuale nemijlocite. Iar raportările situaționale activează zonele mnestice corespunzătoare semnificației provocărilor informative actuale.

Având în vedere acest orizont psihologic al percepției umane, vom comenta pentru început, pe scurt, principalele tulburări perceptive nehalucinatorii; iar apoi, separat, pe cele halucinatorii.

Între tulburările nehalucinatorii întâlnim iluziile, ce constau dintr-o percepere deformată formal și/sau ca semnificație a datumului informativ actual, selectat și prelucrat. Perceperea insuficient de clară a unui obiect în semi întuneric (de ex. a unui băț) poate fi recepționată pentru moment ca iluzie, în sens de prezență a ceva periculos (de ex. un șarpe). Condiții pentru o percepere deformată pot ține deci de o ofertă informativă insuficientă; dar și de o configurare spațială particulară, de deficiențe și distorsiuni în sinteza perceptivă a subiectului sau în așteptările sale.

Ne apropiem de condiția, frecventă în psihopatologie, a percepției reliefate (“*salience*”) decontextualizată și hipersemnificată. Un om gelos poate decupa din

comportamentul soției sale în societate doar un fragment perceput, pe care-l scoate din context și îi dă o semnificație de infidelitate.

Dacă cineva se teme să nu se îmbolnăvească, el va fi hiperatent la orice senzație corporală mai aparte, concentrându-se asupra acesteia, scoțând-o în relief. Dacă cineva se consideră persecutat, el va putea deseori să interpreteze în excesiv privirile altora ca ostile față de el. Un fenomen aparte pe care-l întâlnim în psihoze îl reprezintă hipersemnificarea unor detalii detașate din context – fenomenul „*saliency*”. Subiectul detașează un gest sau o expresie din comportamentul altcuiva și îi dă o semnificație aparte, corelată preocupărilor sale delirante. Sau, referă unele întâmplări banale la amintiri a căror semnificație o reinterpretează delirant. În aceeași direcție s-ar plasa trăirile senzitiv relaționale, constând în sentimentul că alții îi acordă un interes sporit, privindu-l și comentându-l în mod special. Alt fenomen anormal îl reprezintă trăirile referențiale. Subiectul are sentimentul că unele detalii perceptiv dispartate au o semnificație specială pentru el, că se impun ca niște mesaje stranii ce urmează să-i transmită ceva important. Fenomenul capătă o intensitate deosebită în “atmosfera delirantă” ce precede instalarea “delirului” primar” printr-o “percepția delirantă”. Ansamblul acestor tulburări sugerează că se perturbă decuparea și ierarhizarea informațiilor din cadrul perceptiv curent, detaliile impunându-se cu o semnificație aparte, ce susțin de obicei delirul.

În patologia perceptivă poate juca un rol important și capacitatea reprezentativă și imaginativă a subiectului. Există persoane la care aceste funcții sunt în mod special dezvoltate așa cum sunt personalitățile histrionice. Sau, artiștii plasticieni; și chiar scriitorii narativi ce povestesc evenimente și descriu personaje în mod pregnant. În viața curentă întâlnim deasemenea persoane cu o capacitate crescută de configurare “*eidetică*”, fapt ce se manifestă de ex. prin ghicitul în cafea

**Chenar 81****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 “cărni 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 invoca Descartes și prin soliditate. Pe această bază în sec.XIX s-a diferențiat între sensibilitatea cutanată, care ne desparte de lumea exterioară conturându-ne limitele corporale perceptibile de către alții și de către noi înșine (Tastsin în germană – Weber); și sensibilitatea comună, internă (Gemeingefuhl – în germană) ce a fost numită apoi cenestezie. În interioritatea corporalității sale, subiectul poate resimți, pe lângă senzațiile corelate instinctualității – sete, foame, greață, sexualitate, plăcere, durere – și senzații difuze de discomfort, cenestopatii, asociate cu un sentiment de oboseală, de astenie fizică. Perceperea corporalității s-a corelat și cu trăirile emotive și dispoziționale – anxietate, depresie, iritabilitate, emoții sociale etc.; precum și cu blocarea acestora prin “anestezie afectivă”. A apărut treptat și conceptul de “anhedonie” care include pierderea intenționalității și disponibilității subiectului de a se orienta apetitiv în raport cu lumea și cu ceilalți; și de a rezona la aceasta, inclusiv prin plăceri corporale.

Către sfârșitul sec.XIX a început să se contureze și conceptul de sine, de conștiință de sine; iar mai târziu cel de “agenție”, și cel de apartenență la sine a propriilor acțiuni și propriilor trăiri (ownership). Deoarece psihologia populară a plasat întotdeauna sufletul - mintea – în interiorul corpului, “în piept”, “în cap”, localizarea sinelui și a conștiinței a fost și ea elaborată ca fiind intracorporală. Pe această bază în a doua jumătate a sec.XX fenomenologia (Husserl, Merleau Ponty) a elaborat doctrina “intersubiectivității intercorporeale”. Care, preluată de cognitivism, a jucat un rol important în dezvoltarea psihologiei și psihopatologiei dezvoltate și evoluționiste.

Revenind la percepția limitelor corporale, perturbarea acestora a fost semnalată în psihopatologie cu mențiunea că, la acest nivel se consideră dificilă diferențierea între iluzie și halucinație. În alcoolism, (delirium tremens) s-au descris halucinații cu animale mici ce se urcă pe corp; iar în intoxicația cu cocaină au fost identificate “furnicații”. Comentarea dismorfofobiei de către Morselli a atras atenția asupra aspectului expresiv al limitelor propriului corp. Aceasta a fost abordat apoi în sec.XX prin prisma noțiunilor de imagine și schemă corporală. Autopercepția corporală a integrat în sec.XX nu doar senzațiile corporale și proprioceptive, ci și pe cele artromiokinetice, vestibulare și sexuale.

Diverse aspecte ale psihopatologiei percepției corporale - iluzii, halucinații, ideeați prevalente delirante - au fost apoi comentate în cadrul sindromului de depersonalizare, derealizare. În acest context unele trăiri sunt dificil de diferențiat de convingerile delirante. De ex. trimiterile invocate de Descartes (în sec.XVII în “Discurs asupra metodei”) la:...”nebuni care afirmă că sunt înveșmântați în purpură când de fapt sunt goi....care cred că toată ființa lor e un dovleac...ori că sunt alcătuiți din sticlă”. În aceeași direcție se plasează și “delirul Cotard” în care pacientul afirmă că “nu mai are organe....inima nu mai bate....a murit de mult”. În corelație cu trăiri depersonalizante poate fi plasat și sindromul obsesiv al contaminării cu murdărie, microbi, substanțe, conjugate cu compulsia spălării. În spectrul patologiei obsesiv compulsive sunt plasate și alte tulburări în care există o preocupare anormală față de limitele corpului: dismorfia corporală, delirul senzitiv odorant, tricotilomania, compulsia escoriațiilor.

sau în nebuloasa norilor. În corelație cu această particularitate ar putea fi puse *halucinațiile funcționale*, ce constau din trăiri pregnant halucinatorii resimțite atât timp cât subiectul percepe anumite informații vag structurate. De ex. el aude clar voci care-l comentează doar în momentul în care cântă niște păsări sau trece un tramvai. Manifestările psihopatologice menționate mai sus se adaugă halucinațiilor propriu zise ce vor fi comentate mai departe.

Patologia perceptivă include și tulburările formale privitoare la: mărirea obiectelor, deformarea și estomparea conturilor, a raporturilor figură/fond, intensitatea, calitate și pregnanță a elementelor senzoriale ale obiectelor. Aceste aspecte se pot referi și la percepția propriului corp, mai ales în depersonalizare și schizofrenie. Mai poate fi perturbat sentimentul scurgerii timpului (mai repede, mai încet, blocat); apoi sentimentul lipsei de vitalitate a propriului corp și ambianței, a detașării de aceasta (a calității nefirești, stranii a datelor percepute).

Inventarul simptomelor parahalucinatorii atrage atenția asupra faptului că patologia percepției, de altfel ca și percepția normală, se petrece la întâlnirea actuală (de extremă complexitate) dintre subiectul identitar și situația circumstanțială. Mai precis, la nivelul conjuncției dintre: - Un eveniment uman în care subiectul e cuprins și solicitat dintr-o anumită incidență situațională, despre care obține informații actuale; - Și, pe de altă parte, dimensiunea sa identitară mnestică, biografică, centrată de sinele său intențional, reflexiv, autogenerativ și sintetic; care se deschide spre situațiile actuale prin anumite preocupări, expectații și intenții, activând propriul fond structural de dispoziții, de date informative și competente; și focalizând filtrul său atențional pe unele sectoare a situației.

## **8.2. Percepția în lumea animală și la om**

Percepția la indivizii biologici. Funcția psihică cognitiv perceptivă este desigur prezentă și la mamiferele superioare. Ea are în vedere receptarea directă și nemijlocită a unei informații configurate și semnificante, prezente efectiv într-o

situație dată, în lumea spațială ambientală; informație pe care individul biologic o poate utiliza în procesările sale cognitive, pentru rezolvarea problemelor circumstanțiale în care e implicat. Referința este atât la o situație problematică în general – e.g. prezența unui predator periculos în apropierea unui grup de căprioare. Cât și la elementele acesteia – e.g. deplasările nemijlocite de atac ale lupului. Ierarhizarea și structurarea informațiilor se realizează în mare măsură spontan, la nivelul filtrului atențional periferic și prin operații ale encefalului. Obținerea de informații perceptive are însă, și în biologie, o componentă activă, ce implică dinamica întregii corporalități.

Informația percepută de un individ biologic are limite, care țin de caracteristicile speciei și condiția individului respectiv la momentul dat. În cadrul unei specii, indivizii au o anumită conformație corporală, cu o configurare și plasare definită a organelor de simț; precum și o structură funcțională determinată a encefalului ce poate prelucra informațiile. De ex. mirosul poate fi mai dezvoltat decât văzul iar privirea poate fi laterală și nu focalizată central ca la om. Apoi, un individ anume, poate avea diverse vârste; și, în consecință, multiple experiențe proprii câștigate. El se poate afla în variate stări de vigilitate, dinamizat de varii obiective circumstanțiale (căutarea de hrană și adăpost, interes pentru acuplare și multiplicare, pentru îngrijirea puilor etc.).

Prin dotarea genetică a creierului său, individul biologic poate diferenția perceptiv ființele din jur (intra și extraspecifice) partajându-le în dușmane, indiferente sau ca posibili parteneri; și își poate ierarhiza congenerii după vârstă, sex, dominanță etc. Informațiile situaționale obținute prin percepție, raportate la cele din memoria structurală și câștigată, îi permit individului decizia și urmărirea câte unui obiectiv fixat, până la realizarea sa; proces în cursul căruia obține și prelucrează continuu informații situaționale din ambianță; inclusiv aflate sub pragul structurării perceptive.

Mamiferul depozitează experiențele informative obținute perceptiv – și integrate în evenimentele trăite – în memoria sa de durată medie și lungă, ce se află într-un permanent proces de reorganizare circulantă, stând mereu la dispoziția sa. Un indice al acestei memorii circulante îl oferă perioadele de somn paradoxal (de activitate encefalică de tip “vis”) ce durează aprox. 10% din durata somnului. Informațiile mnestice sunt apoi operaționalizate în situațiile trăite, fiind actualizate de semne sau indici evocatori, de alertă. În aceste împrejurări nu ar fi exclus ca unii indivizi biologici să aibă reprezentări pregnante, de tip oneiroid. Deci, un fel de halucinații.

La persoanele umane umane procesul perceptiv păstrează desigur, în fundal, parametrii celui din psihobiologie; dar se reorganizează după cei ai lumii umane ce e susținută de logosul narativ critic, normativ, valoric și conceptual. Această redimensionare a lumii printr-o nouă formulă de prelucrare informațională, impune și un nou contur pentru formele semnificante pe care individul le decupează, le receptează informativ; și le interpretează situațional în manieră perceptivă. Exemplară ar putea fi considerată situația perceperii unui mesaj transmis de o altă persoană pe cale orală sau scrisă. Materialul fizic ce constituie suportul mesajului e recepționat după regulile percepției din psiho-biologie. Dar specificul său informațional uman presupune un cu totul alt ordin al decupajului cadrului informațional, al ierarhizării și interpretării semnificațiilor. Și aceasta, plecând de la perceperea nemijlocită a unei alte persoane, dimensionată prin psihismul său subiectiv conștient; și continuând cu receptarea unui artefact - așa cum ar fi o pagină scrisă; sau: - a unui cadru instituțional uman, - a derulării unui comportament, cum ar fi cel al ținerii unui discurs încadrat în practici ghidate de norme, - a receptării unui simbol cultural, etc.(Chenar.). Vom puncta pe scurt câteva aspecte.

Cadrul situației actuale în care percepția se desfășoară e circumscris, desigur, de nișa ecologică în care subiectul există, împreună cu rețelele sociale și

comunitatea culturală ce-l înconjoară. Dar acest cadru se articulează și cu istoria comunității și a persoanei, cu proiectele și preocupările în care ea e deja implicată, cu evenimentele sociale ce se derulează în jurul său. Orice eveniment actual trăit de un subiect se plasează într-un cadru de semnificații a lumii sale umane generale; și a contextului socio cultural care-l generează. Pe acest fundal de pre-cunoaștere și de semnificații înlănțuite, se degajă situația problematică actuală, pe care subiectul o decupează, o percepe și o înțelege într-un cadru de familiaritate cu ambianța. Majoritatea datelor informative percepute situațional evenimential, sunt de fapt recunoașteri, nouă fiind mai ales re-arajarea lor problematică. Dar sunt posibile și informații noi, inclusiv la nivelul formelor semnificante perceptibile; pe care el trebuie să le identifice și să le descifreze pentru a face față situației, rezolvând comportamental problema dată. În cadrul unei situații problematice, subiectul percepe de obicei un ansamblu de lucruri – obiecte, corpuri solide, instrumente, ființe, forme semnificante etc. – aflate în variate raporturi între ele și cu subiectul; care, fiecare, poate avea o individualitate obiectivă concretă, inclusă în dimensiuni de semnificație conceptual-categoriale. Acestea se pot prezenta la rândul lor cuprinse în procese, evenimente sau fenomene cu variate semnificații, ce pot fi și ele individualizate. Rolul major în decuparea unei situații perceptibile actuale e jucat în final de intenționalitatea atențională a subiectului. Perceperea situațională e strâns corelată cu procesul de concentrare persistentă al atenției sale selective, ce ierarhizează informațiile. Fenomenele de hipersemnificare perceptivă a detaliilor și trăirile perceptivă referențiale, exprimă perturbări ale acestei sinteze. Perceperea se întretese apoi intim cu raportarea activă a subiectului la datele circumstanțiale prin susținerea unei acțiuni nemijlocite; ce poate fi ulterior relatată.

Între particularitățile psihismului uman pe care procesul perceptiv nu le poate ignora, se află și capacitatea crescută a acestuia de a opera pe modele probabiliste reprezentationale și abstracte ale situației actuale; fapt ce asigură multiplele grade de libertate operațională ce caracterizează subiectivitatea conștientă a psihismul

uman, opusă lumii perceptibile exterioară. Această caracteristică a subiectivității e potențată și de comerțul său intim cu alte persoane conștiente, fiecare dimensionată prin propriul sine intențional reflexiv și încorporat. Ținând cont și de inserția fiecărei persoane în instanța teoreticului cultural, se profilează fundalul antropologic pe care se diferențiază instanța subiectivității conștiinței reflexive, ce caracterizează psihismul personal. Subiectivitate ce se polarizează cu obiectivitatea lumii înconjurătoare; asigurând un „spațiu interior” de autoreprezentare și de depozitare a secretului personal; care se poate conjuga cu intimitatea subiectivității altora.

Propriul corp e resimțit perceptiv de către subiect ca sediu al sufletului, al minții și al memoriei sale identitare; ca locul din care izvorăsc – și prin instrumentalitatea căruia se realizează - dorințele, intențiile, proiectele sale de acțiune și comunicare. Tot în interioritatea toposului său corporal subiectul își localizează afectivitatea, reprezentările, amintirile, trăirile subiective intime, secretele. În raport cu viața și manifestările publice, subiectivitatea psihismului e resimțită ca înrădăcinată și găzduită de propriul corp. Autopercepția corporală se înscrie astfel în procesualitatea resimțirii propriei identități.

Un aspect special îl reprezintă perceperea în ambianță a altor oameni. Creierul uman are o sensibilitate înăscută pentru recunoașterea conturului feței umane expresive; iar în urma achizițiilor integrate până la 3 ani – prin maturarea cerebrală conjugată cu experiențe relaționale de maternaj – copilul devine capabil să-i identifice perceptiv pe alții, în calitatea lor de ființe ce au o minte identică cu a sa; ca persoane, ce înțeleg și evaluează și ei o situație la fel ca și el; și se implică intențional în raport cu datele acesteia, inclusiv în raport cu sine (capacitatea „mentalizării”). Perceperea identificatoare a altor persoane ajunge să discrimineze între străini, persoane cunoscute și persoane intime, de atașament; în raport cu care el împărtășește dorințe, evaluări, opțiuni. Cognația socială va implica apoi pe alții în scenarii relaționale, care necesită uneori clarificări (e.g. : „sunt oare



iubit:...rejectat!...înșelat?...persecutat?...); pentru care sunt edificatoare uneori percepții ce oferă evidențe nemijlocite.

Un alt aspect particular al perceperii specifice omului se referă la elementele „lumii umane” în care el trăiește; și care se suprapune peste lumea fizico biologică. Din aceasta fac parte o serie de artefacte: edificii, unelte, instrumente, îmbrăcăminte, podoabe, spații instituționale marcate simbolic etc. În mod esențial, lumea umană în care omul trăiește este edificată în mediul limbajului narativ critic și al semnificațiilor acestora, incluzând simbolurile. Iar practicile instituționalizate

Chenar 82

### Variante ale “ datumului” perceptiv.

Configuraționismul secolului al XX-ela a studiat percepția în condiții de laborator, plasând ca “obiect de perceput”: - fie un obiect fizic, spațial delimitat; - fie, un proces semnificant, structurat, ce se derulează în timp (e.g. o melodie). Există însă multe alte variante în care “datumul perceptiv” se poate referi la situații și evenimente diverse. De exemplu:

- A/ A1 .perceperea unui vas cu fructe pe o masă;
- A2 . perceperea unei melodii cântate la vioară;
- A3 perceperea unui mesaj scris pe o hârtie;
- A4 perceperea unei drame vizionată la teatru;

În împrejurările invocate la A, care pleacă de la variantele clasice, datumul perceptiv se află în exteriorul subiectului, într-o poziție obiectivabilă, constând dintr-un întreg compus din părți care se detașează de pe un fundal accesibil. În afară de A1,celelalte situații (datumuri) perceptiv se derulează în timp, părțile succedându-se într-o ordine anumită pentru a asigura semnificabilitatea întregului. Subiectul “apercepe”tot timpul pe parcurs acest întreg; dar doar finalul încheie efectiv actul perceptiv.

- B/ B1 perceperea unei curse de alergat de 100 m. transmisă la T.V.
- B2 perceperea unei partide de tenis pe care subiectul o joacă cu un partener
- B3 perceperea unei sesiuni științifice în care și subiectul prezintă o comunicare
- B4 perceperea unui dialog cu un oponent ce duce la clarificarea unei probleme

Perceperea evenimentelor, a proceselor în derulare presupune, așa cum s-a menționat, a percepția unui cadru în care acestea să se înscrie. În exemplele menționate la B, în afară de B1 restul sunt “datumuri situaționale” (evenimente) la care subiectul participă și el,putându-le influența evoluția. În B3 și B4 în procesul perceptiv sunt incluse și datumuri informaționale ideatice.

- C/ C1 perceperea unei situații problematice care pretinde găsirea unei soluții
- C2 perceperea procesului de soluționare a situației problematice
- C3 rezolvarea problemei e în impas și pretinde solicitarea de sprijin
- C4 perceperea momentului de încheiere cu succes a soluționării problemei

Perceperea unei situații problematice se poate concentra pe semnificația abstractă a acesteia, având un nivel perceptiv superficial.

- D/ D1 perceperea unui portret pictat ce exprimă fiziognomonic firea persoanei respective
- D2 Perceperea unei persoane cunoscute aflată într-o anumită stare emoțională
- D3 Perceperea caracterului răutăcios a unui coleg
- D4 Perceperea, în cadrul unei situații semnificative, că dragpstea cuiva s-a stins.

Perceperea altui om poate avansa spre adâncimi caracteriale sau relaționale subtile,

Prezentarea de mai sus a unor variante ale “datumului perceptiv” indică necesitatea unor

în care subiectul e angrenat, sunt ordonate prin norme și valori. Astfel, universul perceptiv ce înconjoară persoana e impregnat de semnificațiile lumii sale umane, a limbajului acesteia, desfășurat pe multiple nivele de discurs și semnificații. Dintre acestea, unele sunt simbolice iar altele abstracte, sprijinindu-se doar parțial pe datele perceptive actuale. Așa e de ex. instanța matematicilor – esențială pentru construcții, calculul comercial și cel al timpului, pentru elaborarea teoriilor științifice. Și la fel, aria „entităților fictive”, a spiritelor, zeilor și eroilor de narațiune. Desigur, raportarea la această dimensiune „ne-perceptibilă” direct – la fel ca la abstracțiile conceptuale ale științei și filosofiei – se realizează printr-un strat de suprafață, a unor semne perceptibile cu semnificație convențională și simbolică. Dar comentarea problematicii aspectelor specifice ale percepției umane nu poate ignora nici această dimensiune, care subliniază importanța în percepția umană a dimensiunii semnificabilității. Mai ales că, limbajul natural folosește cu spontaneitate expresii ca „a acorda atenție” și „a percepe” pentru variate situații culturale și spirituale.

### **8.3. Halucinațiile vizuale și auditive**

În psihopatologia perceptivă, tradițional, rolul cel mai important l-au jucat halucinațiile. Halucinațiile vizuale au fost cele care au fost puse în prim plan în prima jumătate a sec.XIX. Primele descrieri, comentarii, analize și încercări de interpretare întreprinse de psihopatologi au jalonat de la început contextul lor de manifestare. E vorba de comparația lui Esquirol cu „vizionarul” și de trimiterile lui Moreau de Tours la vis și stările consecutive consumului de hașiș. În ambele cazuri erau prezente importante particularități ale condițiilor de desfășurare a percepției situaționale, marcată acum de halucinații.

Trimiterile la înțelesul cultural, spiritual al „vizionarului”, a fost desigur o metaforă. Gândirea speculativă occidentală a sesizat de la începutul antic al filosofării, conexiunea dintre aspectul exterior, perceptibil al lucrurilor și

înțelesurile conceptuale ale acestora; fapt ce a fost exprimat în distincția dar și corelația pe care Platon o făcea între **eidos** și **ideea**. Contemplarea filosofică a esențelor pe care a sugerat-o Platon și a reluat-o recent Husserl, se îndepărta însă de practicile cultice. Vizionarii culturilor tradiționale, care la fel ca prezicătorii ebraici întrevădeau și proclamau viitorul istoric, nu oferă însă un model cultural util interpretării halucinațiilor vizuale. În cazul lor accentul era pus pe interpretarea semnificației speciale a unor reprezentări complexe trăite subiectiv – la fel cum hermeneuții etrusci încercau să interpreteze zborul sau măruntaiele păsărilor, percepute ca datumuri obiective. Desigur, experiențele mistice, realizate prin devoțiune individuală sau prin entuziasmul colectiv al religiilor de mistere, se corelau și cu aspecte imagistice. Acestea apăreau însă credincioșilor pe fundalul detașării lor de viața cotidiană; și transpunerea într-o atmosferă mitico sacrală, de transă, întreținută uneori și de actualizarea prin plasmodiere a scenariile și episoadelor mitice, de muzică, dans; și consum de substanțe psihoactive, ce aveau importante efecte de distorsiune perceptivă. Subiectul ajungea astfel să se simtă plasat într-o „altă lume”, „supranaturală”, marcată de o spațio temporalitate specială. Mediu în care resimțea uneori percepții neobișnuite ale obiectelor și ale propriului corp. Încă vechii indieni utilizau în acest sens substanța ”soma”; iar musulmanii luptători din vremea cruciadelor, hașișul. Studiarea experimentală în sec.XX a unora din aceste substanțe, ca bulbocapnina, psilocibina (dar și a unor produși sintetici similari ca LSD), a indicat că ele produc realmente modificări perceptivă variată: distorsiuni spațiale ale conturului, formei și mărimii obiectelor și propriului corp, ale raportului figură fond, apariția de culori, figuri geometrice, obiecte și ființe izolate, scene panoramice statice și în mișcare, modificări ale resimțirii temporalității. Aceste distorsiuni perceptivă ce se reîntâlnesc și în stări de depersonalizare corporală, pot fi suportul reprezentării unor scenarii imaginative vizuale, a unor „viziuni”, trăite de credinciosul aflat în transă; detașat de comerțul

informațional curent cu ambianța situațională. De aceea, apropierea viziunilor mistice de halucinațiile vizuale se cere abordată cu grijă.

În afară de cadrul ritualului sacral, o altă trimitere pe care psihopatologia a avut-o în vedere pentru a interpreta trăirile halucinatorii vizuale a fost cea a visului din somn. Visul se derulează în interiorul condiției de detașare de informația ambientală, pe care o induce somnul; și el e resimțit (trăit) sub formă de scene în derulare, predominant vizuale, la care subiectul simte că participă. Visul nu se bazează deci pe prelucrarea unor informații actuale pe care subiectul să le recepționeze și sintetizeze din lumea ambientală, în condițiile unei angajări active; ci are la bază pulsația informativă, desfășurată spontan, periodic, a fondului mnestic imaginativ biografic, identitar. Logica și cursul derulării visului scapă de obicei controlului visătorului, care simte că participă nemijlocit la scenariile ce se derulează în spațiul onirice. Clinica psihiatrică din sec. XIX a susținut această apropiere a halucinațiilor vizuale de vis, date fiind bogatele documente clinice pe care le oferea în acea perioadă tulburarea deliriumului – sau a stării confuze onirice (în exprimare franceză) - din stările infecțioase și febrile. Acestea comportau însă și o denivelare, în grade variate, a stării de vigilitate, cu dezorientare spațio-temporală în raport cu datele ambianței. Pe acest fundal se manifestau trăiri de tip halucinator predominant vizuale, “oneiroide”: scene cotidiene, uneori profesionale, la care subiectul simte că participă, alături de persoane cunoscute sau necunoscute. Implicarea subiectului era atât afectivă cât și psihomotorie, în concordanță cu conținutul scenariului oneiroid. Tematica scenariilor putea fi profesională, terifiantă sau euforică. În funcție de gradul de vigilitate, ambianța actuală putea fi percepută concomitent, mai clar sau mai estompat; oneirodia se poate chiar amesteca cu percepții adecvate ale lumii ambientale. Alteori, ea se rezumă însă la un spațiu bine delimitat, încadrat de perceperea corectă a mediului ambiental. Halucinațiile vizuale pot fi nu doar scenice ci și izolate: persoane, animale, diavoli, halucinații simple. Mai rar pot apare în acest context halucinații olfactive, auditive,

cutanate. În delirium tremens din alcoolism s-au descris clasic halucinații cu animale mici ce se urcă pe corp. Manifestări oneiroide pot apare și postoperator, după reanimare etc. Aceste trăiri scenice, sunt însă predominant perceptiv circumstanțiale, nefiind articulate cu o problematică identitar delirantă, a unui eu-personaj, alunecat într-un scenariu delirant fictiv.

Apropierea dintre stările oniroide și halucinațiile vizuale este argumentată și de halucinațiile hipnagogice, ce apar la intrarea în somn, până ce vigilitatea reflexivă nu a dispărut complet; și de cele hipnopompice, mai rare, ce apar la trezire. Ele se pot manifesta și la pacienți ce prezintă narcolepsie; adică momente de bruscă adormire în timpul vigilității diurne, însoțite de scăderea bruscă a tonusului muscular. În toate aceste cazuri se incriminează o perturbare în derularea ciclului normal a somnului cu vise, care include la om aprox. 20% perioade de “somn paradoxal”, în care subiectul “visează”. Fenomenul visului s-ar datora unui proces de reorganizare ciclică a fondului informativ mnestic (episodic, biografic), sub forma unei memorii circulante, de durată medie.

Trăirile de tip oneiroid trimit deci, direct, la o disfuncție a “mecanismului psihocerebral” ce susține desfășurarea somnului cu vise; care pentru om este o moștenire biologică, înscrisă în structura encefalului. S-a dovedit că fondul mnestic al omului, predominant biografic, funcționează, într-una din importantele sale dimensiuni, într-o modalitate circulantă, datele de memorie realizând prin această dinamică noi conexiuni. Ele revin periodic și pentru a se oferi utilizării stimulate de către actualitatea trăirilor subiectului. Același mecanism ar sta la baza “cursului ideativ” ce se derulează în fundalul psihismului vigیل, susținând asociațiile de idei și creativitatea; dar și ideația intruzivă ce poate aluneca în obsesii nedorite.

Configurarea unei percepții situaționale a omului vigیل pe baza receptării filtrate și sintetizate a informațiilor exterioare actuale, presupune deci, prin definiție, articularea acestora cu datele de memorie ce le vin în întâmpinare; și cu care “se acordează”. 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 însă 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. Modelul din reacția de stress posttraumatic a fost dezvoltat mai recent și în corelație cu „psihozele disociative”. E vorba de stări psihopatologice corelate cu traume biografice importante, care vulnerabilizează persoana; și care stau în spatele unor episoade halucinatorii vizuale și auditive. Psihoza disociativă se desfășoară în condițiile unei parțiale detașări de ambianța. Deobicei și prin actualizarea unui scenariu ce actualizează în mare măsură un eveniment psihotraumatic trăit.

Manifestări de tipul percepțiilor halucinatorii pregnante dar criticate, au fost descrise începând din sec.XIX în tulburări neurologice și ale analizorilor vizuali și auditivi. Aceste “halucinoze” apar și în afectarea căilor vizuale retrochiasmatică, infarcte corticale, epilepsie. Deci, în lezări ale „instrumentarului” neurologic de colectare, transmisie, prelucrare și depozitare sintetică și de reactualizare a informațiilor într-un anumit sector perceptiv. În cazul crizelor epileptice cu localizare parieto temporală, halucinațiile pot fi olfactive dar și vizuale, scenice. Lipsa altor tulburări psihice în aceste cazuri indică faptul că aparatul funcțiilor cerebrale e capabil să genereze singur configurații perceptivă, ce sunt plasate de organismul psiho-cerebral în spațiul perceptiv al lumii înconjurătoare. Pentru delir, important e însă ca acestea să fie inserate în conflictualitatea scenariului narativ a

lumii delirante pe care alunecă subiectul transformat în personaj fictiv; în care semnificațiile predomină asupra formelor.

Trăiri de tip halucinator s-au constatat apoi și în condițiile deprivării senzoriale. La mijlocul sec.XX s-au efectuat o serie de experiențe, în corelație cu pregătirea cosmonauților ce urmau să petreacă mult timp în spațiu în împrejurarea unui deficit de solicitări senzoriale, (incluzând-o și pe cea gravitațională, asupra sistemului vestibular și artromiokinetic). S-a constatat că, menținerea timp îndelungat în condiții de semi întuneric, izolare fonică și nemișcare, conduce la apariția unor neformații perceptiv-predominant vizuale. Acestea sunt cel mai des simple figuri colorate, obiecte, animale, oameni; rar scene în desfășurare. Trăirile de tip perceptiv ce apar în astfel de condiții se referă, dar în mai mică măsură și la muzică, expresii, reamintiri de texte etc. Dincolo de utilitatea cercetărilor menționate pentru astronautică, ele pot explica trăirile de tip halucinator ce apar în condiții de monotonicitate informațională (e.g. în deșert sau pe întinsuri de zăpadă). De fapt, problema care s-a ridicat în acea perioadă în psihiatrie a fost cea a deficitului de stimulare în genere; inclusiv lipsa solicitărilor din partea altor oameni și a exercitării unor activități cutumiere care să implice noutate; ceea ce induce o pasivitate sau o blocare a dimensiunii activ-intenționale a sintezei perceptiv-predominant vizuale. Acest aspect s-a conjugat cu alte observații făcute de psihiatrii care au demonstrat că substimularea psiho-socială și senzorială a schizofrenilor, prin internarea îndelungată în azile unde predomină condiții de monotonicitate, agravează simptomatologia deficitară. Fapt ce a încurajat ideea unei stimulări adecvate în cazul internărilor prelungite; și, evitarea pe cât posibil a instituționalizării îndelungate.

Ansamblul problematic ce se evidențiază cu ocazia studierii halucinațiilor vizuale, susține ideea că subiectul trebuie înțeles continuu și în perspectivă reflexivă, ca „autopercepându-se aflat în situații perceptiv-active determinate”. Această autopercepere de fond stă nu doar la baza parametrilor spațiali ai

localizării și orientării pe care-i induce trăirea referinței la propriul corp (cu limitele și interioritatea propriului psihism, cu proximitatea, direcțiile și distanțele ce astfel se configurează). Ci ea implică și întregul fundam. mnestic identitar ce intră în joc în orice raportare situațională perceptivă; împreună cu oferta informațională ne-actuală, ce încontinuu pulsează intențional din acest fundal, orientată de interese, preocupări, proiecte, provocări externe etc. Fondul mnestic informațional și biografic identitar, se află într-un permanent dinamism de reorganizare circulantă, ciclică, așa cum ne-o indică constant visele din somn. Iar oferta acestui fundal în direcția ferestrei deschise prin actualitatea trăită, e în permanență sensibilă la semnificațiile situaționale și la așteptări, mai ales în perspectiva relaționărilor intersubiective.

Halucinațiile vizuale au fost comentate din ce în ce mai puțin de psihopatologia din a doua jumătate a sec.XX, în corelație cu descreșterea lor odată cu reducerea stărilor de delirium febril infecțios și a substimulării produse de internările îndelungate și pasive din azile. Studiarea circumstanțelor în care ele se produc, a subliniat însă corelația halucinațiilor vizuale cu memoria biografică circulantă ce stă și în spatele viselor, desfășurate în contextul suprimării sau reducerii conectării subiectului cu informațiile ambientale. În delirul psihotic subiectul e însă centrat și absorbit de scenariul aberant care-l subjugă, corelându-l cu instanța personajelor cultural fictive și socio istorice; care e și cel ce dirijează semnificațiile trăirilor sale halucinatorii.

Universul perceptiv vizual este esențial în derularea vieții cotidiene a oricărui om, căci el asigură și orientarea spațială, pe care o avem în comun cu psihismul biologic. Dar specifică pentru psihismul omului este comunicarea intersubiectivă cu ceilalți și cu narativitatea metareprezentățională pe care o asigură limbajul, introducând subiectul în lumea narativității culturale teoretice, cu ale sale instanțe fictive și personaje particulare. Spațio temporalitatea și cauzalitatea lumilor narrative, fictive, e distinctă de cea fizico biologică. La nivelul vieții



curente noi facem o permanentă sinteză între acestea două planuri, dat fiind că întreaga noastră existență, cu toate scenariile și ritualurile sale, se desfășoară, totuși, în mijlocul unui univers fizico biologic care este suportul apariției, evoluției și manifestărilor existențiale actuale ale omului pe pământ. Percepția auditivă, centrată pe limbajul articulat ne mută însă mai mult spre narativitate, spre implicarea subiectului în scenarii mai mult sau mai puțin fictive.

Halucinațiile auditive au fost diferențiate încă de la început de cele vizuale deoarece ele se concentrează pe “auzirea de voci”; iar rostirea în mod evident nu e doar receptată din exterior, ci și produsă, în permanență de către însăși subiect, în strânsă corelație cu elaborările sale ideative. De aceea s-a vorbit încă din sec.XIX de halucinații audio-verbale și ideo-verbale. Acestea trimit spre generarea gândurilor și intențiilor de comunicare verbală, ce emerg la nivelul instanței cursului ideativ. Deci, la un nivel profund al “interiorității psihismului subiectiv”, la alt pol față de sursa informațiilor ce stau la baza percepțiilor și halucinațiilor vizuale, plasate în spațiul exterior, în afara limitelor propriiei corporalități. Pe de altă parte, vorbirea e atribuită și altor persoane care o elaborează și o emit tot cu punct de plecare în interioritatea lor intimă. Astfel încât, auzitul de voci poate fi considerat echivalentul unor relaționări interpersonale, în cadrul unui câmp comunicațional interpersonal.

Halucinațiile auditive, care sunt cele mai importante în psihoze, pot fi desigur și neverbale. Acestea, ca zgomote sau melodii, au acum o importanță mai redusă. Cât despre halucinațiile verbale, ele evocă, așa cum s-a menționat, universul relaționărilor interpersonale, în cadrul unor variate tipuri de raportări. Nu trebuie ignorat faptul că dezvoltarea ontogenetică se realizează de la început, din perioada de sugar, în mediu lingvistic. Iar relațiile cu alții atașează constant comunicării nonverbale vizuale și pe cea verbală, chiar și în cadrul intimității. Deși în spațiul relației cu mama și cei apropiați predomină comunicarea cu expresivitate non-verbală, comunicarea verbală rămâne și la acest nivel importantă.

De altfel, psihologia actuală acceptă și subliniază faptul că pe parcursul ontogenezei copilul "introjectează" imaginile matern; iar ulterior, și pe cel al altor persoane de atașament; care vor ocupa astfel un loc aparte în "câmpul interpersonal intrapsihic" prin care subiectul își reprezintă articularea sa cu ceilalți. Acest aspect se cere reținut când se comentează „auzirea vocii celorlalți” în normalitate și în patologie. Revenind la mica copilărie, prin vorbire se exprimă și în intimitate rostirile apelative, interogative, de rugămintă, sfătuire, amenințare, solicitare de iertare, etc. Chiar dacă vorbesc puțin, persoanele apropiate sufletește folosesc totuși cuvinte pentru a se susține reciproc, a se încuraja, îndemna, alina; uneori chiar șoptind. Apoi, prin limbaj oamenii ce se află unul în fața celuilalt dialoghează pentru a schimba opinii și a clarifica probleme; dar și comentează pe un altul, absent, caracterizându-l pozitiv sau negativ. Comunicarea verbală va trece însă în prim plan în spațiul public, în raport cu persoanele oficiale și străine. De aceea halucinațiile audio verbale din paranozie au deseori un caracter xenopatic, de relaționare cu cineva mai îndepărtat sufletește sau străin, care emite ordine, dispoziții, manipulează etc. În sfârșit, nu poate fi ignorat acum, când avem în vedere psihopatologia, nici dialogul interior, doar marginal verbal, în care subiectul se confruntă cu el însuși. Precum și raportarea la Divinitate. Divinitate care în iudeo-creștinism se poate adresa verbal omului.

Halucinațiile ideo-verbale sunt comentate în ultimul timp din perspectiva – și sub sintagma – "oamenilor ce aud voci". Acest fenomen este considerat ca răspândit în populația generală, o mare parte din persoanele ce aud voci reprezentând tulburări psihice diagnosticabile sau care să necesite tratament. În noiembrie 2013 s-a ținut la Melbourne un Congres Mondial al celor ce aud voci, prevalența acestora în populația generală fiind evaluată la aprox.13,2%. S-au studiat și reliefat particularități dintre cei ce aud voci și au nevoie de tratament și cei ce nu au nevoie. Faptul de a auzi voci e un fenomen complex care depinde de cultură, angajare spirituală, particularități personale, experiența relațiilor cu

alții, existența unor traume în biografie, stări disociative diverse; astfel încât nu toate cazurile sunt încadrabile în psihoze.

Halucinațiile audio-verbale pot fi apelative, adresându-se subiectului pe nume, ca și cum l-ar chema. Sau injurioase, amenințătoare, acuzative. Ele mai pot fi imperative, comandând pacientului să facă anumite acte, dirijându-l ca în cazul unei atitudini dominatorii ce pretinde supunere. Uneori vocile îndeamnă sau poruncesc acte agresive, ca lovirea sau omorârea cuiva; sau sinuciderea. Halucinațiile imperative se cer diferențiate de sentimentul controlului voinței și de cel de dirijare, de impunere a actelor și gândurilor, trăit de cei cu sindrom depersonalizant de transparență/influență. Halucinațiile comentative constau din două sau mai multe voci, care discută între ele despre pacient, fie evaluându-l ca și persoană, caracter valoare; fie comentând actele ce le face, intențiile și gândurile ce îi vin în minte. Mai rar vocile discută între ele neclar, ca o “rumoare”. Sentimentul pacientului este că aceste conversații se referă la el. Se manifestă astfel trăiri intermediare între halucinațiile verbale clar auditive, plasate în spațiul exterior; și cele ce pătrund în zona intimă a agenției sale.

În cazul halucinațiilor apelative și imperative, subiectul resimte evident o raportare directă față de alții, care i se adresează. Vocile care-i vorbesc sunt “personalizate”. Ele sunt efectiv personajele ce participă direct la derularea scenariului relațional delirant. Și aceasta, atât atunci când pot fi clar identificate ca aparținând cuiva; cât și dacă identificarea e aproximativă. Sau trimite la personaje anonime. Poate fi auzită în acest sens și vocea lui Dumnezeu, a Fecioarei Maria sau a diavolului. Halucinațiile auditive, chiar dacă sunt atribuite unor persoane anonime, “vizează” deci subiectul, “îl au în vedere”, chiar dacă numai aluziv. Ele nu sunt discuții pe care alții le poartă fără legătură cu el. Toate halucinațiile audio-verbale presupun faptul că subiectul resimte și își reprezintă existența altor persoane reale sau fictive în relația acestora cu el, care se află în „centrul interesului celorlalți”. Faptul se corelează desigur cu reprezentarea delirantă a

prezenței altor persoane ca personaje active în scenariul din instanța metareprezentatională a propriului psihism.

În concluzie, dacă halucinațiile auditive ar reprezenta, așa cum s-a formulat de unii cercetători, o exteriorizare a unei raportări lingvistice intrapsihice cu o alteritate, ele presupun, evident, o prezență a altora în însăși interiorul propriului psihism. Adică a imaginii și reprezentării despre lumea pe care subiectul conștient o centrează.

#### **8.4. Spațiul intern al subiectivității, autopercepția și halucinațiile psihice**

Halucinațiile, în calitate de trăiri “de tip perceptiv” sunt proiectate în spațiul exterior subiectului încorporat, aflându-se astfel în legătură, direct sau indirect, cu suma informațiilor percepute actual. Și astfel, ele fac parte din contextul situației prezente, pe care subiectul o trăiește și o centrează în raportarea sa la lume. E vorba desigur de lumea sa umană. Lume a cărei pânză de fond se deformează însă în psihoză. Iar halucinațiile se corelează strâns și cu scenariul excentric prin care subiectul e transformat într-un personaj aberant din lumea sa delirantă. În această perspectivă, halucinațiile se articulează și cu interioritatea psihismului persoanei. Interioritate subiectivă, ce se organizează în jurul sinelui identitar reflexiv, a identității sale diacrone, printr-o schemă ce se întrețese cu imaginarul. Durată biografică încorporată, ce stă la baza resimțirii în fundalul interiorității conștiinței subiective a unei permanente identități reflexive de fond.

Trăirea etichetată drept „autopercepție”, este un fenomen continuu și sintetic, bazat în primul rând pe informațiile ce sosesc neîntrerupt prin toate sistemele informative senzoriale ale propriului corp; inclusiv cele interoceptive și artromiokinetice, care susțin desfășurarea mișcărilor, a acțiunilor. Toate acestea, sunt subsumate însă unității, identității și agenției sinelui. Autopercepția se referă de fapt la sesizarea reflexivă a întregii structuri identitare, centrată de sinele biografic, înrădăcinată în propriul corp și definită social. Ea este și baza autoevaluării, a stimei de sine. Resimțirea continuă, reflexiv conștientă a acestui

fundal și referențial identitar, personalistic, e însă doar vag etichetată prin expresia "percepție de sine", ea nefiind comparabilă cu percepția unui obiect exterior.

Autoperceperea implică un continuu sentiment de "centralitate", subiectul resimțind în permanență că sinele său, localizat în toposul corpului propriu, este sediul din care emerg, din care se nasc și în care se afirmă, toate gândurile și intențiile sale în raport cu lumea din care face parte. Lume în mijlocul căreia el se plasează, resimțindu-și trăirile ca fiind "ale sale"; integrate în identitatea sa, ca aparținându-i (funcția de apartenență, "ownership" a sinelui). De asemenea subiectul resimte că el însuși este autorul, agentul care generează și realizează propriile gânduri, intenții, dorințe, decizii, acțiuni, exprimări (funcția de "agenție" a sinelui). Și aceasta, chiar și atunci când este sfătuit de alții sau i se poruncește. Subiectul se percepe, se resimte deci, cel puțin până la un punct, ca delimitat de alții – de alteritatea celuilalt și de lumea care-l solicită - centrat de sinele său intențional și reflexiv. În intimitatea sinelui său, a conștiinței sale reflexive, în acest "spațiu al interiorității subiective", subiectul se autoevaluează și se autocaracterizează. Iar uneori se autocondamnă; sau îi este rușine. Aici el își selectează amintirile, reprezentările, intențiile, ideile, se decide. Tot în acest topos subiectul poate să își cheme și să-și reprezinte evenimentele trăite doar pentru sine, în aria secretului său personal.

Amintirile pot însă apărea în mintea sa, în psihismul său conștient, și nesolicitate; așa cum, sub cupola somnului, se desfășoară visele, odată cu mișcarea circulantă, ofertantă a datelor mnestic. Fondul mnestic al subiectului include, desigur, istoria sa biografică ; dar și mult material informativ extrapersonal, inclusiv teoretic cultural asimilat de a lungul ontogenezei, în cadrul memoriei sale nominale susținută de limbaj. Acest fundal e mobilizat și plasat într-o variantă de accesibilitate crescută prin dinamica angajării sale în situații, proiecte și preocupări. Dar nu tot ceea ce emerge din fondul său mnestic este resimțit ca propriu, ca personalizat și aceasta, deoarece există și un dinamism spontan,

proiectiv al fundalului informativ al psihismului propriu; care, sprijinindu-se pe memoria circulantă, generează și propune în mod continuu actualității trăite de subiect un spectru variat de informații, reprezentări imagistice și ideatice, pe care acesta le poate sesiza reflexiv, autoanalitic. Faptul se concretizează în ceea ce psihologia și psihopatologia au numit “curs ideativ” sau “flux al conștiinței”. Pornind de la aceasta se desfășoară și pseudohalucinațiile.

Sub denumirea de pseudohalucinații au fost descrise trăiri asemănătoare halucinațiilor, care nu au însă caracter de exterioritate perceptivă spațială : e.g. voci care sunt auzite în cap sau în inimă, în stomac. Mai rar sunt invocate imagini, de obicei figuri simple dar colorate, pe care subiectul le „vede” apărând spontan în spațiul său intern. Inițiatorii temei pseudohalucinațiilor în sec.XIX, Hagen și Kandinsky, se refereau la ideea lui Kahlbaum (1847) care susținea existența în creier a unui „centru al apercepției” care generează spontan trăiri de tip imaginar, cvasihalucinatorii, în corelație cu un centru al memoriei. Kandinsky, bazat pe psihologia lui Wund, sugera o asociație între această activitate generatoare și cea a unui centru al conștiinței, care constată, înregistrează, filtrează, sintetizează. Conștiința ajunge astfel să înregistreze uneori, pe fundalul obișnuit al fluxului ideatic, reprezentări imagistice, imagini vii, pregnante, ce vin din interior; și care i se impun fără intenția sa, fără a le putea influența. Dar pe care le poate contempla, în spațiul său psihic interior.

Pseudohalucinațiile sunt distincte de fenomenele de rememorare, de imagine sau de percepție, fiind mai apropiate de reprezentările involuntare. Ele se mixtează cu apariția spontană a unor idei în fundalul conștiinței, fiind independente de organele de simț. Seglas a apropiat fenomenul de gândirea și vorbirea interioară, atrăgând atenția asupra lipsei unui vocabular psihologic adecvat pentru a le descrie. Ey și Claude le-au atașat de gândirea intruzivă și obsesivă. E vorba oricum, de fenomene psihice pe care subiectul le poate sesiza în

fundalul subiectivității sale conștiente, la un nivel la care se derulează spontaneitatea fluxului ideativ.

Pseudohalucinațiile, așa cum au fost ele descrise tradițional și cum se întâlnesc și în prezent, pot fi corelate și cu alte trăiri, psihopatologice și normale, care emerg la nivelul cursului ideativ.

Cele patologice se referă la tulburările formale ale cursului ideativ. Acestea au fost studiate în cadrul obsesionalității, maniei, depresiei dar mai ales în unele forme nedelirante de schizofrenie. Este vorba de : - Ideția intruzivă : subiectul resimte că gândurile sale sunt parazitare și interferează cu gânduri străine, nedorite, ce apar spontan, fără voia sa; - Presiunea gândirii: subiectul resimte că propriile gânduri îi scapă de sub control, modificându-se mai rapid și impetuos decât ar dori; - Fuga de idei: subiectul constată o multitudine de idei ce se succed cu mare viteză în fundalul cursului ideativ, fără ca el să le poată opri sau controla; - Mentism: subiectul resimte izbucnirea bruscă a unui ansamblu de gânduri amestecate pe care nu le poate ordona și stăpâni; - Încetinirea cursului gândirii, se referă la constatarea unui ritm ideativ propriu lent; - Blocajul gândirii sau golul mintal: subiectul resimte în fundalul cursului ideativ un gol, o pauză; ideția se poate relua ulterior, în altă direcție; - Ecoul gândirii : gândul se repetă, în fundal, ca un ecou; - Sonorizarea gândirii: subiectul își aude propriile gânduri și crede că acestea pot fi auzite și de alții. Ultimul simptom se întâlnește de obicei în schizofrenie, împreună cu spațializarea gândirii : adică, cu sentimentul că gândurile se petrec și sunt localizabile în diverse părți ale spațiului corporal. Mai poate apare sentimentul difuzării și împărtășirii gândirii, alături de alte simptome de „transparență psihică”.

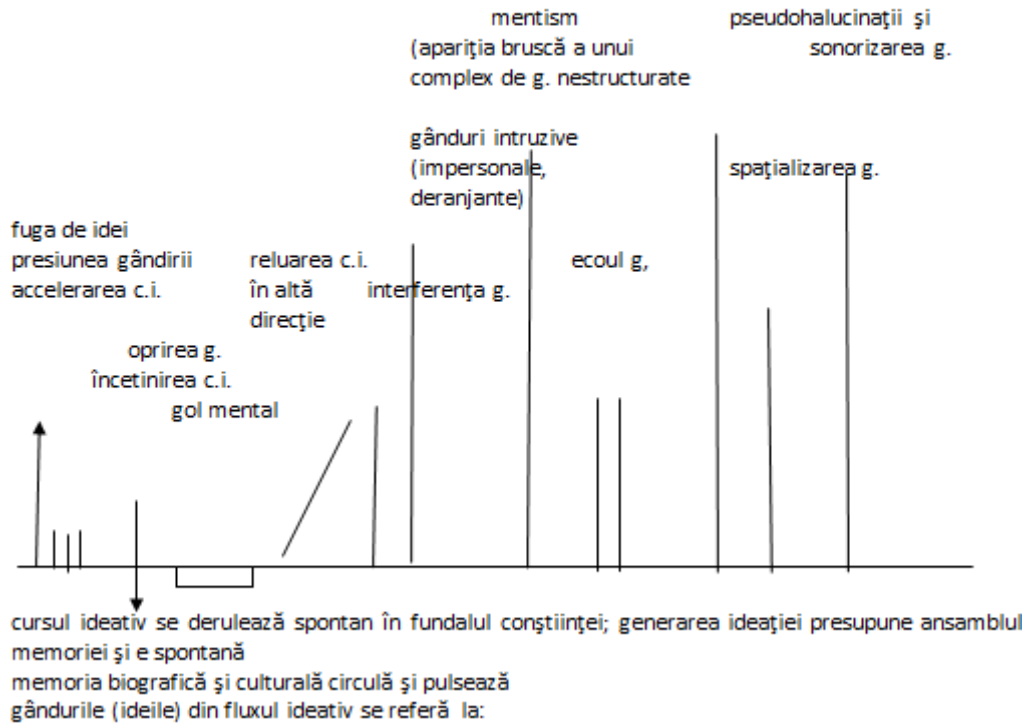
Tulburările formale de gândire exprimă o relaxare deficitară a sintezei fondului structural ce susține identitatea mnestică a persoanei; și care poate fi abordată din perspectiva disfuncției coerenței centrale. Zona în care ele se manifestă e cea în care se desfășoară și pseudohalucinațiile. Tb. formale ale gândirii pot fi condiționate pe de o parte de viteză cu care se derulează

procesualitatea naturală, spontană a circuitului de ofertă mnestică imaginativă. Iar pe de altă parte, de insuficiența și distorsiunea „filtrului informațional”. Adică a celui filtru de tip atențional ce selectează sintetic dar spontan, la nivel periferic informațiile ce vin de obicei din mediul exterior.

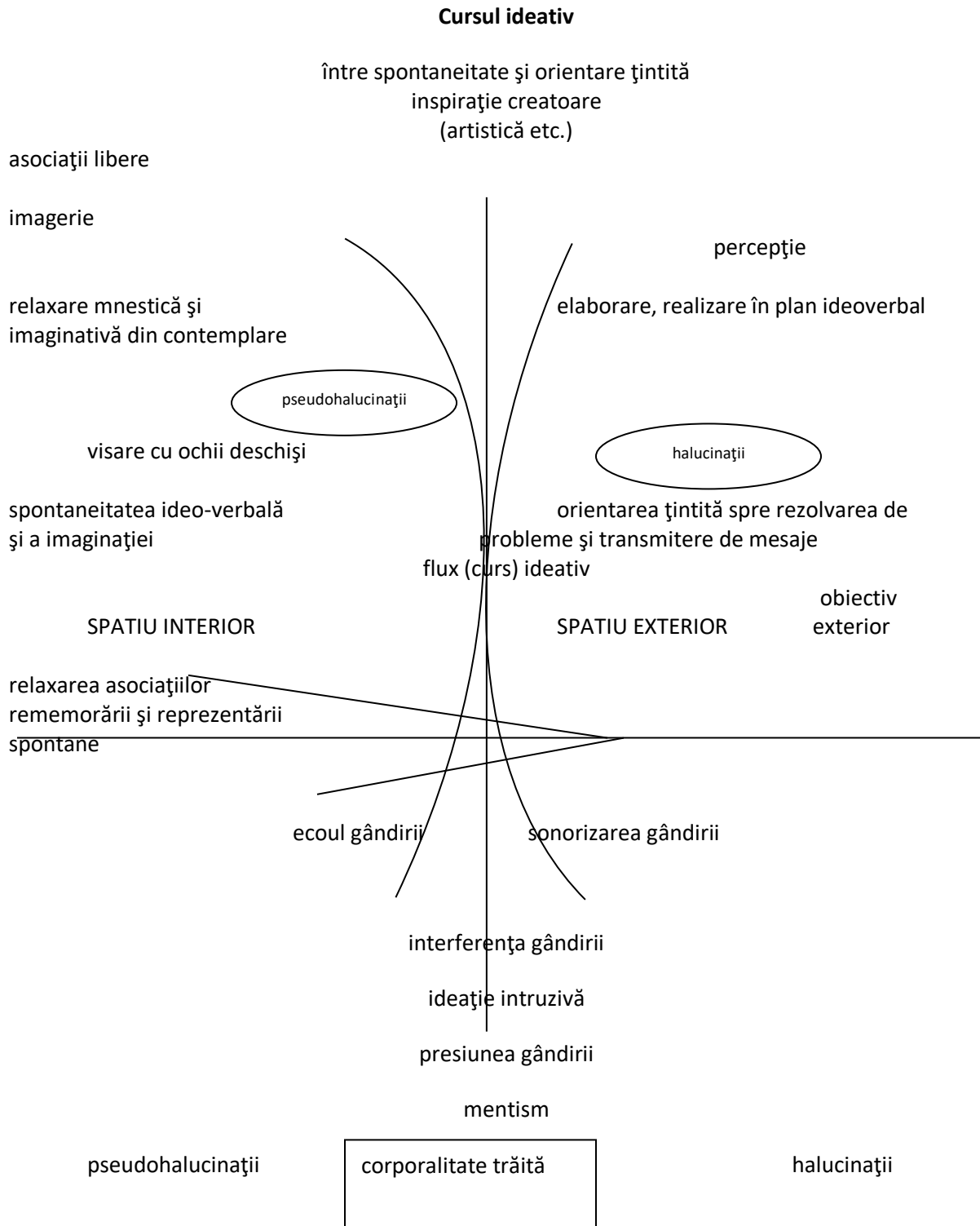


## Chenar 83

## Tulburări formale ale cursului ideatic (c.i.)



Chenar 84



Zona cursului ideativ este una profund intimă, trimițând spre structura identitar menstică. Totuși ea face parte din deschiderea și articularea subiectului cu actualitatea trăită; căci trăirea semnificației situaționale și proiectul de raportare la Cura psihanalitică a asociațiilor libere stimulează conștientizarea unor structuri mai profunde ale circulației datelor mnestică, în corelarea lor cu scenarii motivaționale și intenționale ale “complexelor inconștiente” ale sinelui identitar biografic. Pe măsură ce acestea ajung să se conștientizeze astfel încât să poată fi verbalizate, ele pot fi analizate și interpretate de către terapeut, în cadrul spațiului relațional pe care acesta îl instituie cu clientul. Iar pe această cale, pacientul ajunge treptat să decripteze, ca într-un fel de oglindă, aspecte structurale profunde, blocate în adâncimea psihismului sau identitar. Cel puțin aceasta era doctrina lui Freud, care susținea că pe o astfel de cale se poate petrece o restructurare a psihismului persoanei suferinde, benefică pentru sentimentul de identitate autonomă și armonică a sinelui său.

Creativitatea folosește și ea, în orice domeniu, pulsațiile fundalului mnestic imaginativ, ce trec prin poarta cursului ideativ. Dincolo de tradiționala trimitere la momentele de inspirație creatoare, se poate face acum trimitere la metodologia sugerată de suprarealism când a cultivat “dicteul automat”. Dar materialul creativ brut odată produs spontan, necesită o prelucrare creatoare conștientă, care-l personalizează.

Autopercepția subiectului poate fi înțeleasă și comentată și ca un aspect al reflexivității sinelui, cu accent pe dimensiunea sa identitar mnestică, a familiarității cu sine, care include și zona accesului la propriul fond de cunoștințe; precum și cea de autogenerativitate și dinamism intențional, de dinaintea executării actelor voluntare. Adică domeniul care precede, întemeiază și susține vizările sale intenționale, proiectele și acțiunile deliberate, elaborate conștient, realizate treptat cu ajutorul funcțiilor executive controlate de persoană. Agenția reflexivă a subiectului se extinde, desigur, și spre acest teritoriu profund; la limita căruia el

poate înregistra, atunci când e atent, „cursul său ideativ”, cu o anumită obiectivitate; analizându-l și prelucrându-l, eventual creator. Iar odată cu acest curs ideativ, subiectivității persoanei umane i se oferă și i se poate dezvălui, nu doar parametrii propriei biografii și ai cunoștințelor asimilate, inclusiv cele culturale și abstracte; ci și sensurile care întemeiază și susțin cunoștințele sale privitoare la lume în ansamblu. Adică infrastructura „logosului”, zona condițiilor de posibilitate ontologice, ce cuprinde și definește capacitatea omului de a specula asupra originilor și esențelor.

Este calea pe care s-a aventurat filosofia în speculația ei asupra fundamentelor „a ceea ce există”, începând cu Platon și Socrate; și continuând cu Descartes, Kant, filosofii analiști și Husserl. Ultimul menționat, propunând chiar o „reducție fenomenologică” ca metodă de a coborâ, sistematic, până la nivelul unui „ego transcendental”. Psihopatologia realizează uneori o deficiență disfuncțională a psihismului persoanei, care dezvăluie și evidențiază chiar și acest topos.

### **8.5. “Centralitatea” psihopatologică; trăirile referențiale, 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 a acestora caută să se sprijine pe “evidența” unor astfel de fapte perceptive. Dacă avem acum în vedere ceea ce Jaspers considera a fi „delirul propriuzis”, se poate întâlni, mai ales în faza sa incipientă de invazie delirantă, trăirea unui sentiment special de “centralitate”, ce se conjugă cu resimțiri perceptive particulare „de referință”. Sentimentul de centralitate constă acum din impresia dominantă a subiectului că se află în centrul unor evenimente importante, care se pregătesc pentru el, care „îl privesc”. Trăirile senzitive de relație, ce constau în impresia că alții privesc subiectul în mod

deosebit și îl comentează, se pot corela cu acest fenomen. Dar e vorba doar de o intersecție, deoarece valențele senzitivității relaționale sunt multiple: curiozitate, comentarii depreciatoare de batjocură, supraveghere etc. Iar trăirea centralității nu se rezumă la resimțirea unor priviri speciale ale altora. Și nici doar la sentimentul de a fi urmărit și supravegheat. Simptomele de referință constau în faptul ca atenția pacientului este atrasă de variate detalii perceptive ale ambianței, culori, numere, fenomene atmosferice etc., care îi apar acestuia ca mesaje misterioase ce îi sunt transmise în mod special. Astfel încât subiectul iese din calmul familiarității sale cu lumea, cu sine și cu alții; și intră într-o tensiune de așteptare ce poate crește progresiv.

Până la un punct tensiunea menționată e similară celei anxioase. Dar ea nu mai e chiar așa de difuză ca atunci când subiectul își mută mereu, tensionat, privirea dintr-o parte în alta, așteptând să descopere în jur de unde vine și în ce constă pericolul. Căci acum, în dispoziția delirantă, e presimțit ceva nou; și mai ales o „schimbare interioară” ce se apropie progresiv, urmând a-l plasa „într-o nouă lume”. În plus, nu totdeauna e presupus și așteptat un eveniment amenințător. Sentimentul dominant e de ciudățenie, straniețe, nefamiliaritate. Percepțiile referențiale capătă forma unor semnale. E vorba de percepții obișnuite, uneori chiar de detalii minore, care se impun ca un fel de mesaje. O culoare – de ex.roșie – un cântec de pasăre, zgomotul unei mașini ce trece, un cuvânt de pe o firmă, câteva cifre, o melodie de la radio, întâlnirea unui prieten, felul cum e aranjată o vitrină, toate nu mai sunt întâmplătoare și indiferente. Ele se încarcă de o semnificație deosebită, misterioasă, mai ales ca apar ca și ”coincidențe” inexplicabile pentru pacient. Subiectul se întreabă și îi întreabă pe alții: ”oare ce vrea să însemne (ce mesaj special pentru mine poartă) acest număr, culoare, zgomot etc.?” Nimic nu mai e indiferent...fragmentele realității se învârt în jurul pacientului într-un vârtej, crează o atmosferă specială, stranie, bizară ce crește și îl amețește. El îi interpelează pe cunoscuți:...” ai văzut!!...”

De vreme ce nu înțelege clar ce se petrece, subiectul se simte înconjurat de semnale aluzive, cu subînțeles. Alteori este convins că i s-a transmis un mesaj cifrat sub forma unui titlu din ziar sau a unei expresii difuzate la radio. Aceste adresări “pe care le resimte că îl vizează personal” pot fi trăite cu dublu înțeles: unul comun pe care-l poate descifra oricine; și altul secret, numai pentru sine. În “atmosfera sau dispoziția delirantă” pe care o trăiește, pacientul poate considera că un comentator de la TV “îl privește direct în ochi”....Sau, chiar, că e privit cu înțeles de o statuie, de un animal, de un câine de ex.

Starea psihică în care se află o persoană cuprinsă de „dispoziția delirantă bazală” este una pasiv deficitară, în care urmărirea unui obiectiv, atenția concentrată, capacitatea de sintetizare a informațiilor actuale disponibile sinelui, sunt grav perturbate. Acest deficit structural pregătește transformarea identitară ce duce la „căderea” persoanei pe scena sau orbita pe care se va derula delirul, în interiorul unei noi lumi. Și odată cu aceasta, transformarea sa într-un personaj schematic, cuprins într-un scenariu aberant.

Starea de așteptare și tensiune menționată mai sus, se amplifică până la un moment dat când, o percepție banală (sau o amintire, o intuiție) iese în relief și îi clarifică brusc subiectului idea, ”tema” sa delirantă. Adică intriga în care el apare ca personaj central într-un scenariu fictiv. „Deci, sunt urmărit de Mafia internațională deoarece urmează să fiu ales președinte ONU”; sau: „sunt vinovat pentru toate războaiele din lume și condamnat la chinuri veșnice”. Acesta e parcursul clasic care s-a profilat la începutul sec.XX și a fost etichetat de Jaspers ca proces al delirului primar constituit printr-o percepție delirantă în urma unei dispoziții delirante primare. Jaspers considera că doar pe această cale se ajunge la “delirul propriu zis”, diferit de stările deliroide. Iar în cadrul delirului propriuzis, se intră într-o „altă lume”, astfel încât totul se schimbă în jur, oamenii sunt altfel, realitatea este „altfel”, iar subiectul simte că și el „s-a schimbat”, parcă „în urma unei vrăji”.

Din scenariul procesului psihopatologic comentat de Jaspers pentru delirul primar, se poate reține că în el nu intervin neapărat halucinațiile. Percepțiile referențiale sunt în general corecte, dar fragmentate și decontextualizate. Niciuna din ele – până la „percepția delirantă” finală - nu se impune pentru a trimite direct la o semnificație specială. Iluziile pot fi prezente; dar suntem acum dincolo și de simplele percepții reliefate, „salience”, importante pentru delirurile sistematizate de tip paranoiac. În prim plan e o dispoziție specială, atmosferică, în sensul că subiectul se simte înconjurat de o puzderie de “percepții-mesaje” misterioase, ce îl fac să se simtă într-un mediu străin. Dispoziția delirantă e deosebită nu doar de dispozițiile ce susțin implicarea sa în viața cotidiană, ci și de dispozițiile afective anormale maniacale, depresive, anxioase, iritabil ostile. Trăirea se apropie de cea din sindromul de depersonalizare, în care subiectul resimte ca lumea e nefamiliară, ciudată, străină. Iar acest sentiment de nefamiliaritate cu lumea în ansamblu, de straniețe, se corelează cu cel al apropierii unui eveniment interior, a unei metamorfoze speciale, extraordinare ce se va petrece cu sine, urmând sa-l plaseze într-o altă realitate. Iar în cadrul acestei atmosfere de straniețe nu e așteptată o informație exterioară clarificatoare a unei probleme situaționale, ca în anxietate (e.g.” în ce constă și de unde vine pericolul” ). Ci. trăirea unei revelații, care să deschidă un nou orizont interior, o nouă înțelegere a lumii. Ceva neobișnuit, ca în cazul producerii unei metanoia spirituale. Dar care acum se finalizează prin”căderea” subiectului, prin „transpersonalizarea” sa pe orbita psihotică.

În modelul pe care-l propune Jaspers pentru instalarea delirului primar, rolul central îl are, în final, percepția delirantă. Aceasta e o percepție banală care devine purtătoarea unei semnificații care reduce tensiunea dispoziției delirante; și parcă deschide brusc ușa spre intrarea pacientului într-un scenariu aberant, în care el devine un personaj, într-o altă lume. De ex. perceperea unui câine negru îi relevă brusc că “e bolnav de cancer hepatic și va infesta întreaga omenire cu EBOLA, înainte de sfârșitul lumii”. Jaspers insistă în mod special asupra rolului

semnificației care, deși e consubstanțială oricărei percepții, intervine în cazul delirului primar cu sens special. El scrie:

“Experiența delirului primar este analoagă cu sesizarea directă (de tip vizual) a semnificațiilor (Sehen von Bedeutungen). Conștiința unei semnificații particulare produce o transformare radicală. Receptarea intruzivă directă, imediată (unmittelbar) a noii semnificații este experiența fundamentală a delirului primar. Nu e vorba de o interpretare, ci de o experimentare directă a unei semnificații aparte pe care o ocazionaază perceperea unui lucru sau a unei situații, care formal rămâne normală și neschimbată. Orice experiență delirantă primară este o experiență a semnificațiilor”.

În continuare Jaspers dă câteva exemple de delir primar recent instalat:

“Dintr-odată (pentru pacient) lucrurile par să semnifice ceva cu totul deosebit. El vede oameni în uniformă pe stradă; acești sunt, desigur, soldați spanioli. Apar alte uniforme; sunt acum soldați turci. Este (desigur) arhiducele mort care a reînviat. Două persoane ce se întâlnesc sunt Schiller și Goethe...(alt pacient).” Plecând dimineața de acasă am constatat în piața brusc că ceva e în neregulă cu ceasul; s-a oprit brusc și a început să meargă în alt sens; m-am gândit că se apropie sfârșitul lumii; am văzut niște soldați și mi-am dat seama că sunt o persoană “așteptată”; ei au trecut uitându-se la mine, mi-am dat seama că lumea se învârte în jurul meu....Când a trecut o mașină nu am auzit-o...pe măsură ce mașina se apropia am simțit că parcă emit ceva care ar putea-o opri...începeam să refer totul la mine, parcă totul era făcut pentru mine...lumea nu se uita la mine și asta parcă-mi transmitea că sunt o ființă îngrozitoare și de aceea evită să mă privească”.

Exemplele lui Jaspers ilustrează nu doar mutația bruscă pe care o resimte pacientul în universul ireal și incomprehensibil al delirului marcat de centralitate, ci și caracteristicile de ficțiune ale acestui univers, în care apar personaje istorice și culturale, extrase desigur din memoria sa. Este ca și cum el a trecut un prag și a căzut într-o altă lume, spre un tărâm de ficțiune, din care nu-și mai poate reveni spontan. Totul se petrece la fel ca atunci când începi să citești o carte de basme fantastice sau ai coborât pe o scenă unde se joacă un teatru absurd; și ai adoptat cu convingere rolul unuia dintre personaje, urmând ca în continuare să trăiești după



regulile de desfășurare a scenariului piesei. Dar,... fără a mai putea reveni apoi în sala de spectacol și pleca acasă, în mijlocul vieții cotidiene.

”Centralitatea” pe care o relevă atmosfera delirului primar este una care marchează însăși condiția delirantă propriuzisă, în care diverse personaje și evenimente gravitează în jurul pacientului, în cadrul unei lumi delirante ce se precipita asupra sa. Așa cum afirma un pacient:

” Simt că sunt placa turnantă a lumii în interiorul căreia forțe malefice pe care nu le pot preciza, influențează negativ evenimentele mondiale”.

## Anexa la Capitolul 8

### Aspecte formale și fenomenologice ale percepției în cadrul prezentului trăit

Psihopatologia percepției, ce aduce în dezbatere fenomenologia halucinațiilor, iluziilor, a distorsiunilor formal senzoriale a obiectelor percepute, a spațio temporalității ce le încadrează și a semnificațiilor, e provocatoare pentru înțelegerea psihismului specific omului. Percepția e unul din aspectele psihismului care a interesat gânditorii de a lungul timpului, mai ales în perspectivă noetic epistemologică. Psihopatologia actuală, cu osebire cea corelată psihozelor, ar putea releva și ea unele aspecte importante; mai ales deoarece, percepția se impune ca semnificativă la unul din cei doi poli esențiali ai psihismului. Mai exact, cel al implicării sale situațional actuale nemijlocite în rezolvarea situațiilor problematice; care se polarizează cu instanța dimensiunii duratei identitare, perturbată central în delir. În mod firesc, la polul perceptiv informația exterioară e decupată și interpretată cu un sentiment al evidenței, care asigură subiectului siguranță și certitudine. Dar trăirile sale au nevoie și de siguranța și certitudinea pe care o oferă încrederea în sine identitară, resimțită și ea nemijlocit. Intre acești doi poli, universul cunoașterii e mediat de procesualitatea inferențelor intelective – ale gândirii – ce operează cu informații, conducând subiectul spre convingeri și credințe.

Acceptând circumscrierea percepției prin nemijlocitul receptării și descifrării unor informații delimitate din cadrul trăirii actualității, se cer comentate câteva aspecte ce o diferențiază de receptarea, nemijlocit intimă și interioară a propriei identități. În cadrul exteriorității trăirilor actuale, percepția se poate referi atât la semnificația de ansamblu a unei situații; cât și la unele date ce compun evenimentul la care subiectul participă. Ambele aceste aspecte pot fi resimțite (trăite) cu o anumită evidență nemijlocită. Percepția exterioară are, desigur, grade de pregnanță și de adecvare la realitate - grade de “adevăr referențial”- care depind atât de subiect cât și de contextul exterior. În perspectiva subiectului, intră în joc nivelul său de vigilitate, starea organelor de simț și a sistemului său nervos central, eventualele stări psihopatologice; apoi interesul, concentrarea atenției, timpul avut la dispoziție etc. Iar în perspectiva ofertei situaționale: pregnanța și durata manifestării, contextualizarea datumului perceput, ce poate reliefa sau oculta unele

aspecte; apoi zgomotele, ce pot parazita percepția și distrage atenția subiectului; și la fel, noutatea și neobișnuitul (stranietatea) unor informații etc. În astfel de împrejurări, percepția nemijlocită poate fi uneori clară și distinctă; iar alteori deficitară, insuficient de clară, confuză, difuză, deformată, indistinctă în raport cu fundalul, ambiguă etc. Perceperea altor persoane și a informațiilor de tip lingvistic, au și ele specificități în privința clarității datelor; dar poate intra în joc la acest nivel și intenția deliberată a altora de inducere în eroare subiectul. Datorită faptului că evidența perceptivă poate fi receptată cu diverse grade de certitudine, subiectul poate recurge la verificări și la reluări ale contactului perceptiv, pentru a ajunge la siguranță în raport cu datele înregistrate – a se asigura că ele sunt adecvate realității. Uneori, îndoiala sa are în vedere mai mult interpretarea semnificației datumului perceptiv; și nu atât claritatea percepției sale formale. Problemă care se pune mai ales în cadrul recepției unor mesaje lingvistice. Actul perceptiv mai mult sau mai puțin evident și cert, este integrat apoi continuu în procesualitatea cognitivă a subiectului, susținând rezolvarea situațiilor problematice practice și teoretice, clarificarea ipotezelor, nedumeririlor și opiniilor, consolidarea convingerilor.

Trăirile perceptive evenimentțiale de orice tip, depozitându-se în memorie, pot fi ulterior uitate, parțial sau total; sau, recontextualizate, prin integrarea lor în diverse blocuri mnestice. Ele pot fi însă și reactivate, funcțional, reprezentativ și narativ. Reactualizarea evenimentelor sau datelor trăite perceptiv, se poate încadra într-un episod oniric sau de reverie imaginativă. Sau, într-un proces de relatare, de mărturie, biografică, juridică sau istorică. Procesul mnestic rememorativ poate fi marcat însă și de imaginar; iar relatarea sa, de aspecte redacționale lingvistice particulare. De aceea, exactitatea și certitudinea mărturiei privitoare la datele percepute se cere deseori verificată și asigurată. Evidența perceptivă este implicată și în cercetarea științifică; în care se cer însă rigori speciale pentru decuparea, circumscrierea și transcrierea în limbaj științific a datelor observațional perceptiv.

Fenomenul perceptiv trăit în cadrul unei situații problematice, cu valențele sale de evidență, e corelat în primul rând cu ansamblul informației actualmente prezentă, receptată nemijlocit. El e desigur integrat și într-o procesualitate globală a semnificațiilor trăite și a cunoștințelor dobândite, situația actuală înscriindu-se în proiecte, și preocupări variate. Ca un moment din parcursul acestuia: de început, din perioada sa de vârf sau din final. Dar poate fi vorba și de o percepție centrată pe un obiect degajat din context – cum ar fi un creion, o mașină în mers, o persoană ce intră în cameră, o pagină de carte etc. În acest cadru larg al orientării percepției spre universul “lumii exterioare obiective”, intră în joc menționata evidență a certitudinii perceptivă. Se pot întâlni însă și situații speciale, în care mai importante decât aspectele formale ale datumului perceptiv, devin semnificațiile sale. Așa ar fi: - Situația unei contemplări valorice, de ex. a unui tablou sau a unui peisaj frumos, a unei piese de teatru sau a unui concert. - Situația dinamicii relaționării cu o persoană apropiată, a cărei stări afectiv-relaționale se pot schimba,

fapt sesizabil prin mici indici sau prin nuanțe abia perceptibile - Situația depistării insinuărilor din expunere unui orator, sau a stilului expunerii sale etc. Un aspect particular e și perceperea familiarității, sau a neobișnuitului, eventual a noutății, unor aspecte ale percepției.

În marginea domeniului problematic menționat mai sus al percepției datelor din lumea exterioară, se poate face referință la auto-perceperea propriului corp; care ne orientează însă spre cel de al doilea aspect, al receptării interior identitare. În primă instanță, poate fi avută în vedere participarea propriei corporalități la derularea acțiunii; prin informațiile inverse pe care centrul de decizie al propriului sine le primește continuu de la mușchi și articulații, în cursul derulării unui comportament. Propriul corp poate fi resimțit apoi în manieră perceptivă prin toate simțurile, la fel ca și obiectele exterioare. Dar el e și sursa unor percepții senzoriale aparte – de durere, plăcere, greață, vertij, astenie etc. – ce sunt resimțite “în interioritatea” propriului sine corporal; și ca aparținând deci subiectului. Sentimentul subiectiv al apartenenței la sine a propriului corp și a trăirilor corelate – inclusiv a originării în sine a propriei agenții – e un fenomen bazal, continuu și nemijlocit, ce ține de autopercepția identitară; fiind deosebit de percepțiile exterioare (de ex. percepția propriilor mâini, fapt invocat în argumentarea filosofică de către Descartes, Moore, Wittgenstein). Apoi, chiar și abordat printr-o senzorialitate proprie exteriorității așa precum văzul, corpul e resimțit și ca centrul și sediu al propriului psihism; ca referențialul spațial al raportărilor sale la lume. Ansamblul acestor trăiri și resimțiri nemijlocite, chiar dacă au analogii cu percepțiile exterioare, nu se confundă cu acestea.

La un pol opus orientării spre lumea evenimentială “exterioară”, se plasează polul fundalului identitar, al sinelui intențional reflexiv, care centrează identitatea biografică încorporată; și care se instaurează ca un referențial permanent și constant pentru raportările circumstanțiale, situaționale, la lume. În această direcție se desfășoară resimțirea identității cu sine; și toate preocupările identitar relaționale, a căror disfuncție stă la baza delirurilor monotematice. La acest nivel se mai cere menționat sentimentul bazal de familiaritate cu lumea și cu sine; de aderență la lume și la sine, de atașament și acordare cu acestea, în perspectiva rezonării. Resimțirea unui deficit de articulare cu lumea (umană) și cu sine este aspectul central psihopatologic din sd. de derealizare/depersonalizare dissociativ.

Pe fundalul problematic al percepției situaționale menționat mai sus, pot fi comentate câteva aspecte psihopatologice mai speciale, specifice acestui domeniu.

Programele științifice care s-au derulat la sfârșitul sec. XX au evidențiat corelația strânsă dintre percepție și atenție, ultima înțeleasă ca orientare și focalizare selectivă a intenționalității biopsihice a subiectului pe un anumit sector al raportării senzorial spațiale la lume. Obținerea actuală a informațiilor trece, deja de la nivel periferic, prin sита unui filtru atențional (f.a.i.) ce îndepărtează spontan informațiile neimportante (zgomotele) ce nu se aliniază direcției intenționale a subiectului perceptiv. Încă din anii 50 ai secolului trecut s-a sugerat că unele

comportamente psihopatologice ar fi consecința incapacității psihismului de a integra o cantitate mare de informații pe unitatea de timp, datorită limitei cerebrale circumstanțiale de prelucrare a datelor. Astfel s-ar explica de ex. retragerea socială a schizofrenilor. În cazul deficitului f.a.i., subiectul ajunge să fie bombardat de aspecte informative neesențiale, care-l obosesc și dezorientează. El trebuie să facă un efort deliberat de atenție pentru a selecta, controla și ordona informația ce o receptează. Fapt ce determină un autocontrol perceptiv și acțional continuu, cu hiperreflexie.

Pe de altă parte, studiile experimentale configuraționiste au ipostaziat o situație standard, ce are în vedere perceperea unui obiect izolat (e.g. un măr, un copac, o față umană, o bacterie privită la microscop). Acestea pot fi postate uneori pe un suport, și au întotdeauna un fundal. (Chen.19). S-au avut în vedere și “obiecte perceptibile” aflate în derulare temporală, precum o melodie sau un mesaj comunicat. Dar esența modelului a fost centrată pe obiectul fizic individual, identificabil prin formă (incluzând structura și proprietățile senzoriale) și semnificația sa. Odată obiectul identificat, atenția perceptivă se poate muta apoi, analitic, asupra părților componente sau asupra fundalului (mediului) înconjurător; iar ulterior asupra semnificațiilor sale conceptuale. Acest model păstrează tradiția psihologiei filosofice multi-seculare, pentru care lumea exterioară, plasată opozitiv față de subiectivitatea conștiinței, e populată cu obiecte, ce reprezintă indivizi dotați cu determinații (calități), ca reprezentanți ai unor clase conceptuale.

Psihopatologia înregistrează tulburări perceptive ce pot fi bine descrise de acest model configuraționist; de la cele care privesc perturbarea conturului obiectului și detașarea acestuia de fundal, la dificultatea sau eroarea de identificare a semnificației sale. Sau, privitoare la analiza părților sale componente. O tulburare aparte, descrisă în autismul developmental, a relevat deficiența unei funcții perceptive integrative ce a fost denumită “coerența centrală perceptivă” (f.c.c.p. ). Autistul nu mai e capabil să perceapă conturul semnificativ al unui obiect (de ex. fața mamei), atenția sa fiind absorbită de detalii ne semnificative. Deasemenea, el nu poate fi atent concomitent la obiect și la fundal, prezentând și o intoleranță la schimbarea configurației spațiale în care obiectul e plasat; precum și la apariția de informații noi. (Chen.34, Anexa Cap.2).

Deficitul funcției c.c.p. se poate corela cu cea a f.a.i conducând la o dezorganizare formală a universului perceptiv. Dar această deficiență se conjugă, în psihopatologia psihotică, și cu o disfuncție a semnificațiilor.

Una din principalele tulburări perceptive în psihoze constă în hipersemnificarea unor detalii (fenomenul “saliency”). Exemple standard ar fi: detașarea de context și interpretarea suspicioasă al unui gest al partenerului, la persoane excesiv de geloase; sau, extragerea unui fragment din discursul cuiva, și interpretarea acestuia ca o aluzie răuvoitoare, de către suspiciosul paranoid. În aceste cazuri regăsim, în primă instanță, la fel ca și în autism, fixarea pe un detaliu și insuficiența sintezei ansamblului. Dar, la autist avem un deficit de semnificare,

detaliul respectiv fiind doar un punct de atracție atențional neinterpretat. Pe când în psihoză, hipersemnificarea detaliului reprezintă esențialul. De fapt, se instituie un cerc vicios între preocuparea excesivă a subiectului față de o temă identitar relațională; și, selectarea din oferta informațională a unor secvențe, care ar putea susține și potența ideea respectivă. În același sens se pot produce iluzii patologice, configurări de tip “paraeidolic” și chiar halucinații funcționale. Suntem la nivelul unor desfășurări psihice în care subiectul receptează în suficientă măsură informația situațională actuală; dar o filtrează atențional deformat, atât ca formă cât și ca semnificație. Patologia halucinozelor și cea a experiențelor de deprivare senzorială demonstrează apoi faptul că, subiectul e capabil și de neoproducții imaginativ formale complexe, inclusiv privitor la detalii perceptiv senzoriale. Iar experiența stărilor oneiroide indică și ea o capacitate neoprodusivă scenic-dramatică, ce implică subiectul ca erou central. Pe lângă acestea, însăși fenomenologia percepției curente indică prezența unui “câmp perceptiv” dinamic, ce se re-sintetizează mereu, din diverse perspective.

În cazul simptomelor de referință din atmosfera delirantă a delirului primar, situația se schimbă în raport cu percepția hipersemnificată, în sensul că subiectul devine pasiv. El nu mai caută anumite informații care să îi întărească presuposițiile. Ci, se simte obiectivul unor mesaje ce-i sunt adresate; și care anunță o situație deosebită, ce îl privește. O astfel de manifestare exprimă, evident, colapsarea parametrilor firești ai prezenței subiectului la situație; care includ într-o amplă arhitectonică atât atitudinea perceptivă, cât și pe cea activă; a unui agent încorporat într-o persoană identitară.

Modelul perceptiv promovat de configuraționism și amplificat de cognitivismul informațional, care pune accentul pe o lume constituită din obiecte individuale independente de subiect, contrastează cu fenomenologia perceptivă a vieții cotidiene; care pornește de la decuparea unor situații semnificante pe care subiectul le înțelege comprehensiv (con – prendere = a prinde împreună); și în care el se angajează activ, conturând prezentul său trăit.(Chen.19 b.). Situația semnificantă e abordată acum pornind de la baza sa biopsihică, a raportării individului la un mediu înconjurător spațial, în care el interacționează cu alte obiecte, ființe și evenimente cu calități corporale. O situație semnificantă se poate impune, desigur, prin provocarea subiectului de către un agent exterior; de ex. printr-o amenințare de către un dușman. Sau prin solicitarea sa de către un eveniment neprevăzut, ce stimulează actualizarea unor disponibilități care poziționează atitudinal corespunzător subiectul. Dar configurarea situațiilor actuale e încadrată și de angajarea subiectului în proiecte și preocupări; fapt ce presupune raportarea sa la ample modele ale realității umane date, susținute de fundalul mnestic reprezentativ; din care situația actuală reprezintă doar o secvență. Această instanță a modelelor (meta)reprezentationale în care subiectul se simte în permanență integrat, presupune o scenă în desfășurare, cu o spațio-temporalitate

proprie; ce e probabil organizată după coordonatele unui spațiu informațional n-dimensional, cu care percepția vizuo spațială a trăirilor actuale se conjugă.

Revenind la fenomenologia perceptivă a vieții cotidiene, se cere remarcat că, alături de diverse obiecte și ființe biologice, sunt prezenți și alți oameni. Pe care acesta îi recunoaște ca similari cu sine; și ca având o individualitate determinată. Adultul normal recunoaște perceptiv starea emotivă a celuilalt, felul în care acesta percepe și evaluează situația dată, intențiile sale de moment; inclusiv cele față de sine (= procesul mentalizării - ToM ). În plus, în raport cu o categorie de oameni subiectul dezvoltă o relație de atașament; iar în intimitatea conviețuirii, cei doi intuiesc perceptiv ușor (“ghicesc”) opiniile și intențiile celuilalt; fapt ce reduce necesitatea unor argumentări lingvistice ample. În contextul acestei „familiarități intime” subiectul poate avea un „sentiment al prezenței” acestora; și aceasta, chiar și atunci când nimeni nu e prezent în ambianța perceptibilă imediat. Familiaritatea e o calitate perceptivă ce intervine și atunci când apar persoane noi. Față de cei identificați ca nefamiliari, străini, subiectul e mai reticent. În mod special el resimte în astfel de împrejurări calitatea privirii celuilalt, eventualul interes crescut față de sine; sau atitudinea acestuia de supraveghere. Accentuarea anormală a acestui „sentiment de a fi privit” stă la baza trăirii senzitive de relație. Nefamiliaritatea poate fi resimțită nu doar în raport cu alte persoane ci și cu ansamblul elementelor ambiantei. Ea se manifestă în sd. de depersonalizare/derealizare și în atmosfera delirantă a delirului primar. Relaționarea activă cu alții se realizează apoi prin scenarii de tip dramatic, în care fiecare “joacă” un rol determinat; și a căror intrigă evoluează spre un deznodământ final...; care se derulează tot pe o scenă (meta)reprezentățională. La fel ca și proiectele realizatoare, care de obicei au în vedere clarificarea unei situații identitare sau relaționale. Decuparea perceptivă a unei “situații actuale” are în vedere la acest nivel o secvență nemijlocită a scenariului în care subiectul se simte implicat; sau, trăirea acestuia în plan imaginativ reprezentativ. Auto-receptarea – autoperceptivă - se impune acum nu doar în raport cu implicarea corporalității în acțiune, ca în cazul acțiunii realizatoare; ci, mai ales, în perspectiva situației de statut și rol, pe care subiectul o are la momentul dat în scenariul relațional: de om admirat și iubit; sau disprețuit, înșelat, supravegheat, urmărit etc.

Semnificația noțiunii de „percepție”, la fel ca și cea de „atenție” are un înțeles larg în psihologia și psihopatologia antropologică. Ea se întinde de la decuparea și focalizarea unui obiect izolat, la cea a unei scene la care subiectul participă; și chiar a evoluției unor relaționări interpersonale. Percepția e strâns corelată cu trăirea actualității, domeniu în care operează structura funcțională aparte (transcendentală) a „apercepției”. Și care se polarizează cu dimensiunea identitară a subiectului, în corelație cu care s-ar plasa trăirile de tip „auto-perceptiv”. În plus, percepția umană se cere înțeleasă în contextul relaționărilor intersubiective și a existenței persoanei într-un mediu lingvistic și cultural, ce cultivă abordarea unor „entități fictive”. Aspectul strict senzorial perceptiv

moștenit din biologie, e în permanență contextualizat de acest complex cadru antropologic.

## CAPITOLUL 9

### DEPERSONALIZAREA ȘI TRANSPERSONALIZAREA PSIHOTICĂ

#### 9.1 Tulburarea de depersonalizare derealizare standard din DSM-5.

Subiectul, centrat de sinele său intențional, reflexiv și autogenerativ, sintetizator, se autopercepe continuu cu un presentiment de identitate cu sine, de autonomie, unicitate, originalitate și centralitate, în raport cu variatele situații problematice la care se raportează; pe care le înțelege și le rezolvă în lumea înconjurătoare. Această autopercepție de fond, identitar delimitativă în esența sa, este implicită; și de obicei preconștientă. Ea se relevă conștiinței reflexive doar intermitent, în momente de deliberare și decizie importantă, de introspecție analitică, de inspirație sau autoevaluare. Constanta autopercepție preconștientă a sinelui susține însă și reglează în permanență „sineitatea”; adică, sentimentul de apartenență la sine a trăirilor. Precum și cel al autonomiei agenției proprii, al conștiinței și stimei de sine, autoevaluarea, sentimentul identității și unicității personale. Pe acest fundal, relaționarea cu situațiile lumii și cu ceilalți se realizează spontan și firesc; și cu o constantă diferențiere între zonele intim familiare și cele mai îndepărtate, publice, oficiale, noi sau străine.

Psihopatologia ne relevă și în această direcție aspecte particulare, trimițându-ne spre situații în care subiectul are sentimentul că identitatea sa a fost preluată de



o alteritate (spirit sau zeu), așa cum întâlnim în tulburarea disociativă de transă cu posesiune; sau, realizează o succesivă dedublare a identității sociale, ca în tulburarea disociativă de identitate. Apoi, în obsesionalitatea gravă subiectul se poate resimți cuprins de o îndoială „psihastenă” funciară, ne mai putând decide care e de fapt opțiunea a sa propriuzisă; și având impresia că lumea din jur e inconsistentă, nefiind ordonată „chiar așa cum trebuie”. Sau, resimte că e invadat de idei, reprezentări și intenții care, deși derivă din el însăși, nu-i aparțin intim; de care se desolidarizează și împotriva cărora luptă; și chiar ca limitele sale psihocorporale sunt transgresate contaminator de agniți invizibili. Un aspect cu totul aparte se întâlnește însă în sindromul de depersonalizare/derealizare, în care subiectul resimte un sentiment de detașare și neaderență în raport cu propriul sine și cu lumea; o pierdere a identității de sine, a apartenenței la sine a propriilor gânduri, sentimente, senzații, a propriului trecut, a propriei corporalități. El simte că „eu parcă nu aș mai fi eu”. Iar lumea în care se află împreună cu ceilalți, îi apar ca îndepărtată, nefirească, nereală, „ca în vis”, „ca la teatru”; parcă totul s-ar desfășura într-o „lume paralelă”. Astfel încât, dincolo de perturbarea percepției formelor și semnificațiilor unor obiecte și dincolo de halucinații, în psihopatologie întâlnim - odată cu sindromul de depersonalizare/ derealizare - și o distorsiune aparte de raportare cvasi-perceptivă a subiectului la fundalul său identitar și mundan. O des-afiliere, o dez-acordare de acest fundal, ce reprezintă cadrul, scena și mediul în care.. și prin care.. percepțiile, reprezentările, acțiunile și în general prezența sa la lume are loc. De aceea, sindromul depersonalizării reprezintă o deosebită provocare pentru psihologii și psihopatologii antropologi.

Sindromul de depersonalizare/derealizare (Sd.dep/der) e în prezent plasat în DSM-5 în clasa tulburărilor disociative fiind aracterizat astfel :

**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 acțiune (se pot include**

**alterări perceptiv, distorsiuni ale sensului timpului, nerealitatea sau absența sinelui, anestezia sau indiferența afectivă).**

**Derealizarea constă în experimentarea irealității și detașării de ambianță (e.g.indivizii și obiectele sunt experimentate ca nereale, ca în vis, ciudate, lipsite de viață sau distorsionate vizual).**

În timpul experiențelor dep/der testarea realității rămâne intactă.

**Sentimentul de nerealitate și detașare din depersonalizare se poate referi la întregul sine sau la părți ale acestuia. De ex. pacientul poate afirma: „eu nu mai sunt cineva...eu nu mai am sine...sunt nimeni....; știu că am sentimente dar nu le mai simt, gândurile mele îmi apar ca și cum nu ar fi ale mele...capul mi se pare umplut de bumbac...etc.” Poate fi resimțit un redus sentiment al agenției: subiectul se simte ca un robot, sau automat, ca ne mai având control asupra propriei vorbiri și asupra propriilor mișcări. Depersonalizarea se poate manifesta și ca o dedublare a psihismului prin care o parte observă și alta participă, exemplul cel mai pregnant fiind sentimentul de a fi în afara propriului corp sau a exista într-o lume paralelă. Apar experiențe corporale anormale, subiectul se poate simți ca în vis sau ca după un clopot de sticlă, în interiorul unui balon transparent etc. Ambianța pare artificială, fără culoare și viață, uneori cu perceperea unor distorsiuni formale; modificări ale câmpului vizual, vedere aplatizată bidimensională sau cu exagerarea tridimensionalității, obiecte mai mari sau mai mici, culori șterse sau vii, sunete estompate sau stridente.**

**Sd.dep/der așa cum e descris el în prezent în Capitolul Tb.disociative din DSM-5 și ICD-11 ar putea fi considerat ca o variantă standard (sd. dep/der/st).**

Sd.dep/der a fost descris în sec.XIX de către Krishaber (1873) care îl caracteriza ca „o stare în care apare sentimentul sau senzația că gândurile și actele scapă persoanei sau îi devin străine”. Termenul s-a impus prin Dugas (1894, 2011) prin publicarea împreună cu Mantier a unei monografii cu titlul „La dépersonalisation”. 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 întâlnit ca manifestându-se în multiple 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 schizofreniei paranoide. Mai precis, în sensul perturbării identității, coerenței, limitelor și agenției eului conștient, la schizofrenii ce ajung în orbita psihotică printr-o „dispoziția delirantă bazală”. Opțiunea s-a menținut un timp, astfel încât Langfeldt a comentat diferența între „schizofrenia depersonalizantă” care dezorganizează structura persoanei; și, episoadele „schizofreniforme”. Varianta autist deficitară a schizofreniei, în care pacientul e

Chenar 85

**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 rezonază afectiv împreună cu ei (deși poate înțelege starea lor afectivă); - Anestezia afectivă nu se manifestă corporal și nu e evidentă expresiv, ca în schizofrenie.

- Desinvestirea afectiv personală a reamintirilor și a imaginărilor ce-l implică pe pacient, pe care subiectul le trăiește detașat, fără semnificație personală: “îmi amintesc lucrurile ca și cum nu mi s-ar fi întâmplat mie”; - Alterarea sensului duratei : timpul apare ca lipsit de relief și direcție; pot apare fenomene de “dépjà 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”. Mentea 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”.

marcat de alogie, avoliție, asocibilitate și în general de orice urmă de identitate asertivă proprie, 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 în afara pihozelor. El s-a dovedit a se manifesta mai ales în strânsă legătură cu stările anxioase (atac de panică), cu cele depresive și obsesive. Ținându-se cont de faptul că în aceste cazuri e vorba de o tulburare în care „testarea realității” rămâne intactă, corelația sindromului dep/der cu psihozele și procesualitatea schizofrenă a trecut, treptat, în plan secund. Odată cu înlocuirea conceptului de histerie prin cel de tulburări disociative, sd. dep/der a fost atașat acestei clase de tulburări. Faptul se datorează apropierii fenomenologiei sale de tb. mnestică identitare, de cele a pierderii identității sociale și a sentimentului înlocuirii identității din tranza cu posesiune. Pe baza simptomatologiei codificate în DSM-5 unii autori (Sierra, Berrios) au construit și o scală de evaluare, ce se folosește în cercetări clinice. 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 sindromul dep/der în apariția psihozelor. Atât cu ocazia debuturilor lent progresive și a bufeurilor primului episod; cât și a unor simptome specifice schizofreniei deficitare.

Sd. dep/der. st. exprimă o tulburare psiho-antropologică bazală, cu trimitere la axa supracategorială identitate-alteritate. Detașarea în raport cu sine exprimă un deficit în sentimentul identității cu sine, ca apartenență și individuație („ownership”): „eu nu mai sunt eu...identic cu mine...ca cineva anume...ființă unică...distinctă de alți și de lume”; și ca agenție („eu însumi nu mai sunt autorul ideilor, dorințelor și acțiunilor ce le resimt și întreprind”). Deficit ce induce sentimentul de a fi un robot; dar fără a resimți fenomene de dirijare xenopatică explicită. Detașarea în raport cu alții și cu lumea se exprimă prin sentimentul îndepărtării, stranieții, lipsei de comunicare și comuniune cu ceilalți, a căror manifestare e și ea resimțită ca nefirească, străină, automată; și plasată în alte condiții decât în viața cotidiană, așa cum ar fi visul, realitatea ficțiunii literare sau a mitologiei religioase. Dispoziția de neimplicare și detașare, chiar de indiferență ce se instituie acum, diferă și ea de toate celelalte dispoziții umane, prin care subiectul se deschide și se poziționează atitudinal în raport cu situațiile actuale, cu prezentul circumstanțial. E indicată astfel o zonă specială a psihismului uman, care precede - ca o condiție de posibilitate - chiar aria stărilor dispoziționale în general.

Simptomatologia de nefamiliaritate și detașare față de propria existență identitară – față de propriul psihism, trecut, corp și față de propria lume – însoțită de amorțeală afectivă și un gol interior, apare la prima vedere ca necorelată cu trăirile uzuale ale psihismului uman. Totuși, dacă privim mai atent istoria omului, neignorând raportarea sa la transcendența sacrală, pot fi întâlnite cel puțin două aspecte sugestive. Pe de o parte, sentimentul de vid interior și plictis, de secătuire interioară, de neaderență la lume și sine ce caracteriza starea de „acedie” a călugărilor și misticilor, ce se simțeau uneori părăsiți de Dumnezeuul lor. Și care sunt reactualizate în lumea modernă prin sentimentul de spleen și de plictis. Pe de altă parte, în istoria religiilor, în perioada în care s-a afirmat monoteismul iudeo creștin centrat pe un Dumnezeu personalizat, acest monoteism a avut de înfruntat multiplele și viguroasele secte ale gnosticismului; care criticau Vechiul Testament,

ca bazându-se pe creația lumii de către un Demiurg considerat ca inferior. Pe când, „Iluminații” gnostici se revendicau de la „adevăratul Dumnezeu”, de la Deitatea cea bună și absolută; considerându-se „străini”, alungați în această lume pământească, de care se simțeau detașați. Lumea terestră le apărea acestora ca nefamiliară, ei dedicându-se reîntoarcerii în patria lor spirituală adevărată. Astfel de trimiteri la dimensiunea spiritual religioasă a psihismului uman nu trebuie considerate forțate, dat fiind faptul că tocmai în cadrul tulburărilor disociative e prezentă categoria indicată în DSM-5 prin sintagma: „tulburare de transă cu posesiune” (de spirite sau zei). Dimensiunea spirituală - inclusiv cea transcendent sacrală - este de altfel constitutivă pentru psihismul uman, însoțind existența persoanelor zeci de mii de ani. Iar în raport cu o astfel de lungă perioadă, reducerea sau metamorfoza fenomenului religios în societatea occidentală din ultimele câteva secole reprezintă o perioadă scurtă în istoria psihismului uman.

În perspectivă psiho-antropologică ar mai putea fi comentat și aspectul istoric că, diferențierea intim/public s-a produs foarte probabil pentru psihismul uman odată cu relativa rupere de „existența în natură”; și cu așezarea omului după neolitic, în comunități sedentare, marcate de normativități, ierarhii sociale instituționalizate și tehnologie. Precum și acela că, psihismul individului uman a fost marcat serios odată cu apogeul modernității, de o pronunțată diferențiere identitar personalizantă; ce a fost contemporană cu dezvoltarea viziunii obiectivante științifice asupra lumii. E vorba de perioada în care, conceptul de persoană a coborât din înălțimile dogmaticii creștine spre psiho-sociologia unei umanități ce se îndrepta pe atunci și spre „mașinism”; întreținând - începând cu sec. XIX - tema psihopatologică a dublei personalități. Perioadă în care s-au dezvoltat și comentariile privitoare la duplicitatea existențială; polarizate cu autenticitatea și originalitatea unei personalități ce se opunea alienării prin posesiunea de bunuri, prin identificarea cu statute și roluri sociale, prin invazia maselor și prin standardizări.

## 9.2. Sindromul Dep/Der st. în afara psihopatologiei psihotice; fragilitatea autonomiei agenției și a identității în această arie

Sindromul de depersonalizare derealizare (standard) – sd.dep/der.st. - vizează, deci, câteva aspecte esențiale ale autopercepției psihismului uman, așa cum sunt: sentimentul de identitate și originalitate („eu sunt eu, ființă unică”), cel de apartenență la sine a propriului trup și trecut, al originării în sine a intenționalității, a propriilor gânduri, dorințe și acțiuni, al deschiderii și aderării față de lumea umană înconjurătoare proximă, familiară. De aceea, deși într-o

Chenar 86

### O sinteză semiologică clasică asupra depersonalizării din 1961, Follin S., Azoulay J., *La dépersonnalisation*, EMC 37125 A 30, 11-1961

1. E conservată conștiința de sine și tulburarea se exprimă prin alterarea sentimentului de a fi și a avea un corp, de a fi o persoană care are o identitate și percepe lumea ca apropiată, familiară, reală, ca mediul actelor prin care subiectul se simte implicat și în care se realizează. Descrierea clinică insistă asupra a 4 aspecte:

2. Sentimentul de alterare a eului psihic: sentiment de straniețate și schimbare; îndoiala asupra identității, faptul de a nu se recunoaște, vid interior, indecizie în acțiuni, pierderea voinței, automatism, irealitatea amintirilor și a activității intelectuale; sentiment de transformare și dispariție a afectivității, devalorizare, neant, vid, dedublare interioară; sentimentul dedublării poate ajunge la heautoscopie și uneori se apropie de automatismul mental; vidul interior se apropie de o “des-animare”, de scăderea intensității vieții.

3. Sentimentul de alterare a eului corporal: se exprimă prin angoasa de a avea un corp transformat, straniu, ireal, care nu-i mai aparține, cu limite vagi, pe cale de a se aneantiza, ca și cum din el s-ar retrage toată viața; spre deosebire de sentimentul de imortalitate din sd.Cotard, în depersonalizare subiectul e angoasat de posibilitatea de a dispărea; pot fi prezente cenestopatii dar mai ales senzații stranii, de modificare a densității corporalității de devitalizare, de a fi imaterial; sunt resimțite modificări ale limitelor corpului, sentimentul de a fi în afara corpului, schimbarea vizează întregul corp dar mai ales fața (fața nu mai e cum era altădată).

4 Sentimentul de derealizare: lumea apare ca străină, fără realitate (“obiectele nu sunt schimbate, eu sunt cel care le vede dintr-o altă lume”, “mă învăluie o atmosferă, un strat, ceva ce mă izolează de lumea exterioară”). Persoanele sunt și ele vizate ca bizare, ca marionete, ca în vis, cu fețele deformate: “noi suntem toți niște morți vii”; obiectele par să-și piardă raportul reciproc, apare sentimentul de dezorientare, de a “fi pierdut în spațiu”. Foarte frecvent e prezentă o modificare a percepției timpului; sentimentul subiectului că timpul nu mai curge, că el nu mai trăiește în ritmul lumii ci într-un mare vid, apar fenomene de “déjà vu” și “jamais vu”. Un pacient afirmă: “trec ca o umbră într-o lume de aparențe populată de fantome.

anumită formă standard el poate fi circumscris în clasa tulburărilor disociative, problematica pe care o ridică se răspândește în întreaga psihopatologie. De fapt așa au stat lucrurile și istoric, acest sindrom fiind comentat pe parcursul timpului în corelație cu multiple tulburări nepsihotice și psihotice. Iar în variatele descrieri, el a cuprins și simptome de interferență cu alte sindroame. Ceea ce în prezent e delimitat în DSM-5 și ICD-11 ca Sd. Dep/Der disociativ, poate fi considerat ca vârful unui eisberg care în profunzime se îndreaptă în multiple direcții. Iar un fapt important e acela că el transgresează și limitele orbitei psihotiforme.

Așa cum deja s-a menționat, sd. dep/der st. a fost identificat – utilizându-se scale de evaluare - în tulburări neurologice ca epilepsia și migrena. Dar și pur și simplu în stări de epuizare astenică și în emoțiile puternice. Manifestarea sa clinică în apropierea vieții cotidiene, în afara marilor sindroame psihopatologice, argumentează specificul și independența sa sindromatică, de tip modular neuropsihic. Iar poziționarea de neaderență la.. și neimplicare în.. ambianță și lume, solicită clarificarea raportării sale la patologia stărilor dispozițională. Mai ales că, cea mai frecventă comorbiditate a sa e tocmai cea cu tulburările



dispoziționale internalizate, anxioase și depresive. El apare des în conjuncție cu atacurile de panică. Deci, cu trăirea bruscă a sentimentului morții iminente; la care adaugă o stare de straniețe, de nefamiliaritate și inconsistență a lumii ambientale și a propriei existențe. În acest context anxios, sd. dep/der st. își pierde parțial caracteristica sa de plasare a pacientului pe poziția de observator calm și neutru. Când sd. dep/der st. se conjugă cu depresia – care orientează spre orizontul morții, al inexistenței - subiectul e desigur trist, rupt de implicarea în situațiile prezente, fără speranță; dar nu se repliază intens și efectiv pe trecut, la fel ca în depresia majoră. Detașarea de lumea prezentă și anhedonia - simptome comune celor două sindroame - se potențează acum reciproc. Subiectul e chinuit mai ales de „amorțeala” sa afectivă; de faptul că nu-și poate trăi efectiv suferința, nu și-o poate „consuma”, rămânând „împietrit” sufletește. El trăiește o calitate aparte a depresiei, ”suferă de faptul că nu poate suferi” (nu poate plânge, nu poate fi disperat etc.).

Tot în aria tulburărilor internalizate e plasată de obicei patologia obsesiv compulsivă (TOC). La începutul sec. XX când sd. dep/der era recent identificat și descris, neavând încă o precisă plasare în sistemul nosologic nosografic psihiatric, el a fost frecvent comentat în jurul acestei patologii OC. Așa stăteau lucrurile în cadrul „psihasteniei” circumscrisă de Janet, care includea simptome astenice, anxios fobice, depresive, obsesiv compulsive și de depersonalizare derealizare. Janet punea la baza întregii acestei patologii o „scădere a tensiunii psihice” a persoanei orientată spre efortul unui comportament adaptativ; fapt ce conducea la o insuficientă sinteză a „funcției realului”. Ulterior, pe întreg parcursul sec.XX, elemente ale sd.dep/der. au fost constant identificate alături de simptomatologia TOC; mai ales în varianta psihastenă a acesteia, însoțită de îndoială funciară, indecizie, ambivalență, ruminății, incertitudine de sine, vid interior, plictis. S-a degajat și un aspect mai nuanțat al simptomatologiei dep/der în acest context, ce a fost etichetat ca „sentiment de incompletitudine” (sentiment straniu al neterminatului”). În prezent acesta e comentat în conjuncție cu impresia

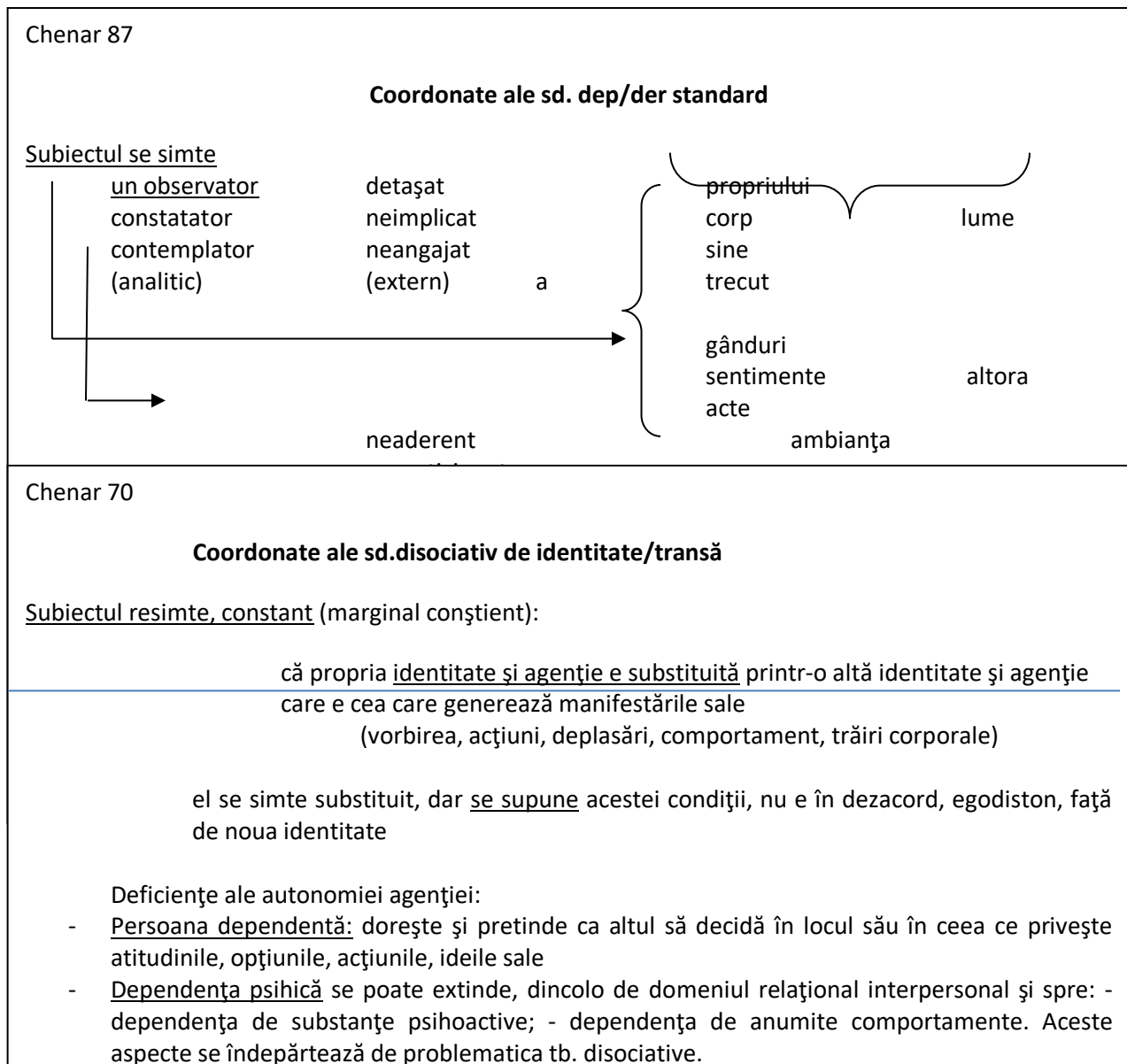
pacientului că „lucurile nu sunt (așezate) chiar cum trebuie (la locul lor - „all right”)”; trăire de tip derealizant ce se corelează mai ales cu simptomele OC de simetrie/aranjare. Dar tot în marginea depersonalizării – deși la alt pol, cel al corporalității trăite de data aceasta - poate fi plasat și simptomul OC al contaminării, ce indică sentimentul fragilității limitelor psiho-corporale față de agenți neperceptibili. Treptat s-a agregat, în marginea patologiei OC un profil al sd.dep/der. parțial diferit de cel disociativ standard și care e orientat spre afectarea dimensiunii agenției incorporate a identității, în direcția pierderii centrării, coerenței și delimitării persoanei. Deci, a patologiei desorganizante și deficitare.

O simptomatologie apropiată de sd. dp/der.st. se manifestă și în aria tulburării de personalitate obsesiv compulsive – TPOC. Aceasta e caracterizată prin tensiunea permanentă de a controla totul, nesiguranță interioară, devoțiune exagerată față de muncă, perfecționism, nehotărâre și verificări, dificultate de colaborare cu alții . TPOC, în varianta sa psihastenă, pronunțat nehotărâtă, marcată de îndoială, ambivalență și ambitendentă, are o înclinație crescută spre introspecții și trăiri hiperanalitice, ruminative, cu notații în jurnal. ( așa cum era și jurnalul lui Amiel, ce a inspirat descrierea acestui sindrom). Observații clasice asupra obsesivilor din sec. XX au remarcat faptul că, propensiunea acestora pentru acțiune și muncă se corelează cu preferința spre conformism, adoptarea modelelor comune, standardizate, care exclud noul, improvizația și originalitatea. Persoanele cu TPOC preferă conduitele anonime, impersonale, suprapersonale; iar încetarea activității se însoțește la acestea de un sentiment de vid interior - fapt ce a fost etichetat ca „depersonalizare de fundal”. Astfel încât, subiectul ajunge să fir chinuit de „urât”, de plictis; trăire dispozițională ce se conjugă uneori cu cea depresivă, ducând la starea descrisă în sec.XIX de englezi ca „spleen”. Întreg acest tablou din TPOC indică însă o aplatizare depersonalizantă, predominant obiectiv-comportamentală a individuației personaliste; distinctă până la un punct de resimțirea exclusiv subiectivă a lipsei de identitate și aderență la lume din sd. dep/der.st.

Sd. dep./der.st. include și trăirea unei dedublări psihice, în raportarea subiectului la lume și la sine. Atât patologia disociativă cât și cea din TOC implică trăirea unei astfel de dedublări. În TOC însă, aceasta vizează nu atât deficitul identitar global a subiectului în perspectiva relaționărilor, ca în tb. disociative – în sensul sugestionabilității, a dublei personalități sociale sau a preluării identității de o alteritate. Ci, autonomia fragmentată a agenției sale. Subiectul resimte că unele gânduri, intenții, reprezentări și acte pe care le trăiește ca venind din propria interioritate, i se impun fără dorința și acceptul său; dar și fără sentimentul că i-ar fi impuse xenopatic. Iar el se detașează de acestea, luptând împotriva lor, fără succes. Totuși, persoanele cu simptome TOC, dată fiind poziționarea lor proactivă, nu se resimt ca „observatori externi și străini ai propriei persoane” ca în sd.dep/der.st.disociativ. Ei se simt dedublați în perspectivă acțională, prin pierderea parțială a controlului asupra agenției proprii. Obsesivul diferențiază deci, între o zonă a agenției pe care el o stăpânește în continuare și o alta, care deși e în continuare așa, nu mai e sub controlul generativității agenției autonome. Pornind de la simptomatologia TOC, putem identifica în psihopatologia nepsihotică a agenției, zone de tranziție spre tulburările externalizate impulsiv explozive și spre mișcările involuntare neurologice; sau, spre cele impulsiv addictive (joc de noroc patologic, unele adicții de substanțe sau activități). Dar nici în aceste cazuri nu apare sentimentul unui control și a unei impunerii xenopatică. Nivelul maxim al deficienței volitive în aria nepsihotică poate fi considerat cel din TP dependentă, a persoanei ce nu poate lua decizii singură, chiar și în probleme minore, fără sfatul altora care să-și asume decizia; iar dacă pierde tutela unei persoane protectoare, subiectul caută imediat sprijin în altul. Panorama menționată mai sus a tulburărilor agenției – care exprimă un deficit al personalizării în această arie - se cere diferențiată mai ales de simptomele de control și influență în decizie și gândire, care apar în psihoză. Analiza acestei zone motivațional acționale scoate însă clar în relief faptul că, ideea, motivația, decizia și argumentarea de acțiune a oricărui

subiect implică în normalitate, aproape în permanență și un determinism suprapersonal; fără ca subiectul să se simtă prin aceasta alienat. (Chenar 88 ).

Revenind la plasarea sd.dep./der.st printre tulburările disociative, se poate remarca faptul că acesta are o poziție aparte în această clasă, fiind în multe privințe diferit de toate celelalte tulburări incluse aici. Una dintre aceste particularități e replierea reflexivă asupra propriei persoane și situații, de care subiectul se simte detașat. Raportare care, chiar dacă e de tip perceptiv constatativ, nu se mai întâlnește în celelalte tb. disociative, caracterizate printr-o hipovigilantă de tip hipnoid. Dar o apropiere de patologia obsesională, caracterizată printr-un continuu autocontrol hiperanalitic. Altă particularitate e aceea că, în dedublarea din acest sd. nu apare nicio trimer



Revenind la plasarea sd. dep/der.st. printre tulburările disociative, se poate

relațională, cum ar fi sentimentul de posesiune din transă; sau chiar situația dublei personalități. Se poate reaminti la acest nivel că lungă tradiție a patologiei histerice a corelat constant această tulburare cu posesiunea de spirite (demoni), considerați a sta în spatele inclusiv a crizelor convulsive și a tulburărilor de conversie somatică. Când însă la sfârșitul Renașterii a apărut problema ideții obsesive de păcătuire excesivă - la persoane ce se spovedeau în mod repetat -, ideea unei posedări de diavol, ce s-a ridicat inițial și pentru această cazuistică, nu s-a dezvoltat ulterior. Căci patologia OC se dezvoltă în aria persoanelor ce mențin o relaționare restrictivă cu alte persoane. Pe când cea disociativ histerică se manifestă la persoane deschise spre o amplă și dorită relaționare; și în plus, cu o explicită atitudine de sumisiune. Lăsând de o parte tradiționala sugestionabilitate hipnotică bine cunoscută a celor predispuși spre această patologie histero disociativă, preluarea identității lor de o alteritate (spirit sau zeu) în tulburarea de transă cu posesiune, este și ea resimțită pasiv, cu sumisiune; fără sentimentul unei violențări. Iar trăirea condiției dublei personalități nu e angoasantă. Se mai poate remarca faptul că, modelul trăirii preluării identității din transă, e diferit și de autoplasarea subiectului, în calitate de personaj pe o scenă imaginativ culturală, în cadrul unui scenariu aberant, așa cum se petrece în delir.

Spre deosebire de manifestarea fenomenologiei depersonalizante în patologia nepsihotică, implicarea acestei tulburări în psihopatologia psihotică, așa cum o întrevădea Jaspers prin condiția delirului primar, trimite însă spre resimțirea unei transformări identitare, pe care subiectul o trăiește ca un eveniment deosebit, tulburător, tensionant. Experiența centralității din dispoziția delirului primar e

marcată de dinamica unei bulversări profunde, ce angrenează sub tensiune însăși nucleul personalității, în condițiile unei perturbări a coerenței sale. Dar și a metamorfozei lumii umane corelative a subiectului, ce se preschimbă într-una de tip magico narativ; în care accesul alterității la propria agenție devine de necontrolat. De aceea, apropierea de înțelegerea condiției trans-personalizării delirante presupune și o atentă observare a deficiențelor formale în aria coerenței identitare a persoanei. Se mai cere menționat și faptul că, în zona orbitei psihotice, afectarea identității persoanei se realizează și prin procesul desorganizant; care evoluează în final spre un tablou deficitar apato abulic.

### **9.3. Sd. dep/der pătrunzând în orbita psihotiformă.**

Din istoria conceptului de depersonalizare a sec.XX merită atenție un episod petrecut la Primul Congres Mondial de Psihiatrie ce a avut loc la Paris pe tema delirului, în 1950. Unul din referatele prezentate atunci, cel al lui Follin și Kropf susținea ideea că Sd. Dep/Der. st poate fi și un „moment” în procesul psihopatologic al evoluției spre delir; caz în care se produce o mutație dinspre identitatea persoanei normale spre o nouă identitate, delirantă. Dar acest proces nu ocolește relaționarea cu alții – ca în obsesionalitate –; ci o traversează dramatic, prin teritoriul paranoidei. Desfășurarea delirului primar comentată de Jaspers, însoțită de sentimentul de straniețe, ar consta tocmai dintr-un astfel de proces de „depersonalizare – trans-personalizare” a nucleului identitar al persoanei, conducând spre o „cădere” pe orbita unei noi identități, delirante. Sindromul Dep/Der. st. ar funcționa astfel, ca intermediar între psihoză și nevroză –susțineau autorii referatului din 1950.

Inițial psihopatologii nu au acordat atenție acestei idei. Totuși, sd. dep/der. st. a fost frecvent întâlnit în psihozele scurte (bufeuri delirante) alături de majoritatea simptomatologiei psihotice pozitive (= delir halucinator desorganizat) și de perturbări dispoziționale. Iar cercetări mai recente au indicat că simptome din

aria deficitar depersonalizantă, se manifestă și la subiecți vulnerabili pentru schizofrenie sau în stări prodromale ale bolii.

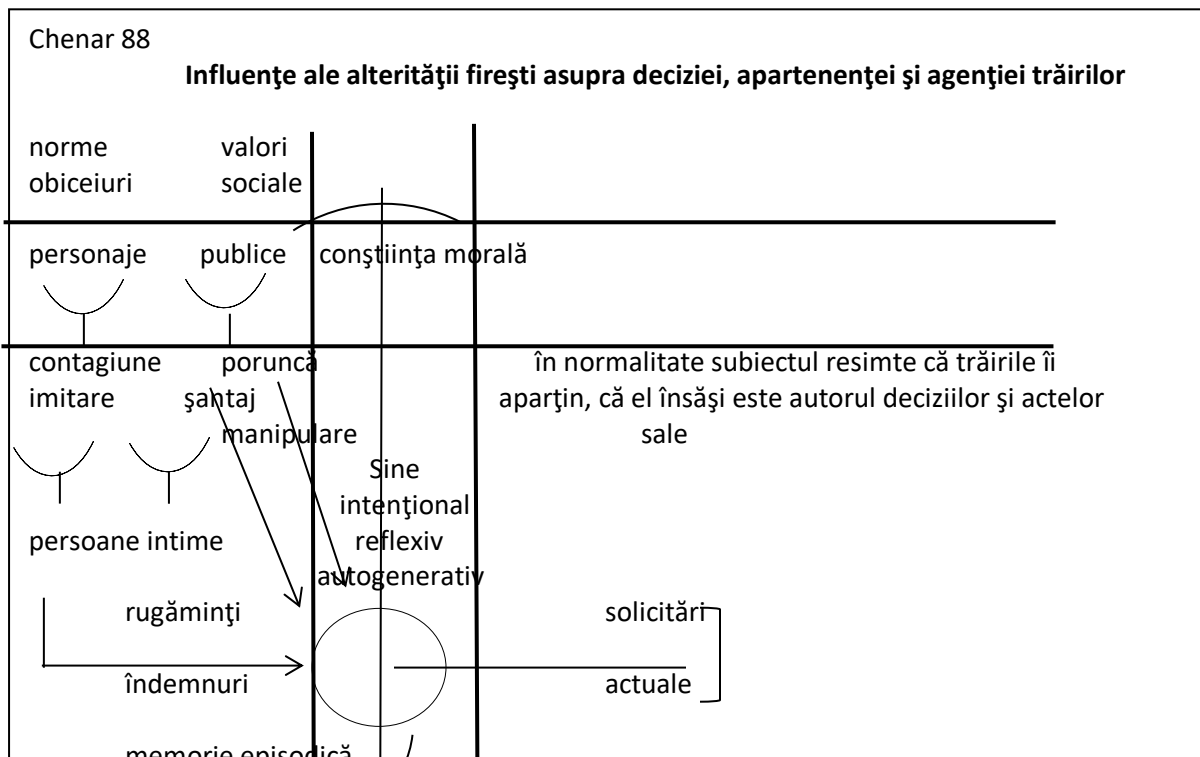
După cum s-a amintit, în perioada de la începutul sec. XX conceptul de depersonalizare a fost comentat în psihoze de către Jaspers, care considera chiar că tulburarea de bază a schizofreniei constă dintr-o patologie a eului conștient, perturbat în identitatea, coerența, limitele și centrarea sa prin propria-i agenție. Înțelegerea psihismului specific persoanei umane ca centrat de sinele eului conștient – sine intențional reflexiv, autogenerator și sintetizator - era însă destul de schematică în acea perioadă. Studiarea mai diferențiată a psihologiei persoanei ce s-a realizat pe parcurs, permite în prezent o abordare mai nuanțată și a psihopatologiei ce gravitează în jurul sd.dep/der.st. Inclusiv în perspectivă psihotică. Aceasta include atât problematica coerenței și unității persoanei centrate de sine, cât și problematica relațiilor intrapsihice cu alteritatea, în perspectiva autonomiei și agenției. Pentru comentarea acestora se va face o scurtă trimitere la psihologia persoanei dezvoltată în sec. XX.

Pe parcursul sec.XX s-au impus treptat cercetările psihanalitice, care sugerează că în structura psihismului personal sunt asimilate și 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, prezenți alături de subiect în mijlocul vieții cotidiene, se realizează traversând filtrul structurii intrapsihice de relaționare cu ceilalți, după o diagramă intim/public. Această structură motivațional interpersonală, inconștientă sau preconștientă, face parte din însăși structura identitară, biografico caracterială a persoanei. Iar nucleul autonomiei agenției persoanei se reliefează din acest fundal, implicând relaționarea.

Către sfârșitul sec.XX s-a dezvoltat apoi, la conjuncția dintre psihologia cognitivă și cea fenomenologică, un anumit înțeles al sinelui intențional și reflexiv al persoanei umane. Sine autogenerativ, coerent și delimitat, ce stă la baza identității sale biografico-caracteriale, pe care o centrează; dar și la baza generativității și realizărilor structurate ale agenției sale. La nivelul acestui „sine nuclear” se realizează în permanență sinteza dintre: - pe de o parte, propriile idei, propensiuni și tendințe, care sunt alimentate de experiențele biografice sedimentate

în persoană, stând la baza preocupărilor și proiectelor proprii; - iar pe de altă parte, opiniile, expectațiile și proiectele împărtășite cu cei apropiați sufletește; sau sugerate de persoanele cu care subiectul interacționează, intim și public. Trăirile și manifestările curente ale persoanei sunt în permanență expresia unei complexe sinteze motivaționale, pe care sinele o centrează.

Coerența sinelui integrează deci developmental, efectiv – așa cum a demonstrat teoria atașamentului dezvoltată de Bowlby - imagourile introjectate ale persoanelor apropiate, în propria dimensiune identitară. Iar prin deschiderea persoanei spre universul socio cultural din care face parte, pe coordonatele sinelui se dezvoltă și idealul său de sine. Adică, identificarea sa cu modele educative; și autoproiectarea sa imaginativă în ipostaza de personaj al unor scenarii fictive. Precum și autoevaluarea. Pentru a realiza constant o astfel de sinteză, se cere acceptată o funcție a „coerenței centrale” specifică sinelui identitar, care articulează toate elementele sale constitutive, în structura persoanei; fapt ce include și ansamblul influențelor asupra agenției sale. Doar astfel, trăirile girate de sine pot asigura subiectului sentimentul că „ele fac parte din propria identitate”, fiind „ale sale” („*meiness*”); și că el însuși este autorul lor. Acest proces bazal de sinteză pare a fi perturbat în schizofrenie. În primul rând prin relaxarea coerenței centrale și delimitative a sinelui identitar, care în mod normal personalizează asertiv trăirile. Iar în al doilea rând, printr-o relaxare a articulării intrapsihice între zona intimă a secretului personal – care e împărtășită doar cu persoanele apropiate; și zona publică, prin care subiectul se proiectează, controlat, în mijlocul persoanelor din agora. Cercetări din ultimul timp sondează această problematică.





Mare parte din sec.XX schizofrenia a fost studiată prin episoadele sale clinice și prin cazurile cronice internate timp îndelungat în azile. În a doua jumătate a veacului a crescut însă interesul pentru evoluția longitudinală a tulburării schizofrene în afara instituțiilor psihiatrice. Prin astfel de cercetări s-a evidențiat atât eventualitatea unei evoluții favorabile, cât și particularități psihice ale persoanelor predispuse și a stărilor prodromale. Unul din autorii unor astfel de studii, elevul lui Schneider, Huber din Bonn, a întreprins studii sistematice asupra cazurilor cu risc crescut pentru schizofrenie, dezvoltând o amănunțită scală de evaluare a unor simptome subiective subclinice (BSABS). Grupajul „tulburărilor bazale” pe care le-a identificat pe această cale, se referă în mare măsură la perturbări ale cursului ideativ: interferența gândirii, ideație intruzivă, gânduri pe care subiectul le resimte că „nu sunt ale sale”, pe care „nu le personalizează”. Sau, un blocaj, o oprire și un gol al gândirii, fapt pe care pacientul îl constată ca un fenomen ce „i se întâmplă”, fără ca inițiativa să-i aparțină. Și la fel, subiecții pot sesiza deficiențe ale inițiativei gândirii, „mișcări automate” sau „blocaj motor”, cu

sentimentul că motricitatea le scapă de sub controlul voluntar – la fel ca în sd. Tourette. Fundalul psihic general e de anergie, astenie, cu dificultate de concentrare și sintetizare a gândurilor; ce uneori pot izbucni împrăștiat (mentism). Astfel de simptome, care sunt resimțite ca nefiind inițiate de sine dar nici induse de altcineva, sunt trăite într-o dispoziție detașată, deși ușor îngrijorată. Ele sunt însoțite de eforturi de concentrare pentru a realiza sinteza necesară performanțelor vieții cotidiene. Deficitul astfel sesizat, poate fi considerat ca o avantcameră atât pentru dezorganizarea psihică cât și pentru sd. de transparență/influență.

Cercetările școlii din Bonn au fost continuate la Copenhaga cu Scala EASE (Parnas), din perspectiva unei doctrine care considera că „tulburarea bazală” din schizofrenie (în forma dezorganizant deficitară) constă dintr-o specifică patologie a insuficienței sinelui, dublată de hiperreflexivitate. Pe același tip de cazuistică ca studiile din Bonn a persoanelor vulnerabile pentru schizofrenie, s-au identificat de asemenea, fenomene ca interferența și presiunea gândirii. Se poate ajunge până la ideație intruzivă și stări de mentism, în care subiectul resimte cum o parte din gândurile sale se desfășoară dezordonat, în afara controlului său, ca și gânduri „anonime”, nepersonalizate. Alte tulburări formale ale gândirii constau în: blocajul, ecoul și spațializarea gândirii. În ansamblu pacientul alunecă spre o anonimizare a gândirii, resimțind că nu mai are gânduri, opinii și intenții proprii, personalizate. E prezent sentimentul unui deficit de centrare, delimitare și afirmare, de asertare sintetică a sinelui. Trăire dublată de o hiperreflexie primară, paralizantă.

Studiile menționate mai sus – care relevă o tendință spre deficit anergic de coerență a psihismului cu lipsă de personalizare asertivă a propriilor trăiri - au avut în vedere o cazuistică care, deși era orientată spre schizofrenie, avea o propensiunea redusă spre relaționarea interpersonală. În plus, însăși structura instrumentelor de investigare, pre-selecta cazuri predominant orientate în direcția unei schizofrenii simple, dezorganizate, negative. Dar, în psihoză, se întâlnește frecvent și o perturbare a raportării la alteritatea interpersonală, mai ales în aria

delirului paranoid; în care, atitudinea ostilă a altora e dublată de sentimentul unei supravegheri continue, inclusiv de la distanță. Această direcție a distorsiunii trăirilor relaționale prin atitudini ostile și de supraveghere, poate depăși de la un anumit punct chiar și pragul limitelor interioare ale sinelui, prin care el se diferențiază de ceilalții, existenți în jurul său. Se petrece acum o prăbușire a structurii de „relaționare intrapsihică” pe diagrama intim/public. Subiectul ajunge să resimtă că instanțe de tip personalistic străine pot pătrunde până la nivelul agențial al intimității gândurilor și deciziilor sale, cunoscându-le și manipulându-le. În aceste cazuri, ideea intruzivă, mentismul, barajul și golul mintal, mișcările involuntare, etc., nu mai sunt resimțite ca spontane și anonime – așa cum opiniau pacienții din studiile efectuate la Bonn și Copenhaga. Ci ele sunt atribuite altora, unor instanțe xenopatrice. Astfel se manifestă sd. psihotic de transparență/influență.

**Sd. de transparență/influență** constă în sentimentul subiectului delirant că intimitatea sinelui său – gândurile, deciziile, trăirile emotive, senzațiile corporale – sunt cunoscute și manipulate de ființe exterioare. Se prăbușește în aceste cazuri structura intrapsihică care asigură pentru orice subiect - printr-un fel de selecție decizională spontană și preconștientă - ce anume din mintea sa el împărtășește cu alții; și ce rămâne doar sub agenția și controlul său intim.(Chenar ). Odată cu acest sindrom suntem plasați chiar în mijlocul procesualității psihotice, care transformă persoana normală în personaj delirant.

**Simptomele de transparență** se referă la sentimentul cunoașterii de către alții (sau de oricine) a gândurilor intime, prin intuire, „ghicire”, „citire”, „răspândire” (iradiere, difuzare, împrăștiere), prin „sonorizare” (în urma spațializării, a exteriorizării lor) prin „supraveghere” (supervizare îndeaproape).

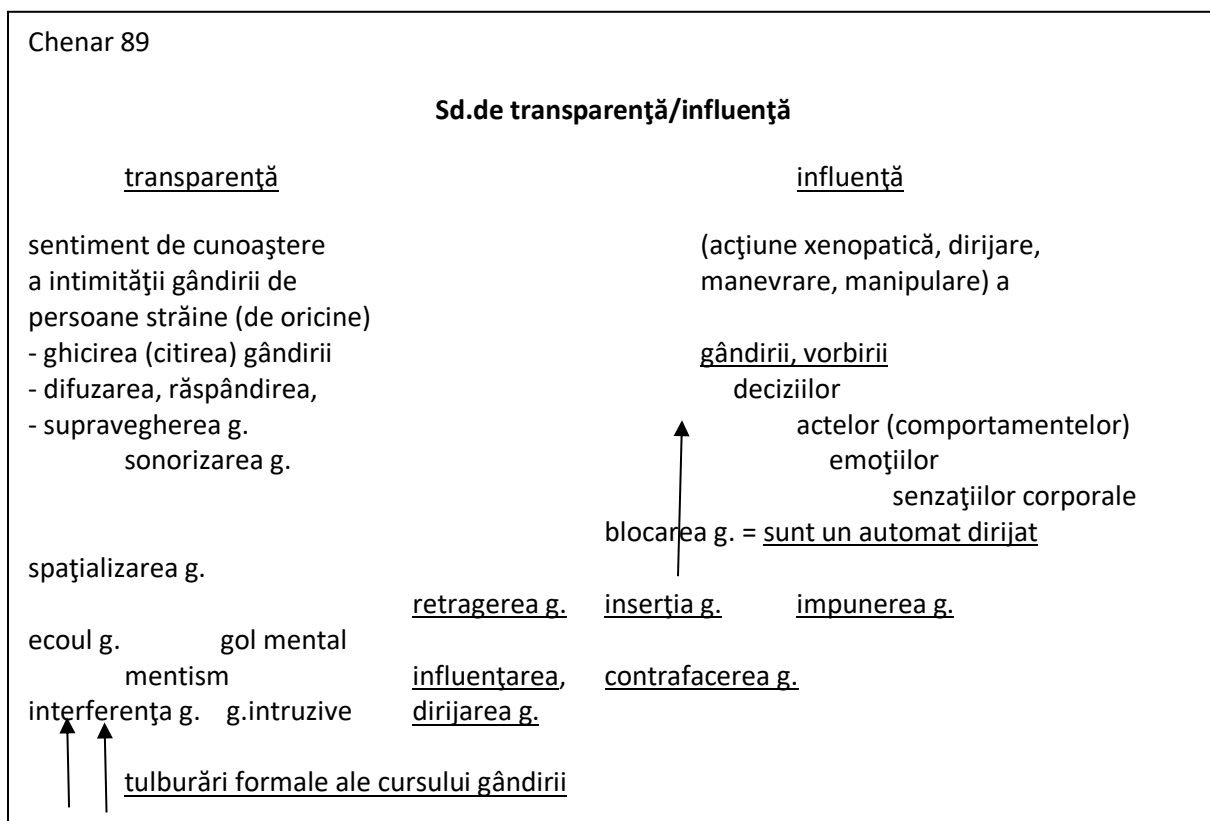
**Simptomele de influență** vizează în primă instanță gândirea (și vorbirea): blocarea gândirii (g); retragerea g. (rezultând un gol mental cu reluarea gândirii în altă direcție); inserția, impunerea g. (sunt introduse în

cap, în minte, gânduri noi, străine, care nu aparțin subiectului); influențarea, dirijarea, contrafacerea g. Influențele din exterior (xenopatic) pot fi resimțite și 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).

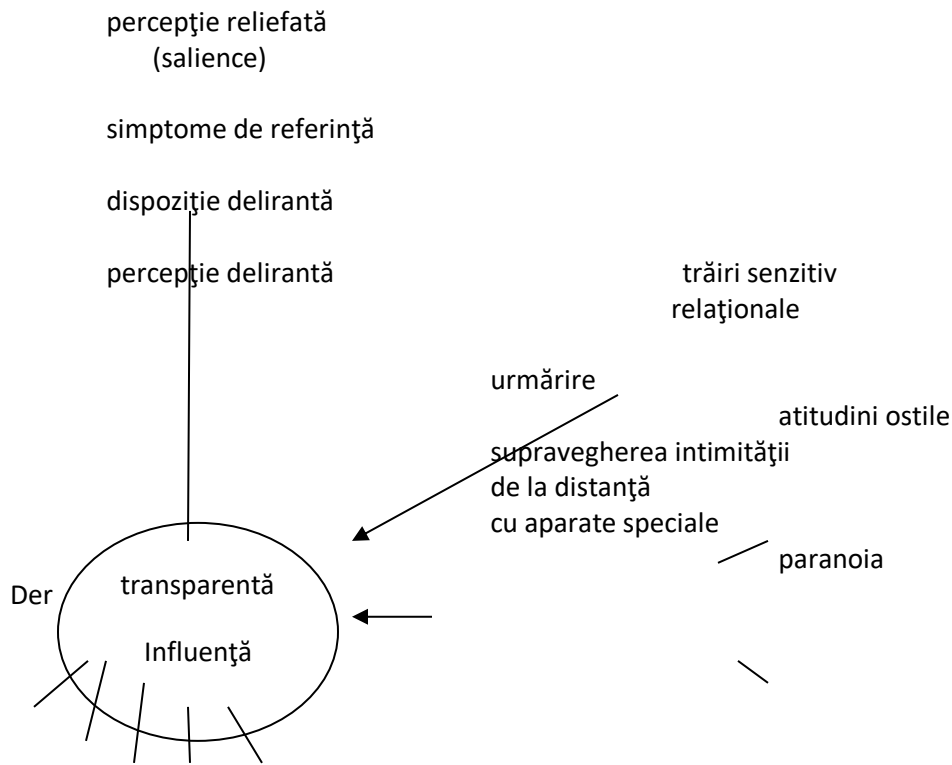
În ansamblu subiectul conștient și reflexiv se simte aflat complet la dispoziția altora, manipulat, manevrat din exterior (acțiune xenopatică), ca pierzându-și autonomia, ca ne mai fiind stăpân pe agenția sa (pe originarea în sine, de către sine, a trăirilor sale). Ceea ce în stările dissociative pacientul acceptă tacit – dar cu referință la un sine personalizat global - acum, în condiția sa delirantă paranoidă-schizomorfă, el resimte ca o teribilă alienare; prin intruziunea xenopatică în chiar intimitatea sinelui său.

Întreg sindromul se desfășoară în arie relațională. El este în întregime subiectiv, la fel ca sd. dep/der.st.

Simptomatologia de transparentă se plasează, evident, în continuitatea celei de supraveghere din patologia delirantă paranoidă.



Chenar 59

**Origineea psihopatologică simptomelor de transparență/influență**

Centralitatea delirului paranoid (comentată în pragraful 7) atrage și introduce sentimentul de urmărire și supraveghere de la distanță, realizat cu mijloace parapsihologice, supranaturale sau cu tehnici speciale; oriunde el s-ar afla, inclusiv în spațiile cele mai intime. Dar supravegherea paranoidă simplă se oprește la limita exterioară a psihismului personal, a eului, a sinelui încorporat. Această limită e însă acum depășită, pătrunzându-se în interioritatea psihismului intim a sinelui nuclear; în toposul în care subiectul resimte că propria ideație e generată. E vorba de nivelul cursului ideativ, plasat în „spațiul interiorității intime”; zonă în care se derulează amintirile, reprezentările, în care sunt păstrate secretele. La acest nivel se manifestă și menționatele tulburări formale de gândire, ce au fost identificate la persoanele vulnerabile și în prodromul schizofreniei.

Privitor la simptomele de influență, o etapă prealabilă a lor ar putea fi considerate trăirile disociative, în care subiectul resimte că o parte din autonomia și identitatea sa au fost preluate de o instanță personalistă străină (inclusiv spirite). În normalitate, trimiterea ar putea fi făcută la sugestia posthipnotică. Dar în patologia disociativă și în hipnoză, subiectul e pasiv, conștiența sa e redusă, după un model cvasihipnic; iar reflexivitatea autoanalitică nu e activă. Pe când în sindromul de influență, pacientul e lucid și reflexiv, (ca în TOC) constatând cu obiectivitate perturbarea agenției sale. Aspectul deosebit al sindromului de influență se referă la manipularea ideății chiar în zona originării în sine a propriilor gânduri, atitudini, opinii. Subiectul poate sesiza în această zonă a cursului ideativ, în normalitate și la limita psihopatologicului, faptul că apar uneori gânduri și imagini care sunt slab personalizate, resimțite de obicei ca anonime. Dar acum ne aflăm într-o condiție de distorsiune psihotică, în care intimitatea e resimțită ca fiind sub control străin. În măsura în care apare simptomul manipulării și impunerii gândirii, devine evident că se petrece o gravă perturbare a structurii de relaționare intrapsihică pe diagrama intim/public. Tulburare pe care pacientul o receptează autoanalitic reflexiv, în stilul obsesivului.

Se cere sondat acum posibilul punct de plecare în normalitate al acestei simptomatologii.

În mod normal subiectul poate decide liber, ce să păstreze ca secret personal și ce să comunice public, verbal sau prin manifestările sale. Desigur, uneori se poate forța acest teritoriu, astfel încât sub tortură, amenințare sau șantaj să se smulgă secrete personale; iar subiectul să fie obligat să facă acte pe care nu le intenționează și nu le acceptă. Dar aceste situații se îndepărtează de însăși geneza gândurilor în intimitatea subiectivității. Există totuși și în normalitate condiția gândurilor, intențiilor și opiniilor împărtășite cu cei apropiați. Aceasta se întâlnește la persoanele ce se află într-o strânsă legătură interpersonală, în interpătrundere sufletească, așa cum e copilul mic față de mamă; sau doi îndrăgostiți. Ei își

transmit și își transferă reciproc cu ușurință intențiile, dorințele, preferințele, opiniile, deciziile, înțelegându-se doar din puține semne și acordându-se sufletește cu ușurință.

Ghicirea, influențarea și implementarea gândurilor poate funcționa firesc la acest nivel empatic, unde limbajul discursiv și argumentativ e puțin folosit. În cadrul comuniunii sufletești duale, e prezentă o identificare reciprocă între cei doi, o „transpersonalizare” firească. Condiția nu mai e similară în cazul persoanelor și cunoștințelor doar 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 și cu atât mai puțin la geneza propriilor intenții, dorințe, decizii. Deci, la „agenția generării propriei ideții”, în inima interiorității sinelui.

O astfel de diagramă intim public e de presupus că a ajuns să fie constitutivă psihismului uman, pe parcursul celor aprox. 10.000 ani de existență în localități și orașe; modalitate de existență, în care viața intimă familiară se polarizează cu cea publică, oficială. Dacă polii extremi ai structurii relaționărilor pe axa intim public se aglutinează, se ating și chiar se contopesc odată cu prăbușirea psihopatologică a arhitectonicii psihismului, e inevitabil ca simptomele de transparență/influență să se instaleze. De fapt, această simptomatologie se manifestă în apropierea condiției delirului paranoid. Deci a unei profunde destructurări a edificiului psihismului persoanei, care desimplică și aduce în prim plan scena narativității culturale, pe care subiectul se autoproiectează acum ca personaj. Un personaj aparte, cuprins într-un scenariu fantastic, alături de alte personaje ale culturii comunitare. Această perspectivă ne trimite și spre o a doua posibilă sursă a sindromului.

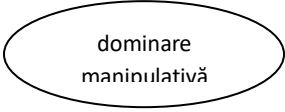
O a doua perspectivă care apropie sindromul de transparență/influență de comprehensibilitate, o reprezintă raportarea subiectului la ființe supranaturale; mai ales la Dumnezeu și diavol. Instanțele supranaturale, având puteri speciale, sunt creditate de convingerea comunitară că au acces la intimitatea persoanei.

Nenumărate documente psihopatologice înregistrează formulări ale pacienților care comentează următorul fapt: cunoașterea de către persoana divină – și a personajelor supranaturale în genere - a propriilor gânduri și chiar controlul acestora de către o astfel de instanță superioară, este firească: “deoarece Dumnezeu le știe și le poate pe toate”. Cât privește intervenția diavolului, aceasta se realizează de obicei prin posesiune; adică odată cu penetrarea sa în propriul corp, astfel încât : “îi cunoaște și îi dirijează individului gândurile chiar din interiorul său”.

Atât sentimentul împărtășirii gândurilor și a intențiilor cu cei apropiați cât și cel al dependenței de Dumnezeu a toate puternic (și de alte forțe supranaturale), fac parte din structura normală a sinelui nuclear al oamenilor ce participă la o comunitate umană culturală. Ele sunt doua nivele limită ale structurii sinelui identitar, în cadrul relaționărilor sale intime cu alteritatea; două porți de deschidere specială spre aceasta. Dar în ambele direcții funcționează în normalitate anumite

Chenar 90		
TABLOU COMPARATIV AL SPR - Sch ALATURI DE TULBURARILE FORMALE DE GANDIRE SI DE SIMPTOMATOLOGIA DELIRULUI PARANOID (SCHIZOFORM)		
tulburări formale de gândire	SPR	delir paranoid de persecuție, etc
	halucinații auditive ce comentează subiectul	
(ecoul gândirii)	halucinații auditive ce comentează actele sonorizarea gândirii	sdr.senzitiv de relație halucinații apelative, imperative, injurioase <u>paranoidia</u> urmatore
interferența g.	răspândire, difuzarea g. împărtășirea g.	supravegherea de la distanță a a intimității (cu aparate)
ideație intruzivă	ghicirea g, citirea g.	control prin substituie de persoane (S.Capgras)
mentism	cunoașterea g.	



(presiunea g.) întreruperea g. pierderea inițiativei	retragerea g. controlul g. impunerea g. contrafacerea g.	
depersonalizare (pierderea limitelor sinelui) mișcări automate necontrolate	controlul voinței	dedublare, stări disociative de posesiune
	acte impuse	hipercontrol
	pasivitate somatică	sugestie, manipulare
cenestopatii	(emoții, impulsuri, senzații corporale)	
autoreferința primară	percepții reliefate semnificații speciale percepție delirantă	dependență disociativă
	simptome de referință (delir primar), centralitate delirantă	

filtre procedurale. Minusul psihopatologic prăbușește acest nivel de control. Astfel încât accesul la intimitatea în care se generează gândurile și deciziile se petrece nefiltrat, scăpat de sub orice control al subiectului.

Simptomele de transparență/influență ocupă un loc aparte în simptomatologia psihopatologică. Practic, ele nu pot fi plasate printre tulburările perceptivă, deși derivă din trăiri nemijlocite, certe, pe care subiectul le resimte. Psihopatologii britanici le plasează separat, menționând că ele pot constitui trăiri ce se impun uneori ca punct de plecare pentru elaborarea unor scenarii delirante. Așa sunt ele comentate în instrumentul SCAN ce însoțește ICD-10 (1992, redactat de Wing). Psihiatrii din SUA consideră însă aceste simptome ca indicând bizareria unor deliruri de tip schizofren.

Simptomele de transparență influență au fost integrate la mijlocul secolului trecut de psihiatrul german K. Schneider, împreună cu altele, într-un grupaj al

“simptomelor de prim rang pentru diagnosticul schizofreniei în raport cu ciclomia” (SPR-Sch). Acest grupaj cuprinde: (Chenar 83) - voci care comentează; voci care discută și argumentează; sonorizarea gândirii; inserția gândirii; retragerea gândirii; înregistrarea gândirii; controlul vorbirii; controlul acțiunii; percepție delirantă. Aceste SPR-Sch au fost folosite și drept criterii de diagnostic al schizofreniei în ICD-10. Treptat studiile sistematice ce au fost efectuate consideră că ele nu sunt chiar specifice schizofreniei, întâlnindu-se și în conjuncție și cu alte sindroame, de ex. în cadrul bipolarității, bufeurilor psihotice etc. Grupajul sindromatic e însă semnificativ pentru vulnerabilizarea delimitării sinelui nuclear, mai ales în perspectiva autonomiei agenției sale, a relaționării cu alții și a inițiativei acțiunilor.

#### **9.4. Transpersonalizarea psihotică din delirul primar**

Pe traseul pe care se desfășoară sd. dep/der, între polul predominant subiectiv al patologiei disociative (în care subiectul se simte pur și simplu detașat și străin de sine și de lume) și cel predominant obiectiv, apato abulic și dezorganizant din schizofrenia deficitară (în care pacientului „nu-i mai pasă de nimic și se resimte un nimeni”), se întâlnește delirul paranoid și egodistonia ambivalentă obsesiv compulsivă. Delir paranoid, a cărui sentiment de supraveghere omniprezentă se completează acum prin convingerile de transparență/influență. Parcursul psihopatologic al zonei delirante afectează, prin definiție, însăși identitatea persoanei, care se metamorfozează într-un personaj fictiv dintr-un scenariu aberant. Jaspers a intuit faptul că tocmai această preschimbare indică nucleul delirului (paranoid) propriu zis, calea regală fiind cea care trece prin „centralitatea” dispoziției delirante. Iar procesul psihopatologic e finalizat prin mutația ce se realizează odată cu percepția (intuiția) delirantă, ce consfințește intrarea în „lumea delirantă”. De aceea Jaspers susținea că, desfășurarea acestui „proces psihopatologic” parcurge un traseu de a lungul căruia se petrece o ruptură

a unor limite, o prăbușire, o transmutație; spre deosebire de lenta alunecare spre delir pe traseul aproape continuu al preocupării prevalente, cu atingerea în cele din urmă a unei convingeri „deliroide” (ca de ex. în gelozie, dismorfism corporal, hipocondrie etc. – Chenar 42). Modelul pe care l-a propus Jaspers și pe care l-a sintetizat în continuare psihopatologia clasică germană – inclusiv Schneider și Conrad – se păstrează și în prezent, mai ales cu valoare didactică. Etapele clasice ale derulării sale sunt: - simptomele de referință; - dispoziția (atmosfera) delirantă a centralității; - percepția (intuiția, amintirea) delirantă; - intrarea, ca personaj, într-o lume delirantă fictivă. În cazuistica clinică însă, el nu se petrece decât în puține cazuri exact după această schemă și într-o modalitate acută. În schimb, momentele sale cheie pot fi recunoscute, prin diverse simptome subiective, în perioada instalării și consolidării delirului paranoid complex. De fapt a „orbitei psihotiforme”. Căci delirul ce se instituie astfel, nu mai este unul monotematic sistematizat; ci unul în care subiectul transformat în personaj fictiv trăiește și halucinații, fenomene de transparența influență, dezorganizare, stări dispoziționale variate, simțindu-se plasat într-un teritoriu aparte, pe o „scenă” a unei lumi delirante. Acest proces, pe parcursul căruia subiectul resimte și „stranietatea” alunecării sale într-o altă lume, nefirească, neobișnuită, ar putea fi denumit unul al „trans-personalizării”. El merită comentat ceva mai atent, pe baza datelor pe care ni le oferă clinica actuală; având în vedere variate modalități procesuale de intrare în delir, inclusiv cu ocazia bufeurilor psihotice acute sau a episodelor schizo-afetive, delirant afective.

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 descrierile pacienților. Esențială e impresia că ansamblul realității se transformă, pentru pacient, într-un mod bizar; că persoana intră într-o lume aparte, deosebită de cea în care a trăit; proces pe care îl etichetează de obicei ca “vrăjire”. Aceasta e cel mai

frecvent atribuită cuiva: membrilor de familie, vecinilor, cunoștințelor, colegilor de serviciu, unor instanțe supranaturale. Sau chiar “vrăjitorilor”, când delirul are caracteristici narative mai accentuate. Sentimentul de schimbare e anunțat de misterioasele semnale „de referință”; ce se articulează deobicei cu simptomatologia delirantă paranoidă propriu zisă, constând în urmărire, persecuție, fenomene de transparență influență, posesiune, relație cu divinitatea, halucinații, (predominant auditive), modificări ale dispoziției afective și ale comportamentului, trăirea unei noi identități - de personaj.

Schimbarea resimțită este uneori clar formulată de pacient care poate să afirme: “nu știu ce am, se întâmplă ceva cu mine, am nervi...toți mă spionează...” , “de câteva luni, simt că m-am schimbat, nu mai sunt eu”..., „alunec în trecut, am sentimentul, convingerea chiar, că toți oamenii îmi vor răul”..., “am simțit că se întâmplă ceva cu mine, că mă modific, eram dornică de distracții, am cheltuit mulți bani, am făcut abuz de relații sexuale”...“de patru luni simt că se întâmplă ceva cu mine, nu mai sunt eu, m-am modificat în interior, mi s-a schimbat vocea, nu mă mai pot concentra, mi se citesc gândurile...”; “în ultimele șase luni simt că m-am schimbat, se petrece ceva cu mine, parcă o voce vorbește din interiorul meu dar nu o pot localiza, parcă mi se citesc gândurile”...; “m-am schimbat, sunt o altă persoană, am înviat acum o săptămână”,... ”am simțit cum intru în niște canale din care nu mai pot ieși”,... “de fapt nu lumea s-a schimbat, eu sunt cel ce m-am schimbat și am început să o înțeleg altfel”,... “ am hotărât să mă extrag din realitate prin exerciții yoga”,... „ambianța locuinței e modificată, lucrurile nu mai sunt la locul lor, parcă cineva le așează altfel, parcă e cineva în casă” (uneori, subiectul identifică această prezență nelămurită cu cea a diavolului). Momentul schimbării se poate exprima și prin trimitere la o revelație divină: subiectul strigă “există Dumnezeu”; sau, prin faptul că unele semne indică sfârșitul lumii.

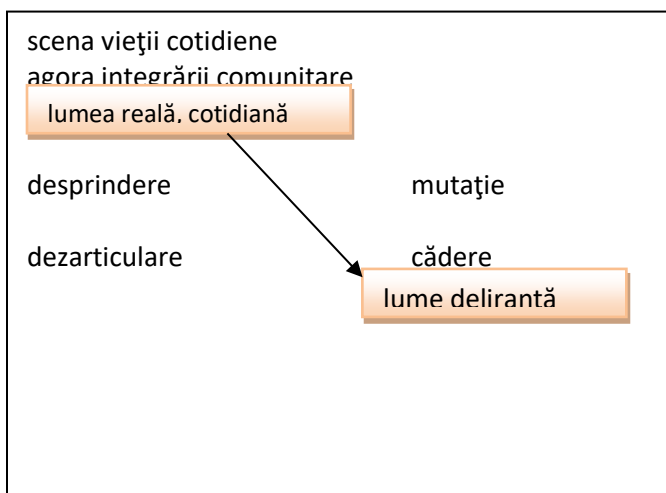
Sentimentul schimbării psihice a lumii corelative poate fi însoțit de unul al propriei schimbări corporale. Aspectul feței apare ca modificat, “îmbătrânit”,

“altfel”; privirea nu mai e ca cea dinainte; privind-se în oglindă subiectul are impresia că s-a îngrășat sau a slăbit, că oricum, arată diferit. “Semnul oglinzii” descris în debutul schizofreniei, se corelează evident cu acest sentiment de schimbare a aspectului corporal propriu, care e purtătorul identității personale. Uneori pacientul afirmă că privind în oglindă vede pe altcineva (o pacientă acoperit din această cauză toate oglinzile din casă).

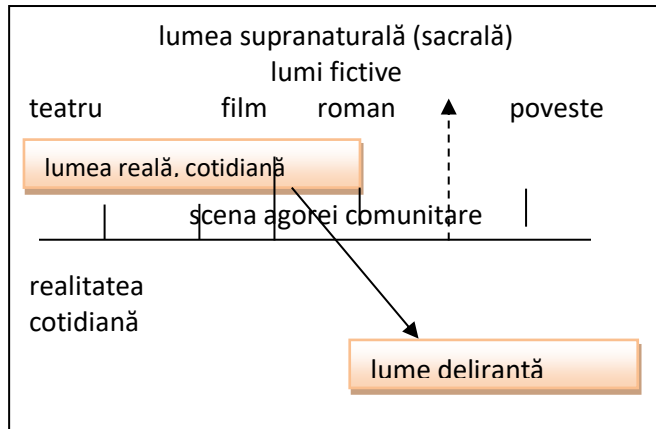
Poate apare apoi sentimentul dedublării psihocorporale, care pregătește trăirea posesiunii de către diavol sau spirite. Pacientul resimte că e dedublat, că “în el mai e cineva, o altă persoană”. Posesiunea corporală este atribuită predominant diavolului care, din interiorul corpului are acces la intimitatea sa psihică; fapt ce joacă acum un rol important în fenomenele de transparență influență. În schimb transpersonalizarea ce se realizează în direcția persoanelor divine – exprimată prin afirmații precum: “sunt fiul lui Dumnezeu,...Dumnezeu e în mine...etc.” - nu pune un accent deosebit pe corporalitate. Simptome clasice de modificare a schemei corporale se pot manifesta în formule de tip halucinator delirant: părți ale corpului apar modificate ca dimensiune și formă, “capul e mai mare, devine pătrat”...”în

Chenar 91

### Transpersonalizarea psihotică delirantă (1)



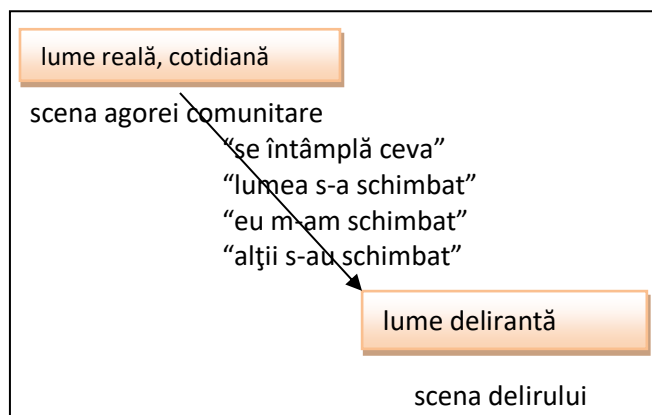
Intrând în delir, subiectul se simte prins în derularea unor evenimente ce-l afectează în mod special, e acaparat de un scenariu a cărui erou principal se simte; el aderă de acesta, e convins de cele ce le simte că se petrec cu el, pe scena noului univers delirant în care a intrat.



Delirantul aderă necondiționat la situația delirantă pe care o trăiește pe scena "lumii delirante" pe care se desfășoară scenariul delirului, în care e convins că: e urmărit, persecutat, înșelat, iubit, dirijat, posedat de diavol, apropiat de Dumnezeu etc. Universul delirant poate fi comparat cu lumea fictivă a miturilor, literaturii, teatrului, filmului.

Chenar 92

### Transpersonalizarea psihotică delirantă (2)



El simte această trecere ca o schimbare: simte că lumea s-a schimbat, el s-a schimbat, e altfel, modificat, nu se mai recunoaște, alții s-au schimbat, sunt substituiți, modificați, "diavoliți" etc. În debutul episodului psihotic, se petrec și modificări dispoziționale: anxioase, disforice, depresive, euforice (maniacale), care sunt

lumea reală, cotidiană

depersonalizare

simptome

Schimbarea se însoțește de manifestarea unor simptome psihotice care marchează sentimentul de centralitate (faptul de a fi în centrul evenimentelor). Asa

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 al altora. Pacienții pot relata:.....”de 3 luni lumea în jur se schimbă, locuința, satul, nu mai sunt ca înainte,”;...”realitatea parcă e schimbată, oamenii pun întrebări al căror sens nu îl înțeleg; “de o lună simt o stare de oboseală deosebită, de nesiguranță, am impresia că atmosfera din jur s-a schimbat, sunt urmărită, colegele își bat joc de mine...”; “totul în jur e modificat, dacă mă uit în oglindă parcă nu sunt eu și îmi spun “este o prostituată” așa spun și niște voci de bărbați...”;

”lumea din jur se schimbă, nordul a devenit vest și asta mă deranjează, deoarece nu mai pot să mă orientez”, etc....Persoanele din jur îi apar delirantului ca fiind “altfel”, uneori ca “substituite”, “mascate”, “gonflate”, “parcă ar fi un vampir”; ceilalți îi apar ca “diavoliți”, aspectul lor e particular, “au ochii roșii”, “se mișcă altfel”.

Comportamentul celorlalți apare de asemenea ca schimbat: “soția începe să aibă un comportament rece, distant, indiferent”, “mama pare a se comporta altfel, ca și cum i-ar face avansuri sexuale băiatului”. Felul celorlalți de a umbla și vorbi devine misterios, neobișnuit: unele persoane își mișcă altfel piciorul, fac grimase. Îmbrăcămintea e și ea cu semnificații particulare: “cei îmbrăcați în blugi și în albastru mă influențează negativ”.

Schimbarea ambianței și a altora corespund simptomatologiei clasice a derealizării, care, acum, în cazul intrării în delir, e resimțită mai ales ca o lume de ficțiune, populată de variate entități neobișnuite, supranaturale: spirite, energii, duhuri, “câmpuri energetice”, “extratereștri”. Iar aceste entități învăluie ca un “câmp”, ca o “atmosferă” “eul” mai mult sau mai puțin dedublat al psihoticului,

penetrându-i intimitatea, acționând asupra gândurilor, comportamentului, mișcărilor, vorbirii și funcționării corpului său.

La această atmosferă schimbată a ambianței, a lumii, se pot adăuga și percepții determinate, care apar ca având o semnificație deosebită. Pacientul poate relata: “am văzut o pisică cu colți mari care era trimisă de Dumnezeu”....; “ am văzut în curte pene și un topor înfipt într-un lemn, pe care sigur vecinii l-au pus în mod special...”; „când am tras apa la baie am auzit un mieunat de pisică”, „telefonul sună ciudat...”.”pe stradă am văzut o mașină albastră care sigur a venit după mine”....;”am primit o floare specială, care sigur se numește A (numele pacientei), astfel încât am căpătat puteri speciale asupra diavolului”.....În această atmosferă psihotică se infiltrează apoi variate halucinații și pseudohalucinații, tulburări formale ale cursului ideativ, simptome de transparență/influență, dezorganizare ideo verbală și straniețate autistă.

Apropierea dintre procesul delirului primar și psihopatologia Sindromului Dep/Der,st. este una fenomenologică. Subiectul resimte că mesajele misterioase ce-i sunt transmise prin simptomele de referință, indică pentru el o schimbare fundamentală, ce presupune ieșirea din ambianța lumii cotidiene. Lume ce-și pierde firescul și stabilitatea. Iar sentimentul pierderii identității proprii și a lumii cu care era familiarizat, e o avantcameră pentru intrarea în lumea delirantă. Atmosfera de “vrajă”, de “vis” este tocmai cea care marchează mutarea persoanei într-o trans-realitate fictivă, care acum va fi cea a delirului.(Chen ).

Este important ca intrarea în condiția delirantă, pe noua orbită „psohotică” a delurării veștii psihice, să fie înțeleasă dinamic, ca petrecându-se într-un moment anume al existenței diacrone a persoanei bio-psiho-antropologice. Când, bio psiho ritmurile și dinamica proiectelor și ciclurilor vieții sale, a cumulării psihotraumelor și problemelor solicitante, ajung într-un moment de tensiune și cumpănă, făcând posibilă „ruptura” și ”căderea” în orbita psihotiformă.



În concluzie, o abordare a sindromului de depersonalizare derealizare dintr-o perspectivă nerigidă, poate fi utilă unei psihopatologii comprehensive; și stimulativă pentru provocările pe care aceasta le poate face unei psihologii antropologice. Oricum, ea este esențială în procesul de înțelegere a condiției psihotice în care psihismul uman poate cădea.

## Anexa Capitol 9

### **Dedublarea din sd.dep/der.st. deschide două căi în direcția orbitei psihotiforme.**

Sd. dep/der st. din tb. dissociative evidențiază aspecte latente ale psihismului uman pe axa identitate/alteritate, care în normalitate sunt integrate fenomenal. Odată cu acest sindrom, subiectul se raportează constativ la sine și la lume ca la o realitate „care există”, dar de care nu aderă; cu care nu se identifică, în care nu se implică. El își poate privi corpul “din afara acestuia”, își poate considera existența proprie și a altora ca plasată într-o lume paralelă, își poate înregistra propriile mișcări, vorbirea și gândurile, ca fenomene obiective, pe care nu le consideră ca “ale sale”. Întreaga sa identitate de persoană umană, ce integrează o dimensiune corporală, una biografică și una socială, îi poate apărea - în contextul acestei percepții formale neobișnuite – ca străină, ca „nesolidară” cu sine; la fel ca și lumea și oamenii cu care intră în contact. O astfel de detașare față de lume apare ca bizară, atâta timp cât nu ținem seama de diferența dintre cele două lumi la care individul uman se raportează concomitent: - lumea fizico biologică înconjurătoare; - și lumea culturii specifice a omului, susținută de intersubiectivitatea persoanelor conștiente, de narativitatea teoretică și semnificativă a logosului. Lume în care se desfășoară evenimente relatabile; și în care ființează personaje fictive, inclusiv supranaturale.

Diferența dintre aceste două lumi se evidențiază tocmai odată cu instalarea dispoziției specifice acestui sindrom, de nefamiliaritate, de straniețate, de detașare și neimplicare, de blocare afectivă de tipul unei indiferențe constatative. Toate aceste aspecte se referă la dimensiunea specific umană a lumii sale, susținută de semnificabilitatea specială pe care i-o asigură logosul. Faptul iese în relief mai ales prin compararea acestei dispoziții indiferente cu stările dispoziționale internalizate anxioase și depresive, cu care Sindromul dep/der. e cel mai des comorbid; și care au evidente corespondente și în lumea biologică.

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 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). Anxiosul e ancorat tensionat în ambianță, hipervigil și cu o atenție mobilă, investigatorie, scanând toate informațiile situaționale care ar putea clarifica pericolul iminent la care se așteaptă; detalii ale prezentului de care s-ar putea eventual agăța, pentru a evita prăbușirea sa în abisul neființei. Prezentul trăit e acutizat, fiind însă cvasiabsorbit de un viitor iminent, hiper-periculos. În comparație cu acest tablou, pacientul ce trăiește dispoziția de neimplicare din sd. dep/der/st. apare calm și liniștit psiho-corporal,

fără nici o manifestare trupească sau comportamentală; astfel încât dacă nu ar relata trăirile sale, nimeni nu ar bănuși nimic despre starea sa subiectivă. El se raportează la prezent detașat, observațional, neaderent, neimplicat într-o situație a lumii umane semnificativă și coerentă. Căci raportarea perceptivă (și comportamentală) la ambianța fizico biologică poate fi perfectă. Deși, starea sa subiectivă nu este una plăcută; el fiind desori intrigat de trăirea sa și resimțind discomfort.

Poate fi repetată la acest nivel trimiterea făcută la începutul comentariului sd. dep/der/st. la plictisul, la “acedia” călugărilor părășiți de Dumnezeu lor; sau la sentimentul de “stranietate” a iluminatului gnostic, ce simte că trăiește aruncat într-o lume străină, inferioară. Parametrii de percepere și înțelegere cognitivă a lumii rămân intacti; ar subiectul gnostic nu se mai simte implicat în ea, deoarece știe de existența unei lumi ființiale superioare din care provine – ceea ce la cel cu sd.dep/dr.st. nu mai e însă cazul. Anxiosul în schimb, e angoasat de iminența morții, a părăsirii definitive a acestei lumi vii, de care e ancorat, în care a trăit și își trăiește existența sa finită, declanșată prin nașterea sa biologică. Dar pe depersonalizat, lumea fizico biologică și prezența sa în această lume a muritorilor nu îl mai interesează, el fiind blocat, siderat în această direcție.

O a doua arie de comorbiditate majoră este depresia, altă stare dispozițională internalizată ce are rădăcini în biologie. Depresia, care exprimă și ea un minus vital și existențial orientat spre moarte, se însoțește de asemenea de simptome biocorporale și comportamentale: insomnie, lentoare psihomotorie, inapetență, inhibiție globală. Raportarea la situație a depresivului prăbușit din proiectul său vital existențial, e marcată și ea 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. Depresivul refuză contactul interuman și se repliază pe trecut, fixându-se pe teme de autodeprecieri și vinovăție, cu idei suicidare. În sd.dep/der st. nu doar că sunt absente orice manifestări bio-corporale 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 o atitudine constatativă asupra datelor prezente din lumea ambiantă, chiar dacă acestea nu-l atrag, Neimplicarea se referă la lumea relațională, de sensuri și aspirații specific umane, a ”muritorilor”. Depersonalizatul are o raportare “desanimată” la prezent; dar nu este extras din acesta, ca depresivul. Ci strivit de un vid al golului lipsei de sens, al neaderenței de nimic, a plictisului. Așa cum formula Cioran: depersonalizatul simte că parcă „ar fi căzut în afara timpului (istoric)”.

Un element cheie al articulării dintre lumea umană și ce biologică îl constituie propria corporalitate a subiectului, care joacă un rol special, dublu, în structura psihismului persoanei. Propriul trup susține și poartă ansamblul psihismului bio-antropologic, între nașterea și moartea sa. Corpul subiectului aparține pe de o parte universului fizico biologic, cumulând toate caracteristicile

acestui: de formă semnificantă, de substrat consistent și persistent al unor proprietăți, de automișcare, prin care organismul interacționează cauzal cu ambianța. El este perceput continuu din aceste perspective de către sine și de către alții. Iar perceperea altor persoane se realizează de către subiectul conștient tot prin intermediul corporalității acestora, în cadrul unei „inter-subiectivități inter-corporale”: (cum formula Husserl). Pe de altă parte însă, corpul e resimțit de către subiect și ca sediu al sufletului, al minții, al psihismului său subiectiv și conștient, al identității sale mnestic-biografice caracteriale; identitate antropologică, centrată de sinele său încorporat, intențional, reflexiv și autogenerativ. Subiectul se raportează la conținutul identitar biografic și de cunoștințe al psihismului său - și la ansamblul trăirilor sale subiective, a „ideilor” sale - cu un sentiment de „apartenență” a acestora la sinele încorporat („ownership”). Iar generarea propriilor trăiri, gânduri și acțiuni de către sine, e resimțită ca o agenție autonomă. Acest aspect al corporalității trăite, de sediu al „minții” sale, face însă parte din dimensiunea specific umană a psihismului său. Prin care el se proiectează, în calitate de personaj, în lumea narativ-culturală a comunității sale; unde, colaborează cu alte persoane ale acesteia. după normativități și cauzalități specifice.

Propriul corp este, apoi, și referențialul de baza pentru raportările spațiale ale subiectului la lumea fizico-biologică din jur (care o poartă și susține pe cea teoretico-culturală specific umană); el stând la baza orientărilor, a evaluării distanțelor și localizărilor. Distanțe pe care subiectul le poate reduce cu ajutorul artefactelor pe care le produce, apropiind lucrurile lumii de orizontul său perceptiv. Propriul trup - care încorporează durata identitară a psihismului conștient, ce se actualizează situațional - este referențialul unei „centralități”, din care emerge intenționalitatea sa reflexivă. În plus, propria corporalitate e și principalul său mijloc de acțiune eficace în lume; atât în cea fizico-biologică, cât și în cea umană, prin uzul limbajului articulat și semnificant, vorbit și scris. Folosindu-și corpul, subiectul intervine bazal în manipularea oricărui instrument. Și la fel, corpul este „organul” esențial, ce e utilizat în comunicarea expresivă și lingvistică. Folosindu-și propriul corp, subiectul acționează și comunică în raport cu lumea și cu alți, rezolvând situațiile problematice actuale, proiectele și preocupările în care se simte angajat. Iar trăirea situațiilor actuale se articulează cu durata biografică, pentru a configura temporalitatea sa trăită. Cu alte cuvinte, corporalitatea proprie îi asigură subiectului individuația și centralitatea, îl localizează situațional - într-un anumit topos spațial și într-o anumită actualitate -, mediind și proiecția sa activ-comunicantă într-o lume fizico-umană structurată temporal; în care, îi receptează pe ceilalți tot prin intermediul corporalității lor.

Trăirile depersonalizant-derealizante ce pot fi urmărite pornind de la nivelul trăirilor proprii corporalității, se desfășoară pe două axe: - Una desorganizant-deficitară, ce e implică și aria autismului developmental, a patologiei obsesiv

compulsive, a dezorganizării psihice și a patologiei psihotice deficitare apato abulice. Și alta, ce evoluează pe direcția traspersonalizării delirante.

În sd. dep/der. trăirea - percepția, resimțirea – propriului corp poate fi afectată negativ, în primul rând printr-o senzație devitalizantă de „dezanimare”, marcată de obicei de cenestopatii. Corpul poate fi resimțit ca lipsit de viață, gol, încrămențit, ca de sticlă, metal, lemn, piatră etc.”. Iar subiectul se desolidarizează atât de propriul corp, cât și de lume; care-i devine indiferentă. Corpul continuă să fie perceput fizic; dar el nu mai e resimțit ca fiind sediu autogenerării unei intenționalități reflexive, prin care subiectul să se proiectează într-o lume de care aderă. Subiectul depersonalizat ajunge - atunci când e angrenat pe direcția dezorganizării apato abulice – să nu mai aibă intenții și dorințe. Deficitul generic de aderare la lumea umană, însoțit de sentimentul nefamiliarității și stranieții, a fost etichetat relativ recent ca lipsa unui „sentiment existențial”.

În sd. dep/der. st. se mai notează impresia deformării limitelor corporale, mai ales în zona facială; fapt ce determină frecvente priviri în oglindă. Un aspect aparte este și resimțirea incertitudinii sau dispariției limitelor corporale, cu sentimentul că „propriul corp se întinde la infinit”; fapt ce e corelat și cu alterarea centralității încorporate a sinelui. În marginea acestui aspect se poate reflecta și asupra simptomatologiei din patologia obsesiv compulsivă, care, odată cu convingerea contaminării cu substanțe invizibile (microbi, murdărie etc.), exprimă vulnerabilizarea limitelor psiho-corporale. Aceasta poate fi corelată și cu preocuparea excesivă privitoare la poziționarea simetrică a lucrurilor din jur, pe care obsesivul le rearanjează compulsiv. Precum și cu tulburările din spectrul patologiei obsesionale, privitoare la dismorfofobie, tricotilomanie, sd. osmotic etc.

Distorsiunea trăirii spațialității ambientale peri-corporale se regăsește și în patologia autismului developmental, ca nevoie a pacientului ca totul să rămână neschimbat în jur; subiectul manifestându-se comportamental prin stereotipii; și reacționând cu agitație la modificări. La fel se petrec lucrurile uneori și în sd. cataton. Această linie de psihopatologie depersonalizantă corporală e cuprinsă de fapt în vectorul sd. de dezorganizare psihică, ea prelungindu-se apoi în direcția patologiei schizo-deficitare. Simptomatologie manifestată prin avoliție, apatie, alogie și alte sindroame similare; toate însoțite de resimțirea unui corp devitalizat, gol, fără emoții, dispoziții și sentimente. Condiție ce indică un efectiv vid sufletesc, ce poate fi etichetat ca „depersonalizare anonimantă”. Pe această direcție a deficitului psihopatologic, se pierde organizarea psihismului identitar al persoanei după parametrii formali ai unei coerențe centrale.

Pornind de la sd. dep/der.st. se desfășoară însă și o a doua linie de psihopatologie a psihismului specific uman, centrată acum de alterarea identității și autonomiei agențiale, în raport cu o alteritate de tip uman; într-o lume interpersonal narativă, în care subiectul se proiectează ca personaj. Aceasta începe la nivelul tb. disociativ-histrionice, prin tb. ale memoriei identitare, tb. de dublă

identitate și, mai ales, tb. de transă cu posesiune. Și ea continuă în planul delirurilor paranoide și cu tematică fantastică, în care pacientul se resimte supravegheat și manipulat de entități străine. Subiectul nu se mai raportează acum la alții și la lume ca la ceva exterior, străin, de care se distanțează și se detașează, la fel ca în sd. dep/der. st. Ci, în urma unui proces de trans-personalizare, el se resimte transpus „intr-o altă lume”, cu multiple caracteristici narativ fictive. Lume în care întâlnește personaje, instituții și entități ce au acces nemijlocit la agenția sa identitară, putându-l manipula. Acest deficit psihic dediferențiator trans-personalizant delirant, extrage simplificator persoana din structura eșalonată ierarhic, a raportărilor sale complexe și multifacetate față de lumea sa umană; plasând-o pe o pânză de fond - pe o scenă aparte - simplificată și distorsionată; pe care, se derulează schematic intrigile și acțiunile personajelor implicate în scenariile sale delirante. Entități și personaje care de obicei îl controlează și îl manipulează.

Imaginea acestui univers psihopatologic face trimitere la tradițiile culturale care își reprezentau existența mundană a omului, ca însoțită mereu de o instanță ființială superioară; din care acționau spirite și diverse entități supranaturale, ce dublau relaționarea sa nemijlocită cu ceilalți. Chiar dacă în lumea actuală această reprezentare tradițională s-a estompat, psihopatologia ne atrage atenția să fim în continuare atenți la tradiția acestei lumi culturale, care a impregnat multe milenii psihismul persoanei. Căci această dimensiune „narativ teoretică” a lumii umane este cea în care se exprimă scenariile delirurilor paranoide, incluzând și fenomenele de transparentă influență; ce nu rareori fac trimitere la vrăji și magie, la spirite, entități abstracte și chiar personaje divine. Căderea unui subiect pe orbita psihotiformă în urma unui proces de trans-personalizare delirantă, re-actualizează problematica acestei instanțe psiho culturale, ca un mediu „cvasi-substanțial”, populat de instanțe și entități de tip personalistic.

Tradiția istorico culturală a multor milenii ne înfățișează deci, un om ce se simțea înconjurat de o lume supranaturală specifică, în atmosfera căreia ființau și acționau asupra sa diverse entități, cele mai apropiate de el fiind spiritele. Istoria culturală a posesiunii de spirite s-a centrat mai ales pe influențe nocive, maladii corporale; direcție în care acționa în calitate de vindecător și tradiționalul șaman. Dar spiritele nu interveneau de obicei singure, ci erau transmise de cineva, tot din sfera supranaturală a transcendenței. Apoi, spiritele puteau tulbura și mintea individului, ducând la un comportament necontrolat; ca în cazul Biblic a lui Saul (unde „spiritul rău” i-a fost trimis de însuși Dumnezeu). Istoria medicinei a invocat posesiunea de spirite malefice mai ales în patologia histeriei, manifestată prin convulsii și alte tulburări psihomotorii sau senzoriale. Dar cazuistica psihiatrică a identificat constant și cazuri în care pacientul delirant incriminează desemenea entități supranaturale ca intervenind în starea sa mentală. Iar clinica actuală continuă să înregistreze deliruri în care o serie de simptome – mai ales din seria transparentă influență - sunt atribuite diavolului sau unor entități similare. Care a

pătruns în interioritatea propriei persoane, în corp, în cap, în minte; iar din această poziție, această entitate străină, cunoaște ideea subiectului, i-o modifică (vorbind cu vocea sa) și determină tulburări somatice și comportamentale. Posedare care se însoțește frecvent și de un sentiment al dedublării interioare. În acest scenariu e important de semnalat faptul că, diavolul a fost resimțit și reprezentat tradițional ca având o anumită corporalitate, fiind astfel, cel puțin principial, localizabil; astfel încât în delirurile recente el a putut fi înlocuit cu un „cip” introdus în creier, prin care se realizează „din afară” supravegherea și controlul.

### Chenar 93

#### Cazuistică : instanțe de supraveghere și influență.

Femeie, 36 ani : Se simte urmărită de spirite care vibrează în ea....spiritele acționează prin gânduri și radiații...e influențată de ființe supranaturale, de extraterestri, ce acționează prin TV...i se introduc gânduri în cap de către spirite și mediumuri...Mesia s-a transpus în sufletul său...

Tânăr, 19 ani : Se simte urmărit de duhuri și drogați...tatăl și mătușa sunt conduși de spirite...îi sunt inserate gânduri de puteri speciale...în casă se petrec lucruri ciudate, ușile se deschid și se închid singure....are sentimentul că a fost vrăjit sau blestemat...

Femeie, 45 ani :... Se simte influențată de niște duhuri care vorbesc prin gura predicatorului....duhurile o influențează cu bioenergie producându-i senzații în tot corpul...o urmăresc pe stradă, le simte cum o privesc în ceafă...

Femeie, 53 ani : E convinsă că întreg orașul o supraveghează, îi cunoaște gândurile și îi ascultă convorbirile telefonice....deoarece cineva de la Securitate face experimente cu un aparat ce a lansat în aer substanțe toxice, care-i fac gândurile transparente...faptul are legătură cu extraterestrii...care atunci când trec pe lângă ea își modifică aspectul...

Bărbat, 23 ani: Se simte dirijat de gândurile prietenilor care-l influențează telepatic și vor să îl omoare....îi comprimă inima, îi dirijează picioarele, îl fac să mănânce mai repede ca să se înece....prin energie negativă transmisă de aparate îi vorbește Iisus...zgomotele de la TV îi vorbesc în cap și-i șterg memoria...

Femeie, 37 ani : E urmărită de o forță....care poate lua o formă.....cu care comunică prin diverse modalități...sub influența acestei forțe toți vecinii o vorbesc de rău...

Bărbat, 37 ani ; “ Aud voci de bărbați și de femei în capul meu care mă cheamă în diverse locuri să le semnez acte....care îmi spun că sunt pe urmele mele....vocile îmi cunosc gândurile, mă influențează, mă dirijează”...

Bărbat, 30 ani : ....Vede duhuri....și pe Dumnezeu...duhurile vorbesc despre el și îl îndeamnă să facă bine...pe fruntea sa se mișcă două duhuri care-l posedă....aude vocea diavolului care-i cunoaște și-i influențează gândurile....

Posesiunea xenopatică a persoanei de către entități supranaturale nu a fost însă invocată în istoria culturală doar din partea unor entități negative. Se știe că, creativitatea a fost atribuită și ea posedării de către un „geniu” sau „daimon”. Monoteismele acceptă apoi că în jurul persoanei – în apropierea sa fizică chiar – se află un „înger păzitor”. Iar în iudeo creștinism, însăși Dumnezeu se poate adresa verbal unor oameni. Ideea întrupării este chiar definitorie pentru dogmatica creștină. Iar mistica cultivă ideea apropierii omului individual, prin rugăciuni și devoțiune, de instanța dumnezeirii; până în apropierea contopirii, întru *theoză*. Absența sau „părăsirea” subiectului de către Dumnezeu, determină golul sufletesc al „acediei”, care seamănă mult cu simptomatologia sd.dep/der; și care a fost invocată și în plictisul și *spleen*-ul modernilor. Dumnezeu ce se află în intimitatea persoanei, contopindu-se uneori cu ea, poate astfel să-i cunoască în mod firesc gândurile; și să-i influențeze acțiunile spre bine. Sau, să-i vorbească. Eventual, să-i împrumute vocea, pentru a vorbi oamenilor.

Intimitatea posibilă dintre om și ființele supranaturale, care a făcut parte din credințele culturale tradiționale și se reflectă și în psihopatologia delirurilor actuale, se detașează pe fundalul cultural al instanței personajelor. Psihopatologia actuală ne relevă însă multiple ipostaze a unor alterității de tip personalistic, ce pot fi resimțite ca intervenind din atmosfera psihologică ce înconjoară persoana, pentru a o supraveghea și influența. Astfel, în delirul halucinator, unele „voci”, depărțite de persoanele ce le emit, pot fi resimțite ca mai apropiate de subiect, discutând între ele despre acesta și comentându-l. E vorba de sfera intimă a sinelui încorporat, unde nu pătrunde supraveghere paranoidă obișnuită; dar se poate insinua o axă – sau „rază” – a xenopatiei, ce se amestecă cu intimitatea agenției proprii. Iar „vocile” pot pluti în preajma subiectului, urmărindu-l cu intenții de supraveghere și dirijare. Pot fi apoi invocate instituții – mafia, organele securității – sau variate entități supranaturale; iar alteori vrăjitorii, extraterestrii, spirite, duhuri, energii etc.

Panorama acestor instanțe ne relevă condiția unui subiect ce se simte înconjurat în lumea sa, de o „atmosferă” specială; de un „mediu” cvasi-substanțial de tip personalistic, în care plutesc entități ce-l pot influența; chiar penetrându-i agenția. Acest sentiment - ce trimite spre reprezentarea unui „câmp” pe care subiectul îl centreează - se prezintă și ca un fel de scenă; similară cu cea pe care credincioșii își reprezintă că se distribuie îngerii și duhurile, care-l protejează sau îl atacă. În esență, este vorba de un univers și mediu de tip interpersonal, extins cultural, în care plutesc entități de tipul personajelor.

Aria simptomatologiei de influențare xenopatică din delirurile paranoide - la care se ajunge printr-o trans-personalizare ce prăbușește arhitectonica de sinteză psiho-socio-culturală a persoanei normale – ne atrage atenția că, în organizarea firească a psihismului uman, trebuie să acceptăm o ancoră prin care el se articulează cu instanța narativității personajelor socio culturale. Chiar dacă pe



parcursul funcționării subiectului în viața cotidiană această dimensiune e latentă și mascată, ea funcționează continuu, susținând ancorarea persoanei în rețelele sale sociale. Precum și în nișele „lumilor culturale multiple”, pe care le accesează curent; neignorând spectacolele teatrale, lecturile, participările la slujbe religioase sau preocupările sale științifice și speculativ filosofice. Iar dacă în aceste direcții s-a vorbit uneori despre dimensiuni transcendentale—transcendentă, aceste trimiteri nu ar trebui ocolite. Ci preluate într-o abordare actuală.

În perspectiva cunoașterii și manevrării intimității, se cere avută în vedere și o altă dimensiune a raportării persoanei la alteritate, în direcția relațiilor sale intime, de atașament; care se dezvoltă din primii ani, în relație cu mama; și se diferențiază ulterior pe diagrama relaționărilor intim/public. Dar aceasta nu anulează dimensiunea culturală menționată mai sus, ca expresie a reflexiei teoreticului cultural în constituția psihismului persoanei.

## CAPITOLUL 10

### DEZORGANIZAREA PSIHICA.

#### 10.1. Schiță istorică

Semiologia și nosologia psihiatrică erau deja în linii mari constituite la începutul sec.XX. De atunci au mai apărut însă două importante concepte semiologice ale psihopatologiei clinice, a căror provocare o resimțim și în prezent : dezorganizarea și autismul, ambele introduse de Bleuler odată cu lansarea schizofreniei.

Expresia de schizofrenie s-a instituit inițial pentru a re-numi supracategoria nosologică pe care Kraepelin a etichetat-o “demență precoce”. Bleuler, cel care propune noul termen în 1911, schimbă optica de abordare kraepeliană a acestei boli, de la perspectiva clinico-evolutivă spre una psihopatologică, caracterizând tulburarea printr-o “dezorganizare (*schizis - spaltung*) autistă”. Cele două neologisme astfel introduse – *schizis*-ul și autismul – deși au fost acceptate intuitiv de către psihiatri, nu au beneficiat pe parcursul sec.XX de definiții operaționale clare. În plus, spre sfârșitul acestui secol, autismul s-a detașat de schizofrenie, impunându-se ca o importantă tulburare neurodevelopmentală; a cărui profil sindromatic și clinic – constând în necomunicare expresiv-verbală, lipsa de atașament și de relaționare interpersonală, dublată de centrare pe detalii, stereotipii și constructivism – s-a conturat tot mai convingător, constituindu-se în prezent într-un spectru clinic autist. Cât despre schizofrenie, ea a tins să monopolizeze la un moment dat întreaga psihopatologie “psihotică”, centrând-o pe un delir halucinator paranoid bizar, cu simptome deficitare. Spre sfârșitul sec. XX psihopatologia

anglosaxonă a regrupat simptomatologia acestei tulburări într-un cluster pozitiv (schizo+) și unul negativ (schizo-). Treptat însă, dezorganizarea propusă de Bleuler s-a replasat totuși în față, fiind acceptat și un al treilea cluster semiologic, cel al dezorganizării ideo-verbale; pe care americanii îl atașează simptomatologiei schizo+.

În prezent dezorganizarea e comentată simptomatologic în plan ideo verbal și comportamental; acceptându-se însă că, de fapt, ea afectează întreaga structură psihică a persoanei, incluzând organizarea identitară a sinelui. După ce cognitivismul a reluat problematica psihologiei configuraționiste propunând modelul perturbării funcției coerenței centrale, acesta a deschis noi orizonturi pentru interpretarea simptomatologiei tradiționale a dezorganizării, în perspectiva unei persoane identitare centrate de un sine intențional reflexiv, cogitativ, autogenerativ și sintetizator.

## **10.2. Dezorganizarea în plan ideo verbal**

Bleuler considera, deci, că tulburarea psihică specifică schizofreniei este în primul rând dezorganizarea (disocierea – “*spaltung*”, „*schizis*”) concepută ca o pronunțată dezordine care cuprinde toate dimensiunile psihismului, inclusiv nucleul personalității, al eului conștient, al sinelui identitar; manifestarea sa cea mai expresivă fiind însă în aria gândirii, vorbirii și comportamentului.

O problematizare a ordinii și ordonării, mai ales în perspectiva spațială a organizării preajmei și derulării comportamentului, se întâlnește și în psihopatologia obsesionalității; precum și în cea a autismului developmental. În schizofrenie însă, patologia dezordinii dezorganizante trece mai departe de ordonarea ambianței fizice și de cea a derulării proiectelor de acțiune. Ea cuprinde acum și instanța ideo verbală, cea a elaborării și utilizării de către subiect a gândirii, ideății și limbajului, inclusiv în comunicarea nemijlocită și în argumentări; dar și în articularea sa cu discursivitățile suprapersonale ale instanței

teoreticului, prin care el crează opera spirituală și participă la discursivitatea lumii culturale.

Dezorganizarea ideo verbală este de obicei prezentată semiologic prin deficiențele ce apar în comportamentul lingvistic al transmiterii unui mesaj, invocând deci un model comportament lingvistic situațional. Cercetările efectuate în această direcție și exemplele ce sunt oferite didactic, au avut și au în vedere atât formele grave din schizofrenia dezorganizantă cronicizată; cât și cazurile mai ușoare sau incipiente, etichetate ca schizotipie (sau TP schizotipală). Se menționează următoarele:

\* Circumstanțialitatea. Gândirea și vorbirea evoluează spre obiectiv cu multe paranteze, legate de detalii și de asociații cu unele date concrete; dar revine constant din aceste ocolișuri la linia principală. În vorbirea uzuală faptul e caracterizat ca divagație, cu condiția ca obiectivul să fie menținut.

\* Perseverența. Deși subiectul a comunicat în esență ceea ce intenționa, el revine mereu la aceeași temă, manifestând sentimentul că nu ar fi fost înțeles destul de clar, insistând, repetându-se, chiar dacă prin alte formulări.

\* Vorbirea hiperelaborată și manieristă, constă din utilizarea multor cuvinte cu un conținut informativ redus; sau a multor sinonime. Expunerea este încărcată de obicei de expresii generale și neesențiale pentru intenția informativă: formule de introducere, de politețe, paranteze nejustificate sau explicative formale, considerații generale, expresii “prețioase” neuzuale; în viața curentă se vorbește uneori de „verbozitate”.

\* Laconismul telegrafic; subiectul folosește puține cuvinte, pe care le exprimă laconic, punctând probleme a căror context este greu sau imposibil de descifrat.

\* Stereotipiile. Unele expresii se repetă aproape identic, inutil, fără nou conținut informațional, parazitând discursul care nu progresează spre concluzia mesajului.

\* **Deraierea**, - care exprimă un nivel mai avansat al dezorganizării; deși subiectul pare a păstra comprehensiunea problemei, 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 excentrică a discursului, din aproape în aproape, e în principiu distinctă de saltul de la o temă la alta, fără o derivare constatabilă, ce se întâlnește în fuga de idei maniacală; care se datorează vitezei crescute a derulării ideatei și hipermobilității atenției și conduce la asocieri superficiale, semantice, de asonanță sau sonoritate.

Chenar 94

### **Exemple de dezorganizare ideo-verbală**

#### **Deraiere (după Andreasen)**

Intervievatorul: Îți place la școală? Pacientul: O, păi...Mie...mi-au plăcut câteva comunități pe care le-am încercat...și, în ziua următoare când să ies, știi, au luat controlul, ă.....mi-am vopsit părul în...în California. Colega mea de cameră era din Chicago și mergea la colegiu. Locuiam în cămin și ea a vrut să-mi pun perogen în păr, și am făcut-o, așa că m-am dus și m-am uitat în oglindă, și mi-a venit să plâng. Acum, pricep, știam foarte bine ce se întâmplă, dar nu puteam pricepe de ce plângeam. Nu pot să pricep, tu poți?

#### **Vorbire hiperelaborată, manieristă**

„Vă rog să mă scuzați că mă adresez solicitând bunăvoința de a fi ascultat într-o problemă importantă căci dacă sunt ascultat atunci se va putea trage o concluzie oricum fie că vă dați seama sau nu de intenția mea, pentru că trebuie să vorbim și de aceasta, vă veți convinge desigur dacă răbdarea va permite însă înainte de a....”

#### **Tangențiabilitate (după Andreasen)**

Intervievatorul: Din ce oraș sunteți? Pacientul: Ei asta e o întrebare complicată, fiindcă părinții mei .....M-am născut în Iowa, dar sunt alb, nu negru, așa că probabil că vin de undeva din Nord, nu știu de unde. Știi, de fapt nu știu de unde veneau strămoșii mei. Așa că nu știu dacă sunt irlandez sau scandinav, nu cred că sunt polonez, cred, cred că aş putea fi neamț...

Nu este exclus ca în cazuistica de exemplificare clasică a deraierii, să se fi inclus și stări schizo-maniacale nedelirante, de tipul clasicului tablou al hebefreniei.

În toate manifestările menționate mai sus dar mai ales în deraiere, relaxarea vizării și urmării obiectivului de comunicat este evidentă. Agentul comunicant nu mai realizează un decupaj și o legătură a expresiilor lingvistice folosite suficient de sintetică, centrată pe obiectivul comunicațional, structurată printr-o ordine a succesiunii etapelor și flexibilă în același timp; pentru ca informația să evolueze și să se ierarhizeze coerent și armonios, până la final. Apoi, repetitivitatea ce rezultă din perseverență și stereotipii, alături de manierism, accentuează reducerea conținutului informațional al unei unități de comunicare, în ciuda abundenței cuvintelor. Scena procesului informațional ajunge să fie ocupată de instrumentalitățile lingvistice ale comunicării, care ar trebui să fie folosite în așa fel încât nici să nu fie sesizate. Până la un punct se poate menține comparația cu perturbarea elaborării și derulării acțiunii din cadrul Tb. de personalitate obsesiv compulsivă-psiastenă, în care se întâlnește o excesivă preocupare a subiectului pentru planuri, pregătiri, asigurări, verificări, variante paralele, reluări, etc. (Cap.4); fapt ce exprimă o „detensionare a câmpului acțiunii cu scop”, subminând finalizarea eficientă a execuției.

O notificare specială s-ar cere făcută pentru stereotipii, care se manifestă pregnant și în plan strict comportamental, în autism și catatonie. Manifestarea stereotipă apare ca un clișeu, motor și expresiv, care parazitează cursul orientat spre obiectiv al acțiunii sau comunicării. O anumită “formă” expresivă se manifestă în acest caz repetitiv și identic, ruptă de derularea procesului semnificant.

Tulburările menționate mai sus ale derulării limbajului comunicațional sunt constatabile de către examinator. În comentarea semiologică a dezorganizării ideatice, ele sunt deseori flancate de prezentarea tulburărilor cursului gândirii – ale fluxului ideativ – pe care persoana îl poate resimți în fundalul subiectiv al psihismului său; la nivelul unde emerg datele mnestice, reprezentările ideative, asociațiile spontane de idei (și care au fost menționate la nivelul autopercepției), geneza propriei gândiri și acțiuni. Acestea sunt :

- Accelerarea sau încetinirea cursului ideativ, uneori cu blocarea derulării acestuia, însoțită de un „gol mental”; eventual cu reluarea ideății în altă direcție;

- Ideăție intruzivă, neașteptată, resimțită ca „străină” și perturbatoare, care interferează cu ideăția proprie; uneori pot apare izbucniri bruște a unor multitudini de idei amestecate și necontrolabile (mentism);

- Ecoul gândirii, spațializarea gândirii (plasarea ei în anumite zone ale corpului sau în afara acestuia), sonorizarea gândirii spațializate.

Astfel de fenomene pot apare și în fazele incipiente sau prodromale ale schizofreniei. Ele pot fi interpretate ca o deficiență a „funcției coerenței centrale” la nivelul filtrului de selecție și sinteză receptantă a informațiilor actuale, ce vin pulsate dinspre fondul cunoașterii mnestic; plasându-se astfel la un nivel relativ simetric cu filtrul atențional ce operează la nivelul receptării informațiilor perceptive, ce sunt selectate din oferta informativă ambientală. Tulburările formale ale cursului ideativ și ale percepției se corelează și cu așa numitul simptom ”aperceptiv”; ce constă din incapacitatea de a înțelege semnificația unui ansamblu comunicant - propoziție, text, eveniment, imagine - deși unitățile sale - cuvinte, secvențe, părți constitutive - sunt înțelese. ( sindromul poate fi comparat cu deficitul perceptiv prin care autistul developmental nu poate sesiza ansamblurile semnificante, fixându-se pe detalii).

Alte aspecte ale dezorganizării ideo verbale, care implică și perturbări logico semantice, sunt:

\* Tangențiabilitatea: Aceasta se referă la un răspuns evaziv, care, deși indică înțelegerea întrebării, nu oferă un răspuns explicit, clar și la obiect. În răspunsul său subiectul se poate exprima aluziv, prin considerații generale care au doar o vagă legătură cu subiectul în cauză. Vorbirea e caracterizată de obicei de către alții ca metaforică, “flou”, digresivă. Manifestarea se încadrează și ea în relaxarea sau pierderea obiectivului comunicațional, deoarece interlocutorul nu produce un răspuns suficient de clar. In aceste condiții, dialogul nu mai poate a fi eficient.

Totuși, tulburarea e distinctă de circumstanțialitate sau perseverare, situații în care limbajul utilizat e cel al vorbirii curente; iar orientarea subiectului e spre detalii concrete. Pe când în tangențiabilitate intervine și perturbarea conținutului semantic, deficitul de sinteză a semnificației mesajului de răspuns.

\* Incoerența ideoverbală depășește clar planul perturbării unui obiectiv comunicațional. La acest nivel predomină anomalii 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 specifice care permit ca expresiile lingvistice să fie inteligibile. Iar cuvintele, care au potențialul unor coneepe, se destabilizează semantic, participând la haosul unei “salate de cuvinte”.

Dezorganizarea ideo verbală se manifestă deci, în primă instanță, prin gândire și prin acte de vorbire, fiind sesizabilă în planul comportamental situațional al comunicării subiectului cu alte persoane. Dar ea vizează și utilizarea limbajului în universuri de discurs supraindividuale, transsituaționale, ce deschid și articulează subiectul cogitant de lumea umană a culturii, a cunoașterii comunitare.

Limbajul narativ critic, ”logosul”, e o dimensiune specifică a ființei umane, care a susținut întreg parcursul de manifestare și metamorfoză a lui homo sapiens, cu osebire în perioada sa culturală din ultimele milenii; ca mediu al manifestărilor mitico legendare, teoretico discursive, al cunoașterii, al științelor și filosofiei, al practicilor ghidate de norme și valori. Iar odată cu dezvoltarea în antichitate a științei și filosofiei, logosul a fost abordat și ca o dimensiune specifică a psihismului uman, ce sprijină – în psihologia lui Aristotel – intelectul intuitiv (*nous*) în direcția unei gândiri discursive (*dianoia*) ce se sprijină pe „logica”; logos înțeles atât ca limbaj exprimat cât și ca „logică”. Orice subiect ajunge ca, pe parcursul personogenezei ce se petrece în ambianță interpersonală, să-și însușească limbajul, nu doar ca instrument comunicațional. Ci și ca poartă de acces spre.. și mediu de manifestare în.. cadrul teoretic al culturii în care trăiește, ca



temei al gândirii, comunicării, creativității și reflexivității sale în mijlocul acesteia. Dar chiar și în afară de orice eventuală creativitate cultural științifică, subiectul ce

Chenar 95

## **Funcții ale limbajului uman**

### **1. Aspecte istorice**

Limbajul uman, atât în sensul conceptual de “logos” cât și în cel de “limbaj natural” sau de realitate ce poate deveni obiectul unei “științe sau filosofii a limbajului”, exprimă funcții esențiale, care se reîntâlnesc în biologie sub forma unor procese informaționale. E vorba de reproductivitatea și comunicarea intraspecifică și de relaționarea la mediu.

Limbajul articulat al indivizilor este doar o parte a relaționărilor semiotice ce se desfășoară în lumea umană, alături de alte coduri, pe fondul unor capacități specifice de comprehensiune a semnificațiilor. Funcția limbajului în comprehensiunea și manipularea situațiilor, - care presupune colaborarea dintre indivizi- este strâns corelată cu funcția narativ descriptivă și speculativ critică. Prin narativitate funcționează cultul strămoșilor, explicațiile mitologice ale originii lumii și ale omului. Cunoașterea și reprezentarea lumii de către o colectivitate culturală e sedimentată în limbaj; iar zeii, care garantează siguranță existenței muritorilor, ființează prin mituri și sunt invocați prin rituri ce implică limbajul. Ontogeneza psihică individuală, incluzând educația, se realizează în mediu lingvistic. Iar reprezentarea despre lume și despre sine a omului, este mediată tot de limbaj. Aceste funcții sunt esențiale pentru autoreproductivitatea umană, fiind similare funcțiilor îndeplinite de gene în biologie.

Se consideră că limbajul articulat s-a dezvoltat în cursul antropogenezei în ultimii 150.000 ani. În perioada sedentar agricolă a ultimilor 10.000 ani de cultură, s-a dezvoltat progresiv scrisul. Iar matematica a fost implicată în construcții ce vizau cultul sacral și construcții civile și în organizarea timpului antropocosmic, ca și calendar. În ultimii 3.000 ani, în civilizația greco-romană alfabetizată, au început să se dezvolte și științele speculative privitoare la logos, bazate pe filosofie. A apărut astfel logica și gramatica, poetica, retorica, arta dialogului, tragedia, istoria, psihologia, epistemologia etc. În Europa modernă de după tipar, s-a manifestat romanul și o psihologie a subiectivității; iar apoi, istoria. În sec.XX a apărut o filosofie a limbajului și a început un studiu sistematic a limbajului natural.

### **2.Aspecte structurale**

Limbajul natural conține și utilizează toate aspectele pe care le-a dezvoltat de-a lungul istoriei culturii, logica și filosofia. Astfel întâlnim:

- Subiectul: - ca substrat (gramatical) căruia i se atribuie calități (attribute); - ca agent al intențiilor și acțiunilor (predicate); - ca subiectivitate (conștientă) ce formulează atitudini propoziționale (eu gândesc, spun, cred etc.); - ca subiect al relaționărilor deontice (permisivitate, interdicție, obligativitate, recomandare, sugestie, îndemn etc.).

- Cuvintele limbajului natural sunt, potențial, concepte generale (ce se pretează analizei); precum și ale individualului (definit contextual sau prin nume proprii). Limbajul conține toate expresiile pe care filosofia le-a cuantificat ca și categorii (sau supracategorii, categoemate, categorii științifice sau speciale etc.). Prin limbaj sunt posibile definiții.
- Limbajul natural conține numeralele și susține posibilitatea limbajului matematic.
- Funcțiile gramatical logice ale limbajului natural sunt prezente în multiple forme de utilizare curentă și în variante circumscrise cultural (ca “discursuri” și “texte”). Pe lângă comunicarea informativă, ce și-ar avea formula standard în comportamentul de transmitere a unui mesaj, se pot menționa: dialogul, relatarea, descrierea, caracterizarea, evaluarea critică, istorisirea, discursul retoric, mitul, basmul, narațiunea fictivă, epepeea, romanul, tragedia, comedia, expunerea didactică, textul științific, poezia, invocarea, rugăciunea, imnul etc.
- Limbajul natural conține toate formele “figurilor de stil” ce sunt folosite în limbajul poetic. Limbajul științific este și el în parte derivat din limbajul natural. Alături de acest limbaj natural, în lumea umană se manifestă și limbajul matematic; precum și alte coduri semiotice de redactare a textelor în plan teoretic (în artă, muzică, diverse științe, filosofii etc.).

### 3. Utilizarea pragmatică individuală

Individul uman își însușește limbajul pe parcursul dezvoltării ontogenetice în mediu interpersonal lingvistic. În creierul său se maturează progresiv o “capacitate modulară” pentru o gramatică universală, care asimilează limbajul utilizat în ambianța lingvistică din jur.

Individul folosește capacitatea sa de a înțelege și exprima limbajul articulat în interacțiunile colaborative cu alții, care au loc în viața cotidiană. El integrează vorbirea cu alte coduri semiotice; și în primul rând cu expresivitatea mimico gestuală. Limbajul natural al vieții cotidiene constă predominant din schimburi de informații, expresii normativ deontice (solicitări, îndemnuri, porunci, sfaturi etc.) și exprimarea de atitudini propoziționale (eu doresc, vreau, promit etc.). Cadrul obișnuit al comportamentului lingvistic este dialogul, prin intermediul căruia se manifestă și relatări, evocări, caracterizări, comentarii, mărturisiri etc. Limbajul vorbit se articulează strâns cu gândirea și are loc totdeauna într-un context situațional dat, fiind ordonat de parametrii acestuia.

În contextul educației și participării la variate practici instituționale, subiectul își însușește limbajul scris și diverse coduri culturale; precum și cunoștințele despre lume a socioculturii în care trăiește. În cadrul diverselor roluri sociale, subiectul utilizează limbajul oficial și specific al acestora, practicând și moduri discursive de exprimare mai mult sau mai puțin oficiale. El asimilează și limbaje științifice și culturale (artistice, mitico-sacrale etc.) pe care le poate utiliza verbal sau în scris. cue subiectul se poate identifica de către subiect a evenimentelor ce le-a trăit și a datelor biografice. Rememorarea biografică poate și reprezentativă; dar aceasta se întretese cu cea lingvistică. În raportarea la sine subiectul poate desfășura un dialog interior autoevaluativ și autoanalitic. Dimensiunea metarepresentativă a psihismului susține și solilocvia.

Formulele standard de comunicare verbală ar putea fi considerate ca fiind transmiterea unui mesaj și redactarea unui text semnificant. Ambele aspecte presupun o capacitate de sinteză, comprehensiune și încadrare într-un context specific. Acest context poate fi înțeles, mai ales în cazul redactărilor discursive scrise, și ca o contextualitate intelect

și-a însușit limbajul narativ critic se exprimă discursiv în diverse ocazii ale vieții sale cotidiene, în mijlocul comunității sale culturale; cu ocazia relatărilor, a invocării unui imn religios sau a unei legende, a formulării unei opinii despre lucruri, a redactării unei scrisori sau a unui eseu etc. La acest nivel discursiv, dezorganizarea ideo verbală se poate exprima în multiple forme, esențială fiind afectarea relației dintre semnificant și semnificație.

Semnificantul concret, fie că e un cuvânt, o expresie scrisă, o imagine iconică sau un simbol, trimite spre o clasă intensională de semnificații generale, abstracte.

În normalitate, în universul exprimărilor lingvistice - al expunerilor și discursurilor efective sau posibile - articulația între semnificantul-concret și semnificația abstract-generală e echilibrată. Ca perturbări dezorganizante în această direcție se pot întâlni:

În dezorganizare se pierde legătura între caracteristicile concrete ale semnificantului și cele generale ale semnificației. Cuvintele, expresiile, imaginile iconice, rămân obiecte concrete, care nu mai trimit niciunde, retrăgându-se în poziția de “obiecte manipulabile”; ca în perspectiva în care, textele și picturile pot fi distruse, arse. Despre limbajul schizofrenilor s-a formulat că, uneori aceștia par să se joace cu cuvintele, să le manipuleze ca pe niște obiecte sau jucării. E pierdută capacitatea de generalizare, abstractizare, analiză, sinteză. Această perturbare a de-semantizării expresiilor din schizofrenie, se poate corela și cu deficitul de semnificare din patologia autistă. Simptomul se poate evidenția prin proba proverbelor și asemănarilor din scala PANSS.

Pe de altă parte abstracțiile, generalizările, pot căpăta 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. Preocuparea, atracția, fascinația 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 conceptual logice, de semnificație intensională (dimensiune care a fost dezvoltată în filosofie prin studierea categoriilor și a adevărilor analitice). În lumea umană însă, semnificațiile sunt totdeauna purtate și oferite de structuri semnificante bine organizate. O manifestare a acestei perturbări de articulare între semnificant și semnificație se întâlnește deja în simptomele de referință ale dispoziției delirante primare, când, subiectul se simte asaltat de o multitudine de semnificații neclare; și/sau resimte că o percepție banală poate fi un mesaj misterios ce i se adresează.

Mare parte din cuvintele și expresiile limbajului uman sunt plurisemice, semnificația lor precisă fiind condiționată de contextul lingvistic situațional; de “jocul lingvistic” în care sunt angajate. În dezorganizarea ideo verbală putem întâlni utilizarea neadecvată semantic a unor cuvinte; fapt ce perturbă coerența de ansamblu a comunicării sau a expunerii. Apoi, d.p.d.v formal, multe cuvinte compuse pot fi divizate, astfel încât fiecare fragment exprimă un nou cuvânt cu propria-i semnificație. Apare uneori la schizofreni un joc de descompunere a cuvintelor și de recompunere a expresiilor din propriile constituente. Se ajunge astfel să se exprime un univers incoerent de semnificații. În acest context pot apare “neologisme”. Adică cuvinte și expresii inventate de către pacient; și care au doar pentru el o semnificație specială. Poate fi vorba uneori chiar de exprimări complexe, de figuri simbolice sau de un nou cod lingvistic, cu care el dublează limbajul natural.

Dezorganizarea vorbirii și gândirii în modalitatea incoerenței nu e sesizabilă deci doar la nivelul limbajului colocvial, ea manifestându-se și în texte și redactări lingvistice elaborate, ca expuneri scrise, artistice sau științifice. Căci e vorba de afectarea instanței intelective a sinelui intențional reflexiv, ce se manifestă prin sinteza gândirii sale, a logosului său creator în plan teoretic. La acest nivel iese în evidență și dezordinea și transgresarea regulilor de bază ale comunicării lingvistice și a redactării opus-urilor. Dezorganizarea lingvistică ce se manifestă într-un eseu

scris de un schizofren, poate prezenta toate simptomele deja menționate inițial: circumstanțialitate, perseverență, stereotipii, supraelaborare, laconism ermetic, deraiere, utilizarea plurisemică neadecvată a expresiilor și semnelor iconice, fragmentarea cuvintelor, neologisme idiosincrazice, relaxarea legăturii între concret și abstract etc. Textul se poate apoi caracteriza prin incorectitudini gramaticale și logice, prin utilizarea concomitentă a mai multor coduri semantice. Dar și 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 etc. În perspectiva dezorganizării se remarcă apoi și alte perturbări. Un eseu care e construit în stilul unui discurs retoric sau a unui text științific, ar trebui să urmeze anumite reguli de succesiune ale argumentației, pentru a conduce, progresiv, la concluzii. Textele literare respectă, și ele, reguli anumite ale ordonării ierarhice a părților, care fac ca semnificația transmisă să poată fi descifrată adecvat și comprehensiv de către lector; chiar și atunci când se mizează mai mult pe caracterul sugestiv și de “câmp” al semnificațiilor. Căci doar astfel narațiunea poate înfățișa și caracteriza personaje, cuprinse în scenarii conflictuale. Toate aceste aspecte sunt perturbate, des-articulate, des-ordonate, în elaborările lingvistice textuale ale celor afectați de dezorganizare ideo verbală. Acest sindrom ne dezvăluie astfel o dimensiune constitutivă semnificativă a psihismului persoanei umane.

În sfârșit, dezorganizarea în plan ideo verbal mai relevă și un alt domeniu problematic, în perspectiva ancorării persoanei în instanța antropologică a culturii. Limbajul, care are o infrastructură logico-categorială, este și mediul care susține, prin intermediul miturilor sacrale și a ritualurilor, accesul subiectului uman spre transcendență; iar prin narativitatea istorică, biografii și caracterizări, un comentariu despre existența umană. În altă direcție, tot în această instanță se

Chenar 96

### Concepte și metafore corelate comentării dezorganizării

Dezorganizarea, termen ce se folosește în prezent pentru expresia de „spaltung” propusă de Bleuler, face parte dintr-un câmp conceptual în aria căruia gravitează noțiuni precum: ordine, sistem, structură, organism; termeni care se cer comentate pe scurt.

Ordinea și ordonarea sunt dimensiuni ontologice și gnoseologice care au în vedere relaționarea entităților lumii; ordinea structurii ierarhice stă la baza sistemului numeric și a elaborării figurilor geometrice. Leibnitz a pus la baza spațio-temporalității ordinea concomitenței și a succesiunii; structurile de ordine fac parte din infrastructura cosmosului, logosului și gândirii; pe lângă ordinea succesiunii și a incluziunii ierarhice, din aceeași arie conceptuală ar face parte problematica implicării, cauzalității argumentării. Clasificarea și sistematizarea se referă la asamblarea ordonată ierarhic într-un tot, a unei mulțimi de entități ce au unele elemente comune, în funcție de anumite criterii. Pe lângă sistematizarea ce se referă la cunoaștere – și care se desfășoară în discursuri ale logosului - se cer avute în vedere și sistemele funcționale, mai ales printre artefactele produse de om. Structura se referă la o construcție delimitată făcută din elemente ordonate într-un întreg bine și coerent articulat; raportul parte/întreg presupune și el o ordine ierarhică; se vorbește uneori de structuri funcționale, pentru a se depăși în acest domeniu o viziune statică. Conceptul de organizare derivă de la organism și organe (instrumente), presupunând intrarea în joc a tuturor conceptelor deja menționate: ordine, sisteme și structuri funcționale, întreg centrat și format din părți funcțional articulate.

Toate conceptele menționate mai sus au în vedere pe de o parte o instanța individuală dată; iar pe de alta, procesualitatea raportării cognitiv active a acesteia la o situație dată. Individualul amintit apare ca o realitate centrată și delimitată cumva, ce are o structură internă, în care părțile constitutive sunt articulate, centrate și interfuncționează armonios. El se raportează la un context accesibil în care interacționează cu entități similare și diferite de sine, învăluit fiind de un mediu comun, sub un orizont. Această abordare poate fi analizată în psihopatologie din perspectiva unei funcții a „coerenței centrale” și a perturbărilor sale.

În viziunea metateoretică menționată mai sus „dezorganizarea” se referă la perturbarea funcționării structurate atât la nivelul polului organizării unui individual, cât și la nivelul raportărilor sale active la un context. Referințele ce se fac în psihopatologie la dezorganizarea psihismului uman sunt comentabile mai ales la nivelul comunicării ideo verbale și a comportamentului. Dezorganizarea cuprinde însă și structura identitară a persoanei și instanța generativității, a productivității ideatice, a gândurilor.

Dezorganizarea psihică este echivalată cu: dezordine, incoerența, destructurare, destrămare, dezlănare, dezarticulare, haos. Alte metafore utilizate sunt:

- O clădire care s-a prăbușit;
- Un sistem orbital gravitațional (de tip planetar sau a atomului) ce a colapsat prin deficitul gravitațional;

O călătorie în care drumetul s-a rătăcit și nu mai găsește drumul spre destinație sau reîntoarcere.

desfășoară elaborarea și dezvoltarea teoriilor științifice. Domeniu care pretinde, pe lângă nivelul cercetărilor experimentale de laborator și pe cel al unei discursivități logico-matematice și a unei fundări categorialaxiomatice, care se desfășoară și se amplifică într-un plan speculativ abstract. Direcție în care s-a dezvoltat și speculația filozofică, ce întemeiază conceptele teoretice de bază ale existenței și cunoașterii. Subiectul individual se articulează cu toate aceste planuri ale lumii sale umane teoretice, la care poate participa prin gândirea sa speculativă, impregnată de limbaj și de logica generativă. Iar în dezorganizarea lingvistico-semantică și ideativ-logică a schizofrenului, dincolo de perturbarea utilizării limbajului în comunicare și în redactarea de texte publice, se evidențiază și anomalii în articularea persoanei cu planul teoretico-cultural; poetic, științific filosofic și transcendent. Fapt care se manifestă la acest nivel prin “detașarea” individului de ambianță; și “plutirea” sa într-o lume a abstracțiilor, înclinată vag spre transcendență. Acest aspect al „detașării abstracte” a subiectului marcat de schizofrenie, diferențiază net această tulburare, de toate celelalte perturbări psihice. La fel cum amestecarea ritualurilor cu aritmetica e specifică obsesionalității.

Înclinația excentrică a subiecților din spectrul schizofren spre abstracții îi orientează spre lecturi neobișnuite, din domeniul preocupărilor oculte; inclusiv de tip filosofic. Preocuparea față de abstracții vede de conținut a schizoizilor e pentru ei și o formulă de izolare socială, de retragere din prezența comunitară a comunicării interpersonale nemijlocite, din participarea la viața cotidiană pragmatică. La debutul schizofreniei unii tineri se arată interesați de științe oculte și exotice, de yoga, de mișcări doctrinare sectare. Uneori subiectul începe să elaboreze singur un sistem interpretativ al lumii; în centrul căruia se plasează, trăind un sentiment de grandiozitate solipsistă. E edificator în acest sens cazul unui pacient comentat de Minkowski care afirma că se preocupa de mai mulți ani intens de elaborarea unui sistem filosofic; dar nu a citit nici o carte în domeniu, ca să nu-și altereze originalitatea gândirii.

Un alt aspect este sugerat de gândirea și vorbirea „metaforică” evidentă și în vorbirea tangențială; la care se adaugă preocuparea față de simboluri idiosincrazice. Faptul trimite uneori spre universul poeziei. Limbajul poetic utilizează de obicei un mod relaxat de discurs. Dar aceasta deoarece, poemul sau poezia are o coerență specială, susținută de un “câmp ideatic 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, a patosului angajării, presupun un context uman cultural și spiritual special, în interiorul căruia poezia de calitate încheagă o coerență specială de semnificații. În afara unui astfel de context afectiv spiritual, limbajul de tip poetic poate fi ciudat, lipsit de sens și conținut referențial, care să-l contextualizeze, articuleze cu universul culturii. În dezorganizarea ideo-verbală se întâlnește tocmai absența aderenței autorului față de un astfel de “câmp spiritual” special, valid d.p.d.v. cultural. Dacă cazul delirantului ar putea fi comparat – metaforic - cu deficitul disfuncțional înspre care alunecă un prozator orientat spre un roman autobiografic bizar, dezorganizarea ideo-verbală ne trimite spre un deficit similar în aria celor orientați spre creația poetică și filosofică.

Dezorganizarea schizofrenă în plan ideo verbal exprimă, deci, deficitul capacității de asertare semnificantă și creatoare a persoanei umane, prin formulări cogitante coerente și semnificante, în mediul și în lumea sa culturală specifică. De care rămâne însă preocupat, predominant reflexiv, filosofico și poetic; dar cu un pronunțat deficit de narativitate coerentă și expresivă, colorată și atractivă. Bleuler a comentat dezorganizarea schizofrenă ca una autistă. Acest autism schizofren bleulerian e unul al unei detașării reflexive globale de ambianța fizico umană cotidiană, concretă. În autismul schizofren se resimte marca unei distorsionării abstracte a logosului cultural, cu plutirea în incoerența unor semnificații vag structurate, în mijlocul unui haos sufletesc greu definibil; ce tinde spre vid mental.



Prin astfel de caracteristici, autistul schizofren se plasează clar în altă poziție antropologică decât cel developmental.

Odată cu dezorganizarea ideo-verbală, psihopatologia ne relevă un important aspect specific al psihismului omenesc.

### **10.3. Consecința dezorganizării ideo verbale asupra autoreprezentării identitare delirante**

Dezorganizarea ideo verbală, care se manifestă în planul vorbirii comunicaționale și în cel al discursivităților redactate (și reprezentate), cuprinde de fapt întreaga structură intelectuală a persoanei care e continuu implicată în fundalul raportărilor sale situațiile problematice date a lumii sale. Situații ce sunt articulate cu propriile proiecte și preocupări aflate în derulare, ansamblul tuturor acestora reliefându-se pe fundalul său identitar biografic; fundal al unei persoane ce e integrată în rețele sociale și într-o lume culturală dată. Ansamblul aspectelor raportării la o situație actuală - sinteza perceptivă, inferențele logice, procesul decizional, motivarea și derularea comportamentului, precum și potențiala relatarea ulterioară a evenimentelor trăite - toate sunt filtrate prin instanța cogitației personale; prin logosul pe care aceasta îl animă. Iar întreg acest ansamblu al psihismului e marcat în schizofrenie prin dezorganizare ideo verbală. Odată cu această afectare dezorganizantă, se cere revenit și la problematica delirului. Care, în zona sa nucleară, presupune o autoreprezentare identitară de sine în plan narativ, ca personaj aparte; ca erou a unui scenariu fictiv aberant, cu care subiectul se identifică. Dezorganizarea ideo verbală, perturbând desfășurarea oricărei gândiri și narativități, afectează implicit autonarativitatea subiectului. Atât în planul relatării către alții a evenimentelor trăite, cât și în planul autoreprezentării de sine; în propria structură a identității mnestică și în plan reprezentativ imaginativ.

În delirurile monotematice sinele este resimțit și reprezentat de către subiect relativ unitar și coerent, dar rigid delimitat. Dispoziția maniacală, cea depresivă și

cea anxios-paranoiacă, distorsionează resimțirea și reprezentarea valorică a sinelui, inclusiv în plan relațional; dar coerența sa se păstrează în mare măsură în multe din aceste cazuri. Atunci când intervine însă transpersonalizarea psihotică a delirului primar - ce mută autoreprezentarea subiectului pe o scenă fictivă, astfel încât el resimte că în jurul său încep să graviteze personaje istorico culturale iar intimitatea agenției e invadată de alteritate -, se petrece un deficit de consistență, delimitare și nuclearitate a eului, a sinelui său axial. Acest proces al deteriorării coerenței identitare poate fi accentuat odată cu dezorganizarea ideo verbală, prin deformarea gândirii și elaborării lingvistice, autonarative, a subiectului. Schema scenariului delirant se fragmentează tot mai mult, fiind indicată doar prin secvențe izolate, slab articulate. Iar dezorganizarea ideo verbală semantică, introduce expresii greu de descifrat. Oricum, autoreprezentarea de sine ca personaj, deși se menține în principiu, e distorsionată. Delirantul dezorganizat tinde să devină, pentru el însuși, o instanță cu o identitate abstractă, prezentă într-un discurs incoerent, într-o lume narativă haotică. Fabulația narativă pierzându-și coerența, temele delirului ajung să vizeze un sine fluid, neincorporat, marcat de caracteristici vagi, uneori simbolice. Corpul propriu, ca pol esențial al identității, e reprezentat – pe fondul depersonalizării specifice - ca ceva ce poate fi penetrat, deformat, devitalizat, redus la abstracții științifice, integrat în câmpuri energetice, electromagnetice și informatice mobile, teleportat etc. Propriul nume poate fi cuprins în formulări și comportamente marcate de dezorganizare (e.g. un pacient cu numele Constantin – fiind poreclit Tică – face mișcări ciudate din mâini afirmând :”eu sunt un ceas, care face tic-tac”). Iar identitatea biografică, se reduce la fragmente lipsite de legătură logică.

#### 10.4. Dezorganizarea comportamentală

În DSM-5, între clasele simptomatice specifice tulburărilor psihotice, e inclusă și dezorganizarea comportamentală, menționându-se la acest capitol și catatonia. Ceea ce se descrie de obicei ca și comportament dezorganizat (în schizofrenie) constă în manifestări bizare, stridente și incomprehensibile pentru simțul comun. Se au în vedere următoarele eventualități (cu exemplificări după Andreasen): - comportamentul e neobișnuit sau fantastic (de exemplu poate urina într-o zaharniță, își pictează cele două jumătăți ale corpului în culori diferite sau omoară purcelași zdrobindu-i de zid); - modul de a se îmbrăca și înfățișarea sunt nefirești. (de ex., își rade capul pe jumătate, poartă haine groase în mijlocul verii etc.) – comportament social și sexual e nepotrivit (ex. se poate masturba în public, defechează în vase necorespunzătoare, cade în genunchi și se roagă sau strigă când e în mijlocul unui grup de oameni, se așează brusc în poziție yoga sau face propuneri sexuale deplasate unor străini); - comportament agresiv și agitat ce apare fără motiv și imprevizibil etc. Alte comportamente anormale se corelează cu polul schizo-, așa cum ar fi inactivitatea, (abulia) pasivitatea, areactivitatea la evenimente și solicitări.

Inventarul (oficial) de mai sus al simptomatologiei comportamentului dezorganizat necesită câteva comentarii. În primul rând, ceea ce e înregistrabil semiologic ca expresivitate și comportament dezorganizat, se cere înțeles ca expresie a afectării motivației, argumentării și justificării sale; procese care se desfășoară de fapt într-un plan al psihismului ce implică, mai mult sau mai puțin explicit, cogitația ideo verbală (e.g. un pacient se urcă pe masă în public și rămâne un timp nemișcat, explicând ulterior ca a vrut să fie „la înălțime” în plan social). Apoi, nu trebuie ignorat că și clasică „dezorganizare ideo verbală” se referă de fapt, și ea, la un comportament, centrat însă pe o intenție comunicațional verbală. În această perspectivă se cere avută în vedere și comunicarea expresivă mimico-

Chenar 97

## Cazuistică

## Psihoze delirante ce includ și dezorganizarea ideo-verbală

Un bărbat de 35 ani dezvoltă în curs de câteva săptămâni (1986) convingerea că cineva îl urmărește și vrea să îi facă rău, idei de otrăvire din partea familiei: ceaiul are un gust neplăcut, spray-urile din casă conțin substanțe toxice; relatează că la biserică sa întâlnit cu bunicul său (care e decedat de mulți ani), comportamentul devine bizar: umblă nebărbierit și îmbrăcat neglijent...noaptea rupe plapuma și scoate o bucată de lână pe care o arată soției spunându-i: “vezi”?..tu nu crezi în Dumnezeu, dar el există, vezi? Mi-a trimis asta!. Desenează două figuri și explică; Figura A constă din 3 stele fundamentale: steaua A reprezintă esența omului, adică: capul sus, organele sexuale jos și lateral membrele; steaua B reprezintă simbolul leucocitelor, adică SUA, iar steaua C, simbolul roșului, a globulelor roșii, adică URSS, se poate trece din C în L prin exsanguinare, transformări biochimice etc.; Figura B întrunește stelele repopulării care cuprinde: prima stea – Wladiow (compozitor American), a doua stea Gorbaciov, a treia stea Pavliov (numele pacientului). La una din recăderi e expansiv, dezinhibat și afirmă: “vorbesc cu Dumnezeu și cu fiica mea moartă, vocile îmi spun ce să fac, peste noi vin unde magnetice care mă dirijează, pot vindeca oamenii doar vorbind cu ei, toți suntem supravegheați de la distanță, mi se citesc gândurile dar și eu le pot citi pe ale altora.

O femeie de 28 ani, căsătorită, 1 copil, debutează în scurt timp (1991) în perioada unor evenimente sociale deosebite – când, după ce a băut o cafea simte brusc o „ruptură interioară în regiunea ficatului” și o stare de pericol nedefinit. Din când în când afirmă că are „vedenii” simțind și văzând „imaginea unui cerc de metal de 1 cm, de culoare galbenă strălucitoare, care era în jurul capului ei și care ar fi ieșit din propriul corp”. Asociază această viziune cu un mesaj venit din partea primilor creștini”, care au încercat să descifreze conținutul codificat al Bibliei și care au ajuns la concluzia că Biblia înseamnă „bi-două”, „bile-bile”, deci fiecare om are două bile deși ar trebui să aibă una singură. A simțit în organism și mișcări ca cele ale unei cozi de șarpe, acel șarpe care i-a ispitit pe Adam și Eva; când mânca un măr această senzație dispărea, astfel încât a pus și acest fenomen în legătură cu mesajul biblic, cu codul ce trebuie descifrat din Biblie. La un moment dat afirmă că a auzit o voce care-i spune: „mai privește o dată” și atunci și-a „văzut propriul schelet, care era negru, format din oase arse...a băut lapte, a simțit miros de os ars și scheletul a devenit alb”. Aceste viziuni de hip halucinator durează câteva secunde. Altă dată, afirmă că a văzut o sarcină gemelară cu trei copii, care mișcau spre dreapta când asculta muzică simfonică și spre stânga când asculta muzică populară. Relatează iluzii de schemă corporală: capul devine uneori pătrat, alteori mai lung, a avut un al treilea ochi în frunte care-i permitea să vadă în interiorul propriei persoane

La internări ulterioare relatează: inserția și furtul gândirii, halucinații auditive, afirmă că bunica ei „face vrăji”, are senzația că „i s-au introdus sârme în venă”....”studentele trebuie să ia concepționale și nu anticoncepționale pentru a nu uita la examen.

gestuală, care este un aspect bazal al relațiilor comportamentale interpersonal sociale.

În contextul sindromului dezorganizat privit în ansamblul său, se poate înregistra: amimie, manifestare emoțională inadecvată situațional, grimase și gesturi bizare, nejustificate, de neînțeles sau lipsite de obiectiv. De obicei pacientul nu oferă explicații pentru astfel de manifestări expresive corporale.

În contextul dezorganizării comportamentale mai pot fi comentate două manifestări care se corelează cu schizo - ; readucând în discuție cele două linii pe care le parcurge depersonalizarea psihotică. Dintre acestea, una tranzitează dedublarea psihopatologică de tip dissociativ – ce e orientată spre dependența de alteritate - referindu-se la sindromul cataton. Iar cealaltă, parcurge dedublarea hiperreflexivă a patologiei obsesiv compulsive, articulându-se cu simptomatologia ambivalenței. În ambele, coerența identitară a persoanei apare afectată.

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 adăuga, eventual, și o formă simplă (pauci-simptomatică). Opțiunea corespundea demersului inițial al lui Kraepelin care a reunit în noua supracategorie nosologică a “demenței precoce”, tulburări psihice deja descrise clinic înaintea sa, precum: 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. Iar forma simplă a fost comentată de Bleuler, care opta pentru variante de schizofrenie marginale, subclinice sau chiar latente.

Schizofrenia hebefrenă a fost considerată pe parcursul sec. XX o formă clinică a schizofreniei cu debut precoce și cu predominanța simptomatologiei dezorganizante. Comportamentul era descris ca pueril, pe un fond dispozițional superficial, instabil, uneori pseudo-euforic. Se considera că sunt frecvente manierisme, poze, grimase, chicoteli, râs sau surâs autosatisfăcut, euforie

superficială netransmisibilă. Dar și izolare, autocontemplare îndelungată în oglindă. Ideatic delirantă e fragmentară și inconsistentă, uneori fiind de supraevaluare; dar și hipocondriacă sau paranoidă. Totuși, delirul halucinator nu era un sindrom considerat major sau specific variantei schizo-hebefrene. Descrierile clasice sugerează o mixtură a dezorganizării hebefrene cu perturbări dispoziționale de tip hipomaniacal și depresiv. Mai erau menționate preocupări abstracte, vorbire ilogică, absurdă, aluzivă, stereotipă. Evolutiv se instalează destul de rapid simptome negative apato abulice. Tradițional, în multe cazuri schizofrenia hebefrenă se combina cu episoade catatoniforme, sugerând o formă clinică hebefreno catatonă; fapt ce atrage atenția asupra corelației dintre sd. cataton și cel dezorganizant.

Chenar 98

#### **Sindromul cataton**

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. Pacientul e indiferent și nereactiv la stimulii ambientali, cu mutism. Dar această poziționare atitudinală poate alterna cu ecolalia, ecomimia și ecopraxia (adică imitarea în oglindă a vorbirii, mimicii sau mișcărilor persoanei din fața sa). Manifestările mimetice sunt în prezent explicabile prin hiperactivarea “neuronilor oglindă”.; fapt care indică în mod evident o pasivitate, o dependență sumisivă față de un altul, dominator. Relaționarea interpersonală comportamentală oscilează între opozitivitate negativistă (se opune comenzilor și încercărilor de mobilizare), flexibilitate ceroasă (păstrează poziția imprimată corpului chiar dacă e incomodă), și dependentă sugestionabilă completă. Se mai pot constata: - păstrarea îndelungată a unei posturi aparte, chiar împotriva gravitației; - stări de nemișcare cataleptică (inducerea pasivă a posturii, ce se menține împotriva gravitației); stări de agitație în spațiu delimitat, cu mișcări repetitive stereotipe; - manifestări teatrale, afectate, „manieriste” sau caricaturale ale acțiunilor normale și grimase.

Forma clinică catatonă a schizofreniei se centra pe sindromul cataton; la care se adaugă și simptome dezorganizante și eventual delirante halucinator paranoide.

Catatonia e un sindrom psihomotor în care poate alterna o inhibiție de model stuporos cu o stare de agitație stereotipă, în spațiu autodelimitat (Chenar 98). Pacientul e relativ detașat de ambianță; totuși, poate răspunde, paradoxal, la stimuli sau la comenzi din partea altora; uneori poate prezenta sugestionabilitate crescută, fenomene mimetice de „ecou psihic”, opozitivitate sau menținerea posturii imprimare, cu hipertonie. Catatonia e în prezent descrisă ca un sindrom distinct, ce se manifestă în diverse contexte clinice, psihiatrice sau organice. Ea se întâlnește în afară de schizofrenie în psihozele acute, în patologia depresivă și bipolară, în infecțiile generale și cerebrale, intoxicații, stări dismetabolice, tumori cerebrale etc. În descrierile clasice ale sd. cataton se întâlnesc, 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 preajmă. Reacții paradoxale la stimuli minori. Tabloul clinic al sindromul cataton se intersectează apoi destul de mult cu cel al depresiei inhibitate, stuporoase, ce se poate însoți de negativism; dar în depresie lipsesc fenomenele de ecou psihic sau sugestionabilitatea crescută. Alte asemănări importante pot fi găsite cu unele manifestări majore ale tradiționalei histerii, din perioada ei de glorie clinică; și care, în prezent se pot manifesta în unele stări disociative. Astfel ar fi unele posturi patetice, manifestările comportamental expresive afectate, manierismele cu sugestionabilitate crescută, imobilitatea stuporoasă. Această multiplicitate a contextelor de manifestare clinică sugerează un model comportamental arhaic, profund înscris în structura psihismului.

Un aspect ce merită o atenție și un comentariu aparte, este relația sd. cataton cu stuporul reactiv. Inhibiția psihică de model stuporos ce apare în condițiile unei grave amenințări vitale a individului, constând din imobilitate motorie cu reducerea reactivității față de ambianță, poate fi considerată până la un punct o condiție adaptativă. Ea este similară cu un fenomen bine cunoscut din biologie, numit „reflexul de mimare a morții” (*Totstetreflex*). Acest comportament e o strategie de

apărare instinctivă destul de frecvent utilizată de indivizii mai multor specii, ce se află la diverse nivele pe scara evoluției biologice, pentru a se sustrage agresivității predatorilor. (O corelație se poate face chiar cu fenomenul mimetismului din biologie). Tot în biologie se întâlnește însă și un comportament într-un fel opus: imobilizarea victimei de către predator, prin fascinație; iar odată imobilizată, această e apoi devorată. (Fenomenul fascinației stă și la baza hipnozei umane, a cărei relații cu patologia disociativă a fost intens comentată pe vremea lui Charcot). Revenind la patologia disociativă, manifestările psihomotorii specifice acesteia indică o dedublare psihică, cu dependență față de alteritate; precum și sensibilitatea la evenimente negative, inclusiv în varianta depozitării acestora în fondul mnestic. Se poate reaminti la acest nivel al comentariului, preocuparea lui Janet - reluată în ultimele decenii – privitoare la psihozele disociative; în care un sector al eului mnestic, marcat de psihotraume, se detașează ( se „disociază”) la un moment dat de ansamblul persoanei; și trece în prim plan, condiționând un comportament neadecvat. Această perspectivă a unei persoane fragmentate, ne orientează în direcția unui sine insuficient de coerent. Dar nu se suprapune cu persoana dezorganizată, preeminent în plan ideo verbal, insuficient de coerentă a schizofrenului.

Tradiția clinicii psihiatrice din sec. XX sugerează că, modalitatea de reactivitate de tip cataton – adaptativă prin detașarea subiectului reflexiv de ambianță - poate fi nu doar activată de variate condiții maladive generale; ci și integrată de patologii psihice diverse, închizând-o pe cea dezorganizantă. Care, în cazul schizofreniei, ajunge să realizeze dificil sinteza psihică necesară adaptării la situațiile prezente; psihismul său putând fi în plus marcat de anxietatea majoră indusă de tematica agresivă a unui delir paranoid manipulator. Faptul că sindromul cataton nu e prin el însăși specific dezorganizării schizofrene, rezultă și din reducerea manifestării sale din tabloul clinic al schizofreniei din ultimele decenii.



Ambivalența. Bleuler considera ambivalența ca unul din principalele simptome specifice schizofreniei, alături de autism, deficitul asociației de idei (=dezorganizare) și anafectivitate. Ambivalența – care în prezent și-ar avea locul predominant în grupajul semiologic schizo -, se corelează însă strâns cu indecizia obsesională; și cu modelul împrăștiat și nefinalizant de comportament al obsesivilor psihasteni. Bleuler privea ambivalența și din perspectivă afectivă, conducând la inversiune atitudinală față de părinți. Precum și ca tendință de a aborda realitatea mereu prin poli opuși; fapt ce exclude posibilitatea unei poziționări ferme a psihismului în raport cu problematica situațională. Minkowski a dezvoltat această temă prin ideea „simetrizării gândirii”, a geometrizării sale abstracte; privată de elanul vital și de echilibrul subtil al acțiunii creatoare; astfel de cazuri apar ca intermediare între obsesionalitate și dezorganizarea ideocomportamentală. Stereotipia gândirii și comportamentului reprezintă în cele din urmă, și ele, o repetitivitate a unei simetrii de translație. În perspectiva psihopatologiei comportamentale, la pacienții schizo-psihasteni se adaugă o continuă tendință spre analiza ruminativă a eventualităților motivaționale contrarii; astfel încât demararea acțiunii se blochează între posibilități opuse, bătând pasul pe loc. Ambivalența stă și la baza ambitendenței : subiectul începe un proiect, apoi îl părăsește pentru o variantă opusă, revenind ulterior la prima variantă; și continuă mult timp să oscileze astfel. Într-o altă direcție, ambivalența se poate dezvolta în planul rumațiilor ideative abstracte privitoare la întrebări care nu au soluție clară (e.g. există viața după moarte? etc.). Fixat pe astfel de preocupări, subiectul nu e doar inactiv ci și steril mental. În eventuală corelație cu ambivalența din schizo-obsesionalitatea malignă, se pot manifesta ritualurile și ceremonialurile; ultimele putând ajunge - în contextul dezorganizării - la manierisme și stereotipii de tip cataton. În ansamblul manifestărilor sale clinice, ambivalența care ne orientează spre schizo-obsesionalitate, ridică problema unui deficit structural și de sinteză a nucleului identitar al persoanei, la nivelul agenției autonome a sinelui.

Apropierea între dezorganizare și obsesionalitate pe care o sugerează indecizia ambivalentă, poate fi extinsă. Astfel, pierderea direcției limbajului comunicațional din dezorganizarea ideo-verbală, poate fi comparată cu perturbarea derulării comportamentului realizator la persoanele obsesiv psihastene grave. La acestea întâlnim repetate elaborări de planuri alternative de acțiune; care au însă o implementare dificilă, mult timp fiind acordat preparativelor (planuri, organizări, schițe). Verificările sunt exagerate, cu frecvente întreruperi și reluări, ocolișuri și reveniri ezitante, progresie lentă spre obiectiv, uneori deraiere sau renunțare. Dacă pentru perturbarea comunicării ideo verbale „schizotipia” poate exemplifica tranziția dintre formele grave de dezorganizare schizofrenă psihotică și normalitate, același lucru s-ar putea spune despre obsesionalitatea psihastenă gravă, în ceea ce privește relaxarea dezorganizantă a comportamentului.

Comentând în paralel ambivalența și catatonie, se poate remarca și faptul că, prima se corelează predominant cu autocontrolul analitic reflexiv, specific patologiei obsesionale; iar a doua, mai ales cu reactivitatea față de stresori și de o relaționare autoritară, caracteristică stărilor disociative. Atât psihopatologia obsesională a îndoielii cât și cea reactiv histerică disociativă, susțin fiecare câte o dedublare specifică a persoanei; o relaxare a coerenței sale identitare. Dar nici-una din acestea nu sunt, în esența lor, psihotice. În ele, subminarea coerenței proceselor psihice în desfășurare nu atinge forma dezorganizării de tip ideo verbal care afectează nucleul cogitant al sinelui. Cât privește perspectiva identitară, intră în joc acum o variantă aparte a depersonalizării; pe care Bleuler a intuit-o, atunci când a pus în joc conceptul psihopatologic de autism.

### **10.5 Dezorganizarea persoanei și problematica autismului.**

Psihopatologia dezorganizării, care în prezent e comentată semiologic în plan ideo verbal și comportamental, a fost introdusă de fapt în psihopatologie de Bleuler cu sensul afectării globale a structurii psihismului. În același sens a fost ea

înțeleasă și de către Jaspers, care punea la baza psihopatologiei psihotice (schizofrene) afectarea coerenței eului conștient al persoanei („*Ichstörung*”), în perspectiva delimitării și centrării unității și agenției sale identitare, trans-situațional biografic. Eu-conștient, care stă la baza atât a situațiilor trăite actual, cât și a existenței biografice și a propriei lumi umane a subiectului. În acest sens, dezorganizarea ideo-verbală trimite spre alterarea toposului de „generare cogitantă” a însăși ideației psihismului, bazată pe limbajul narativ critic, în toate aspectele sale: comunicante, comentative, autoanalitice, speculative și sintetic creatoare. Iar dezorganizarea comportamentală, vizează distorsiunea agenției sinelui. Adică, a motivației și argumentării – bazată tot pe logos – a raportărilor comportamentale cu sens ale subiectului la situațiile actuale; trăite în mijlocul intersubiectivității rețelelor sociale și a lumii culturale. Altfel spus și rezumativ, afectarea dezorganizantă a psihismului vizează deficitul disfuncțional al sinelui identitar biografic, coerența sa centrală de fond, subminând autogenerativitatea sa sintetică și intenționalitatea sa reflexivă ce susțin proiectarea sa în situații și în lume. Iar acest deficit desorganizant de generare și sinteză asertivă, de relaționare și de creație, conduce spre o simptomatologie global deficitară, de tip depersonalizant particular; pe care Bleuler a intuit-o atunci când a lansat sintagma „dezorganizării autiste” a psihismului schizofren.

Bleuler a introdus conceptul de *autism* pentru a indica condiția pe care o ating unii psihotici schizofreni, care ajung să se replieze asupra unei lumi interioare „dereiste”, dezorganizați fiind în limbaj, ideație și comportament, uneori deliranți; și care astfel nu mai pot comunica efectiv cu cei din jur, cu lumea lor umană. În plus, aceștia erau receptați de cei din jur ca fiind străni, inaccesibili comunicării și comuniunii. Pacienții marcați de depersonalizarea clasică (standard) descrisă de Krishaber și Dubois, resimțeau și ei subiectiv, odată cu sentimentul pierderii identității și aderenței față de sine și alții, plasarea lor în afara lumii comunitare. Dar ei nu erau și receptați ca atare, putând comunica de fapt firesc cu ceilalți. Pe

când autiștii lui Bleuler apăreau ca efectiv existând într-o lume paralelă în raport cu cea comunitară, într-un univers bizar, uneori delirant, parcă manipulați de o alteritate fictivă; fără a mai putea comunica efectiv, ideatic lingvistic, expresiv și prin atașament, acordare sau rezonare empatic afectivă, cu ceilalți oameni. Și nici aceștia cu ei.

Ideea de a putea fi „închis într-o lume proprie” e una intuitivă, nefiind dificil de receptat de simțul comun al vieții cotidiene. O trimitere în acest sens întâlnim încă din antichitate la unul dintre primii filosofi, la Heraclit din Efes, care compara condiția celor ce se retrag din lumea comunitară comună - *koinos kosmos* - într-o lume proprie - *idion kosmos* -, cu cea în care se află omul în vis. Idee ce a fost reluată de psihopatologi încă din sec. XIX; tema fiind teoretizată apoi în sec. XX de către psihopatologi fenomenologi precum Binswanger sau Kraus, ce i-au urmat pe Husserl și Heidegger - filosofi ce au comentat conceptul de „lume umană” și dimensiunea „faptului-de-a-fi-în-lume” a persoanei. Ideea de bază era aceea că, schizofrenii își desfășoară existență efectiv într-o lume (umană) proprie, distinctă și nearticulată cu cea comunitară „ca după un clopot de sticlă”, chiar și dacă nu erau angrenați într-un delir. Așa era și cazul schizoizilor cu preocupări bizare, pseudo-filosofice comentați de Minkowski, marcați inclusiv de ”comportamente autiste”; etichetă sub care autorul comenta conduita unor persoane care își propun obiective bizare, nefirești pentru simțul comun, derivate dintr-o gândire distorsionată, ce interpretează limbajul în manieră ideosicrazică.

Trimiterea la autismul schizofren a pierdut treptat din teren, deoarece el nu a putut fi definit operațional suficient de clar. La un moment dat s-a propus chiar ca, identificarea condiției schizo-autiste să se facă printr-un diagnostic relațional intuitiv (“*precoxgefühl*.”); căci, conceptul de autism a trimis încă de la început și spre deficitul de comunicare interpersonală comprehensivă, rezonantă și intimă. Tema autismului a recăpătat însă interes în a doua jumătate a sec.XX, prin descrierea și studierea unui deficit psihic developmental, ce se distingea de

obișnuita deficiență intelectuală (=oligofrenie), prin ciudățenia lipsei de interes pentru alți oameni; și, chiar pentru figura umană în general. La aceștia s-a constatat absența zâmbetului și necooperarea cu cei din jur; simptome însoțite de mișcări stereotipe, intoleranță la schimbare, preocupări constructivist mecanice și particularități de reactivitate senzorială. Astfel de manifestări autiste, ce exprimă dezvoltarea necorespunzătoare a unor funcții psihice specific umane, mai ales relaționale, devin de obicei evidente până la 3 ani. Dar s-au descris și cazuri la care simptomele se exprimă pregnant doar înainte de pubertate sau mai târziu (Sindromul Asperger). Interesul crescut față de această patologie developmentală a condus la conturarea unui „spectru autist”(Chenar 99).

Chenar 99

### **Spectrul autist** Criterii din DSM-5

A. Un deficit persistent în comunicarea și interacțiunea socială în multiple contexte care se manifestă prin următoarele (în prezent sau pe baza istoriei):

1. Deficit în reciprocitatea emoționabilității sociale, de ex. abordări sociale anormale și eșuarea conversației reciproce, o redusă împărtășire a intereselor, emoțiilor și afectului; eșecul inițierii sau răspunsului la interacțiune;
2. Deficit în comportamentul comunicațional nonverbal; de ex. comunicarea verbală și nonverbală e slab integrată; anormalitatea în contactul ocular și limbajul corporal sau deficit în a înțelege și utiliza gesturile; până la completa lipsă a comunicării nonverbale sau expresiei faciale.
3. Deficit în a dezvolta, menține și înțelege relațiile; de la dificultăți în a ajusta comportamentul la variate contexte sociale la dificultăți în a împărtăși jocuri imaginative sau de a-și face prieteni sau lipsa interesului de a avea persoane apropiate.

B. Modele de comportament, interese și activități restrictive, repetitive ce se manifestă prin cel puțin două din următoarele:

1. Stereotipie sau repetitivitate a modelelor de comportament, utilizare a obiectelor sau a vorbirii (e.g. simple stereotipii motorii, a lovi ușor obiectele, ecolalie, fraze ideosincrazice);
2. Insistență pe neschimbare, aderență inflexibilă la rutină sau modele ritualizate de comportament verbal sau nonverbal, dificultăți cu tranziția, modele de gândire rigide, ritualuri de salutare, nevoia de a urma același drum sau a folosi aceeași mâncare în fiecare zi;
3. Interese restrânse, fixe, anormale ca intensitate și obiectiv (e.g. preocupare crescută cu obiecte neobișnuite; interese excesiv de circumscrise sau perseverative);
4. Hiper sau hiporeactivitate la contactul senzorial sau interese neobișnuite în aspectele senzoriale ale ambianței (e.g. aparenta indiferență la durere/temperatură, răspuns adversiv la anumite sunete sau texturi, excesiva mirosire sau atingere a obiectelor, fascinație vizuale cu lumină sau cu mișcări).

C. Simptomele trebuie să fie prezente în perioada dezvoltării timpurii (dar pot începe să fie manifeste când solicitarea depășește cap

Cazuistica spectrului autist a fost un domeniu fertil pentru studii neurocognitive, conducând la importante observații asupra psihogenezei ontogenetice. Una din observațiile importante, plasată în continuitatea studiilor configuraționiste, a fost descrierea la autiști a deficitului „funcției coderentei centrale perceptive”: atenția perceptivă a autiștilor se fixează pe detalii, neputând configura întreguri ce se detașează pe un fundal ( de ex. fața mamei). În consecință nu se poate constitui imaginea persoanei de atașament; fapt ce grevează și dezvoltarea cogniției sociale. Lăsând pentru moment la o parte problematica acestei cogniții și a „creerului social” ce îi stă la bază, , se poate menționa că pe măsură ce studiile asupra autismului developmental s-au extins, în spectrul autist au fost incluse - pe lângă persoanele ce prezentau diverse grade de deficit intelectual - și persoane cu o destul de bună dezvoltare a inteligenței și chiar a limbajului. Subiecți care se puteau integra parțial în funcționarea socială, în urma unei psihopedagogii speciale și a susținerii comunitare. Performanța lor poate fi chiar bună, în domenii care nu presupuneau relații sociale importante și schimbări informative neprevăzute. Un portret robot al acestei cazuistici s-ar caracteriza prin:

Comportamentul rigid desfășurat după un algoritm fixat de la început, nereorganizat pe parcurs în funcție de informațiile contextuale; subiectul, dacă ține cont de împrejurări, trebuie să facă eforturi pentru a reveni la direcția fixată inițial; e perseverent și greu influențabil; preocupările sunt predominant teoretice, de ordin general, deseori privind sistematizarea unui domeniu de cunoaștere. Poate fi interesat de activități constructive, dar e apragmatic în viața curentă. Colaborarea cu alții e foarte dificilă sau imposibilă, în dialog sau acțiune. 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.

Relaționarea cu alții e redusă, lipsită de spontaneitate și intimitate; nu se poate plasa în punctul de vedere al celuilalt. 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.

Tabloul astfel conturat amintește în mare măsură de clasicul model al personalității obsesive anancaste descris de psihopatologii germani ca o variantă a TPOC; în care indecizia funciară a obsesivului de tip psihasten e hipercompensată prin rigiditate. Cercetări sistematice din ultimi ani au demonstrat de altfel că tulburarea obsesiv compulsivă este una din cele mai frecvente comorbidități ale autismului developmetal. Pe de altă parte, interesul pentru spectrul autist lărgit, cuprinzând rudele apropiate ale autiștilor, a identificat și prezența între acestea a multor persoane cu comportament în limite normale; și relativ integrate în comunitate. Dar care prezintă „răceala afectivă”, atitudine distantă față de alții, preocupări tehnico-matematice, tendință spre o existență cu minime relaționări sociale. Trăsăturile menționate sugerează și o apropiere 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.

Circumscrierea întregii problematice a autismului developmental s-a realizat inițial în cadrul programelor de studii neurocognitiviste a psihismului uman. Ulterior acestea s-au deschis spre colaborări cu perspectiva neopsihanalică și neofenomenologică. Fapt ce a replasat în centrul preocupărilor tema sinelui, a identității personale și a agenției autonome autocontrolate, în contextul

relaționărilor actuale, intrapsihice și biografice cu alții. Precum și pe cea a existenței persoanei într-o „lume umană”. Aria psihopatologică a autismului a început și ea să fie abordată dintr-o perspectivă dezvoltamentală complexă, care nu ignoră rolul limbajului cultural, al intersubiectivității și autoanalizei. Privind astfel problema, diferența dintre subiecții ce se includ în spectrul autismului dezvoltamental – inclusiv cei cu performanțe înalte – și schizoizi, nu se mai poate pune doar în termeni observațional comportamentali. Nu se poate ignora problematica introspecționist reflexivă și tendința schizoizilor spre abstracții culturale; direcție ce e mediată de limbajul cultural, pe care autiștii dezvoltamentali nu ajung să și-l însușească decât marginal. Chiar dacă problema delirului e scoasă din discuție, se menține cea a autoreprezentării de sine. Iar preocupările în această direcție a schizoizilor și schizotipalilor, ce și-au însușit relativ normal limbajul articulat dezvoltându-și gândirea reflexivă și accesul la universul cultural, se pune altfel. Adică diferit decât în cazul referinței doar la deficiența structurii funcționale neurocognitive a „coerenței centrale”, ce se cantonează la nivelul funcțiilor perceptivă și executive; chiar dacă există multe similitudini cu autiștii dezvoltamentali și cei cu patologie OC. Căci la schizoizi disfuncția se manifestă cu predilecție la polul intelectual lingvistic, narativ critic și speculativ al sinelui.

Problematica autismului corelată patologiei de tip schizofren, nu se mai poate menține la trimiterile vagi intuite de Bleuler. Ea este abordabilă în prezent în cadrul unui ansamblu grupaj de tulburări psihotice care au fost etichetate ca „deficitare”, plasându-se pe coordonatele psihopatologiei depersonalizante.



## Anexa Cap. 10

### **Psihopatologia dezorganizantă ca expresie particulară a perturbării funcției coerenței centrale.**

Sindromul dezorganizant ce a fost introdus de Bleuler pentru caracterizarea schizofreniei, s-a impus de la început ca intuitiv, prin sugerarea fragmentării unui întreg în părți ce nu se mai articulează și nu mai cooperează; ca în cazul necooperării organelor unui corp sau a segmentelor unui instrument. Combinarea dezorganizării cu delirul paranoid sugera apoi că, deficitul schizofren se petrece în aria axei centrale a identității relaționale a persoanei; fapt care, împreună cu incoerența ideo verbală, trimite evident spre specificul uman al psihismului. În aceeași direcție pleda corelarea - comentată de Jaspers - a delirului schizofren primar cu o depersonalizare specială, care reorganizează deficitar modul subiectului de a-fi-în-lume. Tulburările dezorganizant depersonalizante au fost etichetate de către școala psihopatologică germană ca “formale”. K.Schneider a sugerat că și tb. obsesiv compulsive ar putea primi aceeași etichetă. Apoi, pe parcursul sec. XX, unii psihopatologi au comentat tulburările psihotice depersonalizant dezorganizante din perspectiva psihologiei formei – *Gestaltpsichologie*; orientare ce ar putea fi reactivată, după ce cognitivismul a preluat și a reformulat moștenirea acestei doctrine prin modelul perturbării “funcției coerenței centrale (perceptive)” la autiștii dezvoltamentali. Tulburarea acestora de a recepta întregurile perceptive, cu fixarea pe detalii ne semnificative, se regăsește sub o altă variantă în perturbarea “funcțiilor executive”, pe care cognitivismul le plasează la baza elaborării și executării unei acțiuni cu scop. Înainte de a urmări această axă dezorganizantă a deficitului psihopatologic - ce include autismul, patologia obsesională și schizofrenia - se cere o scurtă privire asupra tradiției psihologiei configuraționiste.

Psihologia formei e o direcție doctrinară ce s-a dezvoltat pe parcursul sec. XX, cu trimitere mai ales la studierea percepției. Ea abordează funcționarea cognitivă a psihismului, prin decuparea perceptivă din oferta informațională a ambianței a unor întreguri structurate. Acestea se cereau a fi bine delimitate și semnificante, componentele lor și fundalul accesibil fiind sesizate doar implicit; și acordându-li-se doar o atenție secundară. Doctrina configuraționistă se baza pe experimente de laborator riguroase; integrând și o perspectivă dinamică, exemplificată prin perceperea unei melodii. Dezorganizarea psihică exprima intuitiv destul de pregnant această doctrină, prin relaxarea ordonării ierarhice a părților într-un întreg bine structurat; și manifestarea lor incoerentă, împreună cu elemente izolate ale contextului. Psihologia formei a atras apoi atenția asupra unor aspecte precum ar fi: - importanța decupajului și filtrului atențional, susținut de intenționalitate,

preocupări și așteptări; - importanța pentru percepția actuală a cunoștințelor prealabile, a memoriei, imaginației, experiențelor proprii; - rolul contextului și problematica recontextualizărilor etc.

Spre sfârșitul sec XX psihologia formeii s-a conjugat cu cercetările neopsihanalitice, neofenomenologice și cognitiviste, dezvoltând noi perspective. Astfel, fenomenologia a relevat (prin Husserl, Merleau-Ponty) importanța pentru percepțiile și cogitațiile situaționale a autopercepției preconștiente constante a propriului corp, în care sinele intențional și reflexiv se înrădăcează. Precum și condiția particulară a percepției altei persoane, a cărei subiectivitate conștientă e receptată prin mijlocirea corporalității acesteia; fapt ce ar conduce la o “intersubiectivitate intercorporeală”. Cercetările neopsihanalitice și ale psihologiei interpersonale developmentale, au relevat apoi problematica familiarității perceptiv cu persoanele de îngrijire, ce sunt diferențiate de străini; și introjectate în propriul psihism, putând fi apoi reprezentate cu valențe protectoare (conceptul de “internal working model” a lui Bowlby). Cercetările privitoare la atașament și la funcțiile cognitive ale variațiilor relaționării perceptiv reprezentative cu îngrijitorii din primii ani de viață, au condus la identificarea unui “creier social” și a funcției mentalizării. Psihologia neuro-cognitivă a studiat apoi “funcțiile executive” ce susțin elaborarea și executarea acțiunilor cu scop, prin implicarea propriului corp și prelucrarea continuă a informațiilor inverse. În sfârșit, în cadrul unei sinteze cognitivist fenomenologice s-a evidențiat faptul că, procesul cognitiv perceptiv este și unul activ, implicând întreg psihismul într-un proces de continuă investigare. La cele de mai sus s-a adăugat dezvoltarea la cumpăna dintre sec. XX și XXI, a unor domenii metodologice metateoretice în direcția prelucrării informației, în cadrul inteligențelor artificiale, teoria generală a sistemelor, comentarea structurilor funcționale, teoria acțiunii, psihologia organizațională etc.

Unul din modelele interpretative utile pentru psihopatologie a fost sugerat de reluare perspectivei configuraționiste odată cu deja menționata “funcție a coerenței centrale perceptiv”. Studiile experimentale au evidențiat la autiștii developmentali dificultăți în perceperea unei figuri coerente și semnificante – e.g. fața mamei - atenția acestora fiind captată de detalii ne semnificative; în plus, ei realizau cu mare dificultate recontextualizarea, fiind deosebit de reticenți la schimbările spațiale din ambianță. Acest model deficitar de percepție poate fi avut în vedere d.p.d.v. formal și în cazul altor contexte psihopatologice, așa cum ar fi “percepția reliefată” (salience); în care, atenția subiectului e atrasă de detalii decontextualizate care capătă pentru el o semnificație deosebită. Odată cu acest simptom ne plasăm însă în alt registru psihopatologic, cel al distorsiunii de semnificare pe care-l întâlnim în procesualitatea delirantă; în care, subiectul se resimte transpus, ca personaj, într-un scenariu fictiv aberant. Perturbarea afectează în acest caz o persoană cu o identitate biografică deja definită, la care funcția autoreprezentării de sine se perturbă; făcând-o să cadă din inserția sa între parametrii vieții cotidiene. Filtrul atențional perceptiv își reduce și el capacitățile de structurare a informațiilor receptate, unele

din acestea impunându-se aberant; în articulație cu noile convingeri ce-l atașează de noua sa lume delirantă. În acest sens pot fi interpretate și trăirile senzitiv relaționale – sentimentul subiectului că alții îl privesc în mod deosebit - ; fapt ce rezultă dintr-o desimplicare a raportărilor perceptivă curente la alți oameni. O disfuncție de sinteză perceptivă și mai marcată se întâlnește în simptomele de referință, în care detalii perceptivă banale sunt resimțite ca putătoare de mesaje misterioase. Prin comparație cu disfuncția coerenței centrale perceptivă din autism, în toate aceste cazuri de tulburări formale, sinteza perceptivă distorsionată se referă la un univers de semnificații bogat.

Alături de psihopatologia percepției, tulburarea formală a coerenței centrale poate fi comentată și în direcția perturbării comportamentului cu scop, susținut de funcțiile executive. În acest caz se relaxează ordonarea secvențelor temporare, programate a se derula succesiv în vederea atingerii obiectivului. O evidentă problematizare a acțiunii cu scop se manifestă la tulburarea de personalitate obsesiv compulsivă-psihastenă. Subiectul se decide dificil, face multe planuri alternative și se pregătește meticulos pentru acțiune; execuția e în permanență verificată, se încearcă mereu noi variante, iar progresul spre final e dificil. Acest model se aplică tuturor manifestărilor cu scop, incluzând rezolvarea de probleme, proiectele, preocupările, relaționările, comportamentele comunicaționale. Se poate astfel vorbi de o “relaxare a câmpului acțiunii”, considerând că între decizia ce proiectează un act și finalul împlinirii sale se instituie tensiunea unui “câmp” ( așa cum sugera metaforic deja Janet). Comparația cu coerența centrală perceptivă are în vedere considerarea ansamblului acțiunii ca o configurație, ca un întreg format din părțile reprezentate de etapele de parcurs, care se assemblează prin realizare.

În patologia obsesiv compulsivă se întâlnește însă și o problematizare a ordinii spațiale ambientale, simptomatologie care articulează această patologie de cea a autismului. Subiectul tinde uneori spre ordonarea simetrică a obiectelor din ambianța proximală într-o poziție anume, ce se cere menținută. Această stare se poate conjuga cu simptomul - de tip depersonalizant - al vulnerabilității limitelor corporale față de agenți nocivi invizibili; trăire însoțită de ablutomanie, protecție și curățire continuă. O altă direcție în care patologia obsesiv compulsivă se intersectează cu problematica coerenței centrale în sensul autismului, este tendința spre colecționare. Care acum e însoțită și de sistematizarea colecțiilor; considerate ca o dimensionare a existenței proprii persoane prin posesii, adunate în spațiul proximal.

Sindromul dezorganizant din schizofrenie se plasează pe aceleași coordonate ale relaxării și pierderii coerenței centrale a structurilor funcționale constitutive ale psihismului. Doar ca el se derulează în alte sectoare ale acestuia, vizând în primă instanță uzul limbajului, ce articulează persoana ce cogitează reflexiv de lumea teoreticului cultural. Iar apoi, schizofrenia afectează coerența identitar biografică a subiectului, centrată de sinele său intențional reflexiv, autogenerator și sintetizator;

care-l deschide spre zonele transcendentale ale spiritualității comunitar culturale.

Subiectul ce desfășoară un act comunicativ, poate fi deficitar acum în ducerea până la capăt a mesajului pe care intenționa să-l transmită. Dar perturbarea afectează și nivelul logico gramatical și semantic al vorbirii; precum și inserția sa în instanța teoreticului. Astfel încât mesajul devine incoherent și inefficient chiar dacă e scris. Nu se mai poate derula corect nici nararea unui eveniment trăit către altul (alții); și nici autonarativitatea, prin care acesta ar urma să fie depozitat în memorie, ca și cărămidă a identității sale biografice. Dificilă devine și înțelegerea mesajelor transmise de către ceilalți, perceperea și comunicarea cu alții. Dincolo de eventuala suspiciune paranoidă, poate interveni deficiența de configurare a întregului personalistic a celuilalt – a alterității umane – după model autist; deci, deschiderea spre contact și comunicare intimă cu altul. Căci dezorganizarea vizează acum și structura de ansamblu a propriei persoane, incluzând disponibilitățile sale de deschidere spre situații și spre alter-ego. Centrarea și delimitarea de sine, consistența și coerența conținutului biografic, reprezentarea în sine a altora de care subiectul e atașat - adică dimensionarea sa prin atașamentul dual cu altul - și alte aspecte ale structurii personalistice, toate se subțiază, devenind deficitare. Și astfel, dezorganizarea susține și un proces de alterare formală a edificiului personalistic; ca și cum un virus subtil ar fi erodat structura de rezistență a acestuia.

Jaspers evalua că psihoza schizofrenă afectează structura eului conștient în centrarea, delimitarea și organizarea sa identitară diacronă – Ichstorung -. Procesul dezorganizant se intrică astfel cu unul depersonalizant. Care nu doar preschimbe delirant autoreprezentarea de sine într-un personaj, ci îi anulează conținutul și identitatea, anonimizând-ul.

## CAPITOLUL 11

### PSIHOPATOLOGIA DEFICITARĂ

#### ASTENIE, ABULIE, ALOGIE, ANHEDONIE (APATIE), ASOCIABILITATE; DEPERSONALIZAREA ANONIMIZANTĂ

**11.1. Simptomele deficitare, psihozele și nevrozele (bolile de nervi).** În ultima ediție a Manualului DSM-5 patologia psihotică e indicată prin prezența a cinci grupaje sindromatice, dintre care ultimul se referă la „simptome negative”; care, ar fi mai specifice schizofreniei deficitare. Sunt indicate: reducerea expresiei emoționale; avoliția; alogia; anhedonia; asociabilitatea. Abordarea rămâne una comportamentalistă și centrată de pe deficitul facultăților – intelective, volitive, afective; la care se adaugă sociabilitatea. Starea deficitar psihotică astfel identificată se însoțește de pierderea capacității de “testare a realității”.

Dezorganizarea ideo verbală se articulează cu alogia deficitară, care pare a fi un rezultat al ei. Iar cea comportamentală, cu avoliția (abulia); ce se corelează însă și cu ambivalența și rumițiile obsesive sau cu sugestionabilitatea disociativă. Întreg acest grupaj al simptomelor psihotice negative nu amintește însă nimic despre depersonalizare – care, în varianta ei standard, disociativă, e centrată de o simptomatologie negativă; trăită însă doar subiectiv. Si nici despre “autism”, care era principalul aspect deficitar în schizofrenia lui Bleuler. Autismul e plasat în DSM-5 doar în clasa tulburărilor neurodevelopmentale. Perspectiva prezentată în manualul american merită comentată printr-una paralelă.

Sindroamele psihopatologice deficitare indicate prin privativul “a” - astenie, anhedonie, avoliție, autism - au fost descrise, la fel ca multe altele, la cumpăna dintre sec.XIX și XX. Dar numai o parte din acestea au ajuns să se plaseze în zona psihotică, majoritatea manifestându-se în aria „nevrozelor”.

Când la sfârșitul sec.XVIII-ea Cullen (1770) introduce sintagma „nevroze;or” - a“bolilor de nervi” -, se aveau în vedere tulburări în condiționarea cărora era

incriminată afectarea sistemul nervos central, a „neuronilor” constitutivi ai acestuia. Dintre acestea, unele prezentau leziuni cerebrale ce au ajuns să fie identificabile, precum era “paralizia generala progresivă sifilitică” sau „scleroza multiplă”. La altele însă, nu se identifica astfel de leziuni, ca de exemplu în epilepsie, histerie, hipocondrie, coree, delirium tremens. Aceste “boli de nervi funcționale”, deși au rămas în zona de interes a psihiatriei, erau abordate distinct față de patologia mentală clasică, centrată pe melancolie, manie, frenezie, dementia. Adică, față de acele tulburări ale psihismului, ale minții sau spiritului (“Geistkranken” în germană) în care oamenii se manifestă aberant, își pierdeau rațiunea, mintea (“deraison”, în franceză, “dementia” în formulare latină); astfel încât ieșeau din modelul firesc de gândire și comportament, ajungând să fie internați în clinici (azile) de boli mentale. Pentru comentarea lor au și fost introduse în sec.XIX termeni precum „psihoza”și “paranoia” – ce înseamnă “gândire greșită, alătura” ; sau cei de halucinați și „delir” – ultimul cu semnificația de “ieșire din drum”, deraiere. Nebunii propriu ziși, se înstrăinau deci de alții, deveneau “alienați mentali”; de ei ocupându-se “medicii alieniști” din azile. Bolile de nervi, cele ale “oamenilor nervoși”, care sufereau de ”nervozitate”, erau plasate alături de acestea, într-o poziție paralelă.

În sec. XIX, pe lângă azilele de alienați mentali, au luat ființă în Europa și SUA și multe cabinete particulare ale specialiștilor orientați în direcția bolilor psihice și de nervi. Medicii care le deserveau, în mijlocul comunității, preferau eticheta de “doctori de nervi” (Nervenarzt), celei de „alienist” (doctor de boli mentale), care părea mai stigmatizantă. O exemplificare a acestei diferențe rezultă și din episodul în care Prof.A.Forel din Zürich (de la Clinica Bürgholzi) a fost solicitat să consulte la Veneția în 1891 pe Regina Elisabeta a României (soția Regelui Carol I, cunoscută și sub pseudonimul literar de Carmen Silva). Concluzia lui Morel a fost: “Regina nu e în prezent bolnavă mental, ea are doar probleme nervoase, fiind suprasolicitată de spiritualism”.

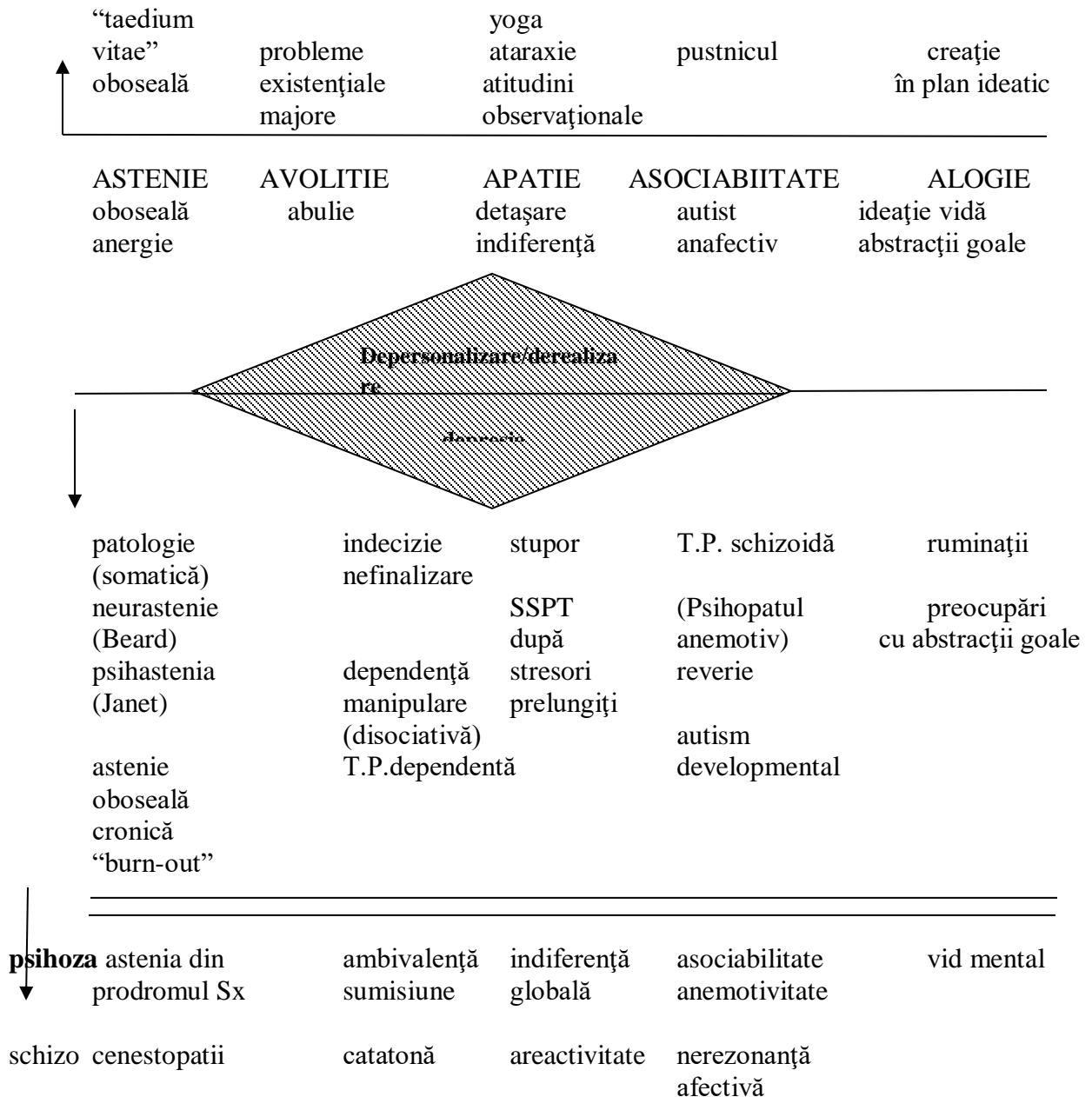
Vom comenta în continuare câteva din ariile sindromatice deficitare, într-un sens ceva mai larg decât decupajul psihotic semnalat în DSM-5, semnalând prezența acestora și în cadrul tradiționalelor „nevroze”. Și de asemenea neignorând, în paralel cu prezența acestei simptomatologii în marginea și în interiorul „orbitei psihotiforme”, nici manifestarea unor echivalente a lor în normalitatea socio culturală. Perspectiva din care se face acest comentariu este cea care înțelege simptomatologia deficitară din psihoză ca referindu-se la o depersonalizare apato-abulică, anonimizantă.

**11.2.Astenia.** Termenul de astenie derivă de la o veche expresie grecească ce semnifică o stare de boală, în sens de slăbiciune; dar el nu a fost utilizat în antichitate și în Europa de după Renaștere pentru comentarea vreunei stări psihopatologice. Chiar mai recent, în sec.XIX, inițial s-au dezvoltat cercetări fiziologice cu privire la iritabilitatea și epuizabilitatea la suprasolicitări a mușchilor animalelor; înainte de a se comenta sentimentul de oboseală „astenică” al oamenilor. Deoarece astenia, ca trăire a unei oboseli resimțite și reale, se întâlnește des în simptomatologia unor diverse suferințe organice și infecțioase anergizante biologice, s-a analizat doar mai târziu faptul că “sentimentul oboselii” – ca “lasitudine” – poate fi corelat și cu factori motivaționali. În psihopatologie, astenia s-a afirmat în cadrul “nevrozelor”, unde era plasată în sec XIX și histeria.

În acest context, astenia se impune în psihiatrie în sec.XIX ca „neurastenie”. Expresia și conceptul acesteia îi aparține medicului G.Beard din SUA, care era specializat în electroterapie, tratând cu curent electric diverse afecțiuni. Cartea sa **Neurastenia, or Nervous Exhuasion** a fost tradusă imediat în franceză și germană, tema neurasteniei răspândindu-se fulgerător pe cele două continente, ca o epidemie. Beard considera că a delimitat o nouă boală de nervi, care are la bază epuizarea sistemului nervos, ce “devine desfosforizat”; în consecință, acesta trebuind să fie reîncărcat energetic, cu curent electric. Simptomele neurasteniei

Chenar 100

### Simptomatologia deficitară în psihopatologie în general și în psihoze (schizofrenie)



#### Depersonalizare devitalizantă și anonimizantă din schizo\_

= sentimentul pierderii: centralității și a limitelor ce despart subiectul de alții și lume, a apartenenței la sine a propriilor trăiri; subiectul se simte “ne-prezent” la situație, fragil, vulnerabil, gol, vid, inexistent, un « nimeni »



erau și ele predominant corporale, constând din: oboseală (sentiment de epuizare corporală și psihică) iritabilitate, cefalee “în cască”, durere pe axul coloanei coloanei vertebrale, tulburări de tranzit intestinal, dispepsie, cene-stopatii migratorii, mialgii, dificultăți de concentrare ale atenției, nerăbdare, irascibilitate, manifestări disvegetozice, hiperreflexie etc. Se puteau adăuga însă și trăiri anxio-fobice și ușor depresive.

Beard considera că neurastenia era o boală specifică americanilor, datorată mediului aparte de viață al acestora, cu solicitări intense, concurență acerbă, stress și efort mental continuu; iar uneori concurenții ajungeau la bani mulți, lux și excese prin consum de substanțe psihoactive și sex. Toate aceste comportamente conduceau la epuizare. Beard era de părere că, dintre americani, cei mai predispuși la neurastenie erau cei ce se lansau în afaceri, ducând o viață de risc major. El credea că boala nu ar afecta clasa muncitoare, prea ocupată de eforturi fizice brute; în mod expres erau excluși negrii. Pe lângă tratamentul electric susținut de Beard, s-au mai propus cure balneare, de refacere energetică, persuasiune, etc.

Răspândirea diagnosticului de neurastenie în Europa a condus la unele schimbări de optică și la confruntarea cu nosologia vremii. Mai ales englezii, care erau cuprinși în acea vreme în revoluția industrială, au extins diagnosticul de neurastenie și la clasa muncitoare; și în primul rând la cei care lucrau la nou înființatele căi ferate. Charcot a acceptat diagnosticul de neurastenie alături de cel de histerie, pentru unele manifestări de model psihosomatic (în direcția simptomatologiei predominant cene-stopate, colecționată în histerie de Briquet la mijlocul sec.XIX). Freud a diferențiat în raport cu neurastenia (și histeria) încă o nevroză, predominant anxio-fobică; și a sugerat că trăirile astenice, ce exprimă un sentiment de epuizare, s-ar putea datora excesului sexual. Explozia conceptului de neurastenie a stimulat în epocă și crearea conceptului de “psihastenie” de către Janet. Psihopatologia era tot mai dispusă acum, în a doua jumătate a sec. XIX, să utilizeze în noua disciplină medicală a psihiatriei, termenul de „psihism”; fapt

ilustrat și de introducerea expresiei de "psihoză". Dat fiind însă că neurastenia lui Beard cuprindea puține simptome psihice, Janet a introdus în conceptul său de psih-astenie, alături de oboseală și anxietatea, fobiile, obsesiile, compulsiile, indecizia, ambivalența; precum și mai nou descrisa depersonalizare. Care, tocmai a ajuns să încoroneze tabloul clinic al acestei boli prin "relaxarea simțului realului". Modelul comportamentalist al psihasteniei lui Janet pune accent pe o "tensiune psihică" care susține proiectul de acțiune aspirativ și sintetizator al persoanei. "Funcția realului" s-ar plasa după autorul francez în vârful unei ierarhii psihice, concepută în tradiția evoluționismului jacksonian. Astfel încât, simptomatologia ce se manifestă clinic e considerată că se „desimplică” din funcții comportamentale normale și adaptative, odată cu scăderea tensiunii psihice și pierderea simțului realului. Oricum, astenia psihastenă a lui Janet are o largă semnificație de pierdere a capacității psihice de sinteză. Concepția psihasteniei s-a menținut un timp, mai ales în jurul patologiei obsesiv compulsive; ajungând chiar să denumească una din variantele tulburării de personalitate obsesională.

După Primul Război Mondial voga neurasteniei a scăzut mult, fără a dispărea.(Chenar...). Conceptul de astenie psihică s-a încetățenit chiar printre tipurile caracteriale, comentate în descrierea personalităților psihopate ale lui Schneider.

Problematica asteniei, care a marcat deci istoria nevrozelor, s-a insinuat în ultimul timp, însă, și în marginea patologiei psihotice. Și aceasta, mai ales odată cu studierea atentă de către cognitivism a procesului de prelucrare a informațiilor. În ultimele decenii psihologia și psihopatologia a beneficiat tot mai mult de cercetările care au în vedere prelucrarea informației după modelul inteligențelor artificiale. Astfel s-a stabilit că omul, la fel ca alte ființe cu sistem nervos central dezvoltat, obține informații din diverse medii, prin operaționalitatea unei atenții selective; care, sortează deja la nivel periferic informațiile importante pentru obiectivul intențional, diferențiindu-le de cele neimportante. Dacă acest filtru

Chenar 101

### **Avataruri ale neurasteniei în sec.XX.**

După mijlocul sec.XX în URSS – și țările din blocul communist –tema neurasteniei s-a reactivat sub patronajul concepției “nevriste”, a perturbării “activității nervoase superioare”, din concepția lui I.P.Pavlov. Nevrozele și psihozele căpătau sub această ideologie, o interpretare ce se calchia pe dinamica excitației și inhibiției pe cortexul cerebral. Dintre nevroze neurastenia se plasa la loc de cinste, deoarece prezenta cele mai puține simptome subiective, greu de interpretat în acest model. Așa s-au petrecut lucrurile și în România acelor vremi, când Institutul de Neurologie al Academiei a declanșat un studiu și a publicat o carte privitoare la nevroza astenică; carte ce a devenit pilonul diagnosticelor de nevroză. Erau acceptate și forme clinice “cu elemente” anxios fobice, obsesive, depresive etc. Explicația științifică aducea în prim plan din nou argumentația lui Beard privitoare la suprasolicitare. Doar că acum, populația vizată era în primul rând clasa muncitoare din țările socialiste, suprasolicitată de efortul de a construi o nouă societate. De remarcat faptul că, totuși, în această atmosferă s-au dezvoltat unele interpretări mai nuanțate, privitor de ex. la faptul că un rol patogenetic îl are mai ales munca neplăcută, fără satisfacții; și că, un anumit rol îl poate juca și perfecționismul caracterial, ce induce o auto-suprasolicitare epuizantă. Odată cu prăbușirea sistemului politic sovietic, acest nou val al neurasteniei s-a stins și el.

O altă reactualizare a problematicii asteniei s-a produs odată cu luarea în considerare a realei epuizări ce se poate realiza atunci când un om e supus, într-o perioadă delimitată de timp, unei solicitări psiho-fizice mult crescute. Se avea acum în vedere atât efortul fizic cât și cel intelectual, tensiunea psihică, atenția, creativitatea, responsabilitate etc. O astfel de epuizare, denumită “burn-out”, era chiar previzibilă în unele domenii, în perioade extrem de solicitante. Se poate vorbi, desigur, de o reacție comprehensibilă anormală de epuizare, similară cu cea depresivă (din doliu) sau cea anxioasă, de după un stres cu pronunțată amenințare vitală. În cazurile de burn-out se cere ținut seama, pe lângă constituția subiectului, de nivelul său de pregătire, acomodare, informare asupra situației ce-l așteaptă, de dotarea sa corespunzătoare solicitărilor evenimentului expectat etc.

O fațetă mereu prezentă a asteniei se intersectează cu acea dimensiune a ei, care însoțește bolile corporale în general. Unele din acestea, mai ales cele infecțioase, virozele de exemplu, pot fi extrem de astenizante. Uneori, în prezența unei oboseli prelungite, se poate presupune o condiționare infecțioasă (sau general corporală) pe baza unor indici, chiar dacă nu se poate formula un diagnostic etiologic exact. Oricum psihopatologia actuală acceptă diagnosticul de “oboseală cronică”.

În sfârșit, actuala perspectivă planetară a existenței oamenilor, solicită dialogul dintre culturi; precum și o atenție sporită față de istoria cultural științifică a omenirii. Astfel, medicina antichității occidentale a fost d.p.d.v. doctrinar predominant umoralistă. În alte culturi însă, mai ales în cele orientale, au predominat doctrine energetice. Așa e de ex. medicina chineză. Dar și în Europa, chiar relativ recent, a fost funcțională, în paralel cu doctrina etiopatogenică organică și terapia centrată pe medicamente sintetice, și o medicină homeopatică, bazată tot pe o viziune energetică. Ori, în cadrul acestor concepții, astenia, datorată deficienței de energie, mai precis “anergie”, joacă un rol deosebit. Dacă ne referim strict la domeniul psihopatologiei, interpretarea depresiei de ex., e în medicina chineză tratată și în prezent predominant în termeni de minus energetic și nu de distorsiune a unei dispoziții afective,

atențional periferic nu funcționează adecvat, suntem bombardați de multe informații inutile, de „zgomote” perturbatoare, astenizante. Și trebuie să facem un efort special pentru a selecta activ informațiile noi, utile; efort ce ne epuizează și el. Astfel s-ar explica astenia din fazele inițiale ale schizofreniei.

Simptomul asteniei, în sensul oboselii predominant resimțită subiectiv, se plasează la periferia autopercepției de sine a persoanei ca agent intențional și activ, ce se proiectează în lume. Ea este congruentă cu deficitul de intenționalitate și angajare în situații, proiecte și preocupări a psihoticului marcat de simptomatologia deficitară.

**11.3. Avoliția (abulia)** se referă, în traducere directă, la lipsa de voință. Deci, la un deficit al dinamismului motivațional, de generare și de implementare a comportamentelor cu scop. Motivația acțiunilor umane e pluricondiționată, ea integrând nivelul bazal psihobiologic în planurile superioare ale unui determinism și argumentări interpersonal sociale, teoretic culturale a unor aspirații spirituale. Specificul intențional al psihismului uman conștient se suprapune astfel peste pulsunile biologice transmise ereditar, integrând și modelele comportamentale reglate normativ valoric, în acțiuni cu sens. Desfășurarea comportamentală presupune apoi o decizie și un proiect, ce se cere implementat perseverent până la final; integrând reflexiv multiple arii informaționale, practicând constante verificări și, la nevoie, reorientări de strategie. Comportamentul realizant presupune o

colaborare multifățetată cu alții și o ulterioară argumentare și justificare, prin care subiectul și-l asumă, pentru sine și pentru ceilalți. Înțeles astfel, întreg procesul volițional comportamental presupune multiple nivele ierarhice de sinteză psihică.

Avoliția se poate întâlni în variate tulburări psihice, predominante fiind cele ce se desfășoară pe axa ce se întinde de la stările asteno depresive la cele obsesiv compulsive, în direcția schizofreniei desorganizant deficitare și catatone. Avoliția psihotică deficitară cumulează simptome ce se manifestă și în cele două zone aparte ale desorganizării comportamentale deja menționate: ambivalența și catatonie.

O linie simptomatologică a avoliției psihotice se referă la individul ce acționează izolat, marcat de nesiguranță, ambivalență și îndoială de tip obsesional. Se pot menționa:- Lipsa de interes, de motivație și dorință de a iniția acțiuni de orice fel. - Rumiții interminabile privitoare la variate eventualități de acțiune, fără ca subiectul să se poată decide pentru un proiect concret;- Luarea unei decizii și întocmirea unor planuri de acțiune, dar cu imposibilitatea de demarare (lipsește funcția pe care germanii o numesc “antriebe”);- Indecizia, ambivalența și ambitendența. Acțiunea e începută dar e însoțită de permanente verificări și părăsită în diverse faze ale sale; eventual se încearcă și o variantă contrarie, care este și ea oprită. Apoi, totul se repetă, comportamentul efectiv dezvoltându-se mai mult sau mai puțin. Ambitendența se plasează pe direcția dezorganizării psihastenice a comportamentului, orientată spre schizofrenie;- Lipsa perseverenței; acțiunea începută e oprită frecvent. Sau, e derivată spre o acțiune colaterală, uneori pierzându-se în direcții secundare.

Avoliția propriuzis psihotică se manifestă prin inactivitate. Au fost totuși menționate variantele marcate de indecizia ambivalentă de tip obsesional pentru a menține corelația cu marginile orbitei psihotiforme. Tot în această zonă s-ar plasa comportamentul redus a celor cu tb. de personalitate schizoidă, marcați pe de o

parte de dezinteres și indiferență socio-programatică, pe de altă parte de stângăcie și apragmatism în acțiuni.

O altă linie simptomatologică a avoliției psihotice are în vedere comportamentele ce pretind interacțiuni cu altul. Acestea se întind de la tb. de personalitate din Clusterul C – în mod special cea dependentă - la patologia disociativă; în direcția schizofeniei, predominant catatonă. Inventarul simptomatologic se referă la: - Completa dependență de altul; și aceasta, nu doar în perspectiva acțiunii propriu zise ci și a opiniilor, intențiilor, preferințelor; și, desigur, a obiectivelor; e cazul tulburărilor de personalitate dependentă. - Nevoia de a fi îndemnat și sprijinit în inițierea și derularea actelor, mai ales pentru situații mai problematice; unele persoane abulice sau anxioase, cu marcată “lasitudine” sau conduită evitantă, pot fi totuși mobilizate de alții, prin persuasiune și atitudine suportiv protectivă.

- Sugestionabilitate crescută, influențarea de către alții a deciziilor și acțiunilor, prin imitare sau sugerare; sugestia hipnotică și posthipnotică sunt cazuri extreme; - fenomenele de “ecou psihic” – motor, mimic, lingvistic -, care pot apare în catatonie sau în Sindromul Tourette, prin intervenția “neuronilor oglindă”.- Implicarea ambivalentă, în sensul solicitării altora de a participa la decizii și acte personale; dar cu importante oscilații, desolidarizări, opoziții față de celălalt.- Opozitivitatea marcată față de sugestia sau solicitarea altora, inclusiv față de intenția de mobilizare.

O parte din aceste simptome se manifestă în sindromul cataton, în cadrul unei întrețeseri dintre psihopatologia deficitară și cea dezorganizantă comportamental.

**11.4. Alogia.** In DSM-5 și în actualul limbaj semiologic se menționează printre simptomele deficitar psihotice și cele din grupajul „alogiei”. Tendința comportamentalistă a actualei semiologii face să fie invocată la acest nivel în

primul rând vorbirea redusă: lipsă de spontaneitate, reducerea fluxului conversațional, vorbirea eliptic-telegrafică, cu încetinirea răspunsurilor etc. Totuși se menționează și faptul că procesele de gândire sunt resimțite ca și goale, încetinite sau lipsite de substanță, cu dificultăți de abstractizare și predominanța unei gândiri concrete. Fluxul ideativ apare sărac, parazitat de gânduri intruzive și mentism, de blocaj și gol mental. Uneori exprimarea e de tip „telegrafic”, prin cuvinte izolate, lipsite de context comprehensiv. Reducerea conținutului gândirii se exprimă și prin faptul că pacientul nu reușește să transmită mesaje semnificative nici dacă folosește multe cuvinte. Se manifestă deficiențe ale atenției spontane sau la probe de concentrare, volum și persistență.

Aspectul strict deficitar al proceselor cognitiv intelective e însă de obicei dificil de diferențiat de cel desorganizant; care și el se referă la desemantizare, la perturbarea bunei corelații între semnificant și semnificație. Astfel încât, subiectul ajunge pe deoparte să opereze cu cuvinte golite de înțeles; iar pe de altă parte să se preocupe excesiv de semnificații abstracte, detașate de context. Desorganizarea, ca proces psihopatologic general, afectează desigur și fondul mnestic–biografic și de cunoștințe generale al persoanei; precum și procesualitatea de ofertă informativă din partea acestuia către persoana angajată în situațiile vieții cotidiene, prin intermediul cursului ideativ. Iar la acest nivel, se cer avute în vedere și dificultățile în rezolvarea de probleme teoretice, inclusiv abstracte. S-ar putea reaminti acum și simptomul rumației ambivalente pe teme ideatice abstracte. Oricum, chiar în varianta deficitară a alogiei, patologia psihotic schizofrenă întâlnește și cazuri ce rămân interesate de abstracției decontextualizate.

Alogia, pe lângă sărăcirea conținutului ideatic, se referă și la reducerea dimensiunii intenționale a gândirii, care evaluează situația subiectului în lume, în raport cu înțelesurile acesteia. Pulsația ideatice cogitative se cere integrată în procesul general de raportare intențională a subiectului la situații. În acest sens

alogia se corelează cu avoliția și cu apatia, ca deficit al intenționalității sinelui cogitant. Dar, cu menținerea reflexivității.

**11.5. Anhedonia și apatia (nerezonarea indiferentă).** Psihismul persoanei umane e, în esența sa, unul în mod spontan proactiv, integrând pulsionile biopsihologice transmise ereditar cu intenționalitatea reflexivă a persoanei conștiente; care, e ancorată în intersubiectivitate, și plasată sub normativitatea deontică socio valorică și a aspirațiilor spirituale. În acest sens s-a vorbit despre „elan vital” și spiritual. Totuși, în egală măsură, motivația comportamentală rezultă și în urma unor solicitărilor, reactiv față de semnificația unor provocări externe și la apelurile altora; în cadrul participării subiectului sale la rezolvarea unor situații problematice actuale. Adică, în urma afectării sale rezonante față de ceea ce se petrece actualmente în lumea sa umană, față de situațiile și evenimentele în care este implicat, la care participă. Această reactivitate presupune, desigur, un atașament bazal față de o lume comprehensibilă; o adeziune de fond acordată și rezonantă față de situațiile date și față de alții. Aspect ce a fost etichetat relativ recent ca „sentiment existențial”. Un deficit resimțit subiectiv al acestei adeziuni îl întâlnim în sd. dep/der.st., plasat actualmente în clasa tb. disociative; dar fără ca subiectul să se desimplice efectiv din situațiile curente. Un nivel scăzut al reactivității față de evenimentele solicitante poate fi prezent și constituțional, ca stil temperamental caracterial; așa cum era circumscris temperamentul flegmatic în tipologia antichității. Prin opoziție, alte persoane sunt constituțional hipersensibile, reacționând în mod constant exagerat la evenimente și solicitări. În această direcție a implicării subiectului în situații, în evenimente ce se desfășoară în jurul său, s-au descris însă și modalități deficitare care se întind până în aria psihotică a schizofreniei deficitare.

Ribot a folosit la sfârșitul sec.XIX-lea termenul de *anhedonie* pentru a indica reducerea capacității subiectului de a experimenta plăcerea, de a se bucura;



manifestând lipsă de interes, de preocupare și reactivitate redusă față de ambianță. N. Andreasen a introdus anhedonia în scala sa de evaluare a schizofreniei negative (în 1983); dar, cu accent pe areactivitatea și indiferența interpersonal socială. Totuși, incapacitatea globală de a se bucura, de a avea plăceri, satisfacții circumstanțiale, de a fi atras de situațiile din lumea înconjurătoare, poate fi până la un punct distinsă de relaționarea interpersonal socială, care are o serie de specificități; și care, în aria schizofreniei a fost comentată mai ales în tradiția autismului. Ea se întâlnește apoi și în depresie. Privitor la anhedonia depresivă, e vorba nu doar de faptul că “în prezent” subiectul nu poate resimți plăcerea; ci și de anticiparea faptului că aceasta nu va putea fi resimțită nici în viitor, el fiind lipsit de speranță. Anhedonia depresivă se subsumează deci unei distorsiuni a temporalității trăite, care proiectează pacientul într-un trecut vinovat, blocându-i accesul la viitor și la prezent. Situația e diferită de cea din schizofrenia indiferentă, unde respectiva distorsiune temporală nu se petrece. De aceea, pe la mijlocul sec.XX, psihiatrii francezi Dide și Guiraud au încercat să introducă o altă expresie pentru a caracteriza dezinteresul global, lipsa plăcerii, a propensiunii spre lume și a capacității de a se bucura din schizofrenie, propunând termenul de “*atimhormie*”. Expresia urma să semnifice, pe de o parte lipsa de afectivitate – “*a-timie*”; iar pe de altă parte, absența propensiunii active spre lume, exprimată prin particula “*hormie*”.

Termenul de *atimhormie* nu s-a impus. În plus, nerezonanța globală la situații și plăceri, indiferența față de însăși faptul de „a fi în situații”, a fost cu timpul tot mai mult diferențiată de nuanțele deficitului de relaționare interpersonală de tip autist. S-a folosit în acest sens, pentru etichetarea deficitului de interes, aderență, rezonanță și reactivitate globală pe care o trăiește schizofrenul, - și parțial schizoidul - expresia de “*apatie*” (“*pathein*” însemna în greaca veche a suferi, a fi afectat; de unde expresiile prezente în limbile europene de: pacient, paciență – răbdare - , *pathetism* etc.). Apatia înseamnă, în prima instanță, indiferență areactivă globală. Anticipând, am putea considera că apatia psihopatologică din schizofrenie

se înscrie într-un sd.deficitar apato-abulic (și autist) specific, ca expresie a unei depersonalizări anonimizante, ce rezultă din dezorganizarea ce destramă global psihismul identitar. Subiectul ajunge să fie lipsit de însăși nuclearitatea agenției sale autonome ce-l proiectează spre ancorări active în lume; printr-o afectare însăși axului identității sale reflexive, ca persoană conștientă delimitată, consistentă și coerentă.

Schizofrenul deficitar apato abulic se resimte pe sine nu doar ca lipsit de identitate – ca în sd.dep/der.st. – ci ca fiind efectiv vid, fără centru, contur și conținut; fără dorințe, intenții, gânduri, lipsit de orice atașament și intenționalitate față de ceva din lume, față de altul, față de alții. Pe scurt, ca fiind gol și neconturat, nerezonând la nimic. Uneori, printr-o reflexivitatea lucidă relativ păstrată, el conștientizează chinuit această decădere a condiției sale. Dar variantele autoanalitice și lucide de schizo - nu sunt frecvente, deoarece procesul dezorganizant destramă progresiv și raționamentul critic al pacientului.

O indiferență apatică se întâlnește, sub o formă moderată, și la personalitățile schizoide, ce sunt indiferente față de alții, lume și sine. Subiecții nu sunt interesați de părerea altora despre sine; sau de condiția lor de persoane izolate, marginale, orientate spre preocupări abstracte, misterioase. Apato abulia schizoido-schizofrenă, înțeleasă ca indiferență areactivă, condiționată la limită de un major deficit psihotic, are însă și replici în variante antropologice normale extrem de elaborate; prin care persoana câștigă un control și o detașare față de rezonarea la evenimentele lumii, considerate în genere ca tulburătoare și cauzatoare de suferință.

În cultura Greciei clasice condiția indiferenței afective era avută în vedere nu atât ca o eventualitate deficitară, negativă; ci, mai ales ca o țintă de atins printr-un suprem efort de autocontrol filosofico moral, prin care se ajungea la “*ataraxie*”. Ataraxia reprezintă o stare de detașare de lume realizată prin efortul de gândire și moral al filosofului (stoic, sceptic), care, pe baza unei complexe și coerente

concepții despre lume și privitoare la destinul omului; depășește metodic contingenta mizeriilor existenței cotidiene. El ajunge astfel, treptat, la înțelepciunea indiferenței. E vorba aici de o variantă filosofică grecească a atitudinii de extragere din ciclul suferințelor mundane, spre care tindeau și vechii indieni, prin yoga și budism. Astfel de stări spirituale superioare se plasează însă la alt nivel decât deficitul apato abulic din schizofrenia depersonalizantă.

Indiferența ataraxică ar putea fi înțeleasă ca o stare dispozițională aflată la limită. Ca un cadru de „indiferență superioară”, din care s-ar putea deriva, prin coborâre, alte stări dispoziționale, pe măsură ce subiectul se angajează progresiv, mai mult sau mai puțin controlat, situațiile lumii. Așa era ipostaziată și poziționarea “geniului romantic” pe care o comentează Eminescu în Luceafărul și în Glossa. Sociabilitatea (gregară) și implicarea în evenimente cotidiene s-ar plasa, în raport cu înălțimile ataraxiei, la un nivel antropologic spiritual inferior; alături de emotivitatea și pasiunile vieții curente, de toate zilele.

**11.6. Asociabilitatea anafetivă și indiferența anemotivă în relaționările interpersonale; de la tulburările de personalitate la izolarea autistă.** Astenia, abulia, alogia, anhedonia și apatia, sunt complexe simptomatice care se constituie, în principal, pe axul funcțiilor realizatoare; a proiectelor de acțiune susținute de motivație și de funcțiile executive. Psihismul persoanei se organizează însă și pe direcția relaționărilor interpersonal sociale; a căror deficit psihotic era indicat tradițional, prin conceptul de autism. Bleuler a introdus acest termen pentru a indica condiția pe care o ating unii schizofreni care ajung să se replieze reflexiv asupra unei lumi interioare „dereiste”, dezorganizate și uneori delirante; fără a mai fi interesați de.. și a putea comunica efectiv cu.. alte persoane; și cu ceea ce se petrec jur. În plus, ei erau receptați de ceilalți ca bizari, stranii, inaccesibili comunicării și comuniunii. Autismul bleulerian a fost ulterior neglijat în comentarea schizofreniei. Dar el a fost reformulat spre sfârșitul sec. XX în

perspectivă developmetală, cu accent pe nedeveloparea competențelor de comunicare interpersonală. Acest autism a fost deja comentat în corelație cu dezorganizarea. Care afectează însă, în paralel cu relaționările interpersonale sociale și planul ideic verbal și motivațional al comportamentului, structura identitară relațională de fond a persoanei. A fost comentat faptul că, dezorganizarea în plan ideic verbal subminează conturul specific al lumii umane personale, marcând străinătatea și singurătatea manifestărilor pacienților. Deficitul global de relaționare cu alții este însă și el un aspect central al patologiei psihotice deficitare, alături de cel al structurii raportărilor globale la situații. Dar el se regăsește, sub diverse aspecte, în întreaga psihopatologie, fiind în mod special evident în cadrul tb. de personalitate, care se plasează în marginera prezenței persoanei în viața cotidiană.

La scurt timp după ce conceptul de schizofrenie s-a impus în clinica psihiatrică, s-a dezvoltat și doctrina unor forme de tranziție între psihoze și normalitate. În acest sens, E.Kretschmer a descris tb. de personalitate „schizoidă”, și chiar o variantă de personalitate normală, posibil creatoare, „schizotimă”. Ambele variante se caracterizează prin importante deficite de relaționare interpersonală socială. Ulterior Minkowski a subliniat ideea bizară a schizoizilor, care argumentează comportamente excentrice. Sistemica tb. de personalitate din DSM-III-R a menținut categoria schizoidului lipsit de relaționări interpersonale sociale, adăugând chiar o variantă „schizotipală”, ce manifestă preocupări oculte și are o expresivitate și o vorbire cu elemente dezorganizante. O caracteristică de bază a acestor persoane anormale a rămas, constant, rețeaua lor socială foarte redusă. În privința psihologiei relaționărilor interpersonale sociale o importantă contribuție au adus studiile privitoare la autismul developmental. De aceea vom relua la acest nivel comentarea acestuia, sondând ulterior particularitățile de relaționare interpersonală socială la nivelul tulburării de personalitate.

La copiii autiști se constată deficiențe în ceea ce privește interesul față de prezența persoanelor umane și în recunoașterea parametrilor definitorii de identificare a acestora; precum și absența comunicării cu persoanele de îngrijire, prin coordonarea privirii și prin răspunsul cu zâmbet la contactul interpersonal. Studiile cognitiviste și de psihologie developmentală au indicat apoi nedeveloparea la autiști a funcțiilor de cogniție socială, care susțin cooperarea în contextul relației de atașament în perioada dintre 8 l. și 3 ani; și care asigură în mod firesc reprezentarea și introjectarea imaginilor persoanelor de îngrijire în propria structură psihică. Drept consecință, apar deficiențe în diferențierea capacității de mentalizare la 3-4 ani. Competență prin care, autopercepția identitară de sine ca agenție, e diferențiată dar și corelată cu identitatea de agenție a altora, percepți situațional. Deficitul developmental din autism grevează însă – așa cum deja s-a comentat - pe lângă atașament și cogniția socială, și funcții neurocognitive de ordin general, ca cele ale coerenței centrale perceptivă și cele executive; alături de o insuficientă achiziție a limbajului. Pentru un astfel de autist, insuficient de diferențiat psihic și preocupat doar de manipulări și jocuri constructive mecanice, ceilalți oameni apar ca niște simple obiecte neanimate și manipulabile, prezente alături de altele, în spațiul ambiental.

Dar în prezent, prin cunoștințele ce s-au câștigat odată cu studiile ocazionate de autismul developmental, pot fi comentate mai diferențiat tulburările deficitare specifice ariei relaționărilor interpersonal sociale, în întreg diapazonul tulburărilor psihice; până la nivelul superior al articulării cu normalitatea. Unde, instanța tb. de personalitate etalează aproape un „laborator natural”, în care disfuncțiile relaționărilor interpersonal sociale se evidențiază în prim plan.

Relaționările interpersonale normale presupun, ca punct de plecare, edificiul identitar biografico caracterial al persoanei ce include ansamblul competențelor sociale; precum și introjectarea ontogenetic-biografică a persoanelor de atașament. Edificiu centrat de un sine intențional reflexiv, autogenerator și sintetizator. La

acest nivel se poate diferenția pe de o parte un aspect generic al sociabilității – al interesului pentru.. și al competențelor în direcția contactului, raportării și interacțiunii cu alții; iar pe de altă parte, aspectul afectiv al atașamentului și

Chenar 102

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

Sociabilitatea se referă la deschiderea subiectului spre contact, coparticipare , comunicare, cooperare și interinfluențare cu alții. Ea exprimă : - interesul pentru contact cu persoane umane și comunicare nonverbală și verbală cu acestea; - atractivitatea socială, asertivitatea și impresionabilitatea socială, eventual dominația și manipulativitatea celorlalți. Relaționările interpersonale de durată se desfășoară pe diagrama intim/public, între polul atașamentului dual și poziționării la diverse distanțe psihice, în cadrul rețelelor sociale. În zona publică mai intervine statutul și rolul social; iar la capăt, se plasează străinii și persoanele anonime (“oricine“, persoanele statistice). Între subiect și ceilalți funcționează procese de apropiere, de raportare constantă, de îndepărtare sufletească. Iar dinamica raportărilor relaționale e structurată de parametrii Circumplexului Interpersonal, ce are drept axe ortogonale: dominație versus sumisiune și deschidere-agreabilă versus desafilier-opozitivă.

Reactivitatea afectivă emotivă se manifestă în raport cu situații noi, în general și interpersonal social. Ea poate fi marcată de curaj/versus anxietate; sau de îndrăzneală/versus rușine retractilă (cu sensibilitate la evaluarea publică). Iar reactivitatea empatică presupune deschiderea spre rezonanță afectivă (și comprehensivă) și intimitate. Reactivitatea afectivă poate fi comentată apoi din perspectiva atașamentului, a „acordării” subiectului la ambianță, în raport cu o persoană anume, cu ceilalți și cu alte aspecte ale lumii sale umane; a „rezonanței” sale față de aspectele fenomenale care îl „ating” și îl „marchează”. Adică, îl afectează, ducând la implicarea sa în rezolvarea situațiilor astfel create. Toate aspectele atașamentului presupun o „adeziune” bazala a subiectului în raport cu alteritatea (situația, celălalt, lumea) aspecte pe care autori mai recentii l-au denumit „sentiment existențial”. Relaționarea interpersonală mai presupune luarea în considerare a punctului de vedere a celuilalt, pentru posibilitatea cooperării, dialogului și a comportamentului responsabil.

Modalitățile sociabilității și ale reactivității afective sunt competențe și disponibilități ale persoanei pe care ea și le câștigă ontogenetic, prin maturarea potențialităților genetice, prin experiențe relaționale, educație, exerciții. Aceste disponibilități se pot apoi actualiza dispozițional în funcție de circumstanțele situaționale. Ele participă astfel la derularea evenimentelor actuale, a proiectelor și preocupărilor, ce constituie pânza de fond a psihismului persoanei, între actualitatea trăită și fundalul identitar.

rezonării intime intersubiective, așa cum e cel dintre copil și mamă sau între doi îndrăgostiți; între care se realizează o relație „duală”. Această intimitate afectivă se conjugă și cu emotivitatea socială, în raport cu situațiile noi de relaționare; incluzând contactul cu persoane mai puțin familiare. (Chenar 102)

Normalitatea existenței personale e marcată de o importantă variabilitate individuală atât în ceea ce privește reactivitatea în raport cu alții și situațiile; cât și referitor la parametrii generali ai sociabilității și ai afectivității relaționale; aspect pe care îl comentează caracteriologia. În sistemul umoralist antic hipocratico galenic, flegmaticul era considerat un om mai puțin impresionabil decât sangvinul sau colericul; o persoană ce se dedică cu calm activităților realizatorii. O replică a acestuia în caracteriologia actuală - sistematizată de doctrina celor Cinci Mari Factori (FFM) ce s-a impus la sfârșitul sec. XX – o regăsim în dimensiunea “conștiințiozității”, descrisă prin: tendința spre realizare, deliberări, organizare, disciplină, eficiență, competență și simț al datoriei. În schimb, o altă dimensiune a acestui sistem caracterizant are în vedere instabilitatea emoțională, cu sensibilitate reactivă crescută. Dar modelul FFM nu comentează mai nuanțat faptul că e vorba de două dimensiuni de raportare relativ paralele; una orientată spre acțiunile realizatoare, alta spre relaționări interpersonal sociale. Ansamblul problematic al acestor dimensiuni proactive și relațional-afective ale persoanei ies în relief odată cu panorama tulburărilor de personalitate; care reprezintă un adevărat laborator pentru comentarea lor. Și pe care le vom invoca acum, reamintindu-le pe scurt.

Indiferența relațională psihopatologică se evidențiază în primul rând prin anemotivitatea de intimitate și reactiv afectivă a psihopatului (tb.p.antisocială din clusterul A- DSM-5); la care, raportarea activ performantă la situații și în relaționări poate fi bună. Deficitul disfuncțional în relaționare se manifestă atât prin lipsa anxietății și rușinii, cât și prin deficitul emotivității empaticе, a milei, compasiunii și remușcării. Zona de relaționare a intimității e absentă; la fel ca și cea a atașamentului interpersonal semnificativ. În schimb, se menține o bună

performanță în sociabilitate, bazată pe competență în cogniția socială, în capacitatea de contact și relaționare interpersonală pragmatică, verbală și comportamentală. Subiectul este asertiv, curajos, îndrăzneț, dominator, uneori fiind și captativ (comportament „cuceritor-fermecător”). Această poziționare atitudinală interpersonală asertivă de control și influențare manipulativă a celorlalți e dublată de interese egocentrice, hedonice. În acest context “răceala sa afectivă”, empatică și emoțională („inima de gheață”) poate ajunge până la indiferența cruzimii sadice, a plăcerii de a chinui partenerul. (“Callous Unemotivity”). În cazul psihopatului nu se întâlnește deci un dezinteres față de sine, lume și alții ca la autist sau la schizoid; ci doar o indiferență emotiv afectivă și de atașament în relaționări. La fel ca și în cazul autistul developmental, pentru el ceilalți sunt mai ales obiecte de manipulat. Dar acum majoritatea parametrilor care circumscriu identitatea - precum și instrumentalitatea de relaționare cu alții, funcțiile intelective și de raportare culturală - pot fi bine dezvoltate.

În psihopatie – tb.p.antisocială – raportarea la celălalt nu e doar indiferență ci și cu valențe negative, exploatativă. În alte variante ale tb.p din clusterul B-DSM-5 se manifestă însă – tot în contextul unei bune sociabilități - predominant un dezinteres neglijent în raport cu ceilalți, în context egofil. Așa ar sta lucrurile la tb.p. histrionică, care se exhibă în permanență printr-un spectacol public captativ. Sau la tb.p. narcisistă, care pretinde de la alții doar confirmarea continuă a bunei păreri megalomane despre sine. Mai aparte ar sta lucrurile la tb.p. borderline, care manifestă un atașament intim instabil, cu atitudini mereu schimbătoare în raport cu partenerul și cu sine, oscilând insuficient de argumentat între: adulație, sumisiune, suspiciune, rejecție punitivă, autocondamnare cu autoagresiune etc.; iar în spatele acestor oscilații apar perioade de vid interior și neadeziune depersonalizantă.

O Tb de personalitate în care se manifestă o indiferență majoră este cea a schizoidului, inclus în clusterul A-DSM-5.; a cărei caracteristici se prelungesc în tb.p.schizotipală. Aceasta se plasează însă, din multe puncte de vedere, la un pol



opus față de psihopat. La schizoid indiferența se manifestă atât situațional cât și interpersonal global; ca lipsă de interes hedonic față de lume, activități, situații, solicitări, viață cotidiană, relaționări cu alții. Dar și ca dezinteres major față de sine; inclusiv față de părerea altora despre sine. Subiectul trăiește rupt de ceilalți, ca și cum și-ar fi suficient lui însăși; amintind astfel de autismul bleulerian. Spre deosebire însă de profilul standard al autistului developmental, subiectul are o bună însușire a limbajului și a cogniției sociale; și o relativ firească raportare la cadrele situaționale sociale. În plus, el poate avea preocupări abstracte și esoterice, pentru experiențe inedite, transcendente; care sunt mai accentuate în schizotipie. Sentimentul identității și delimitării sinelui sunt însă fragile, deficitare și la fel, cu propensiunea asertării de sine în cadrul unor situații interpersonal sociale curente. Acest profil al tb. p. schizoidă a fost destul de puțin studiat empiric. Dar el are o lungă tradiție în psihopatologie, de aproape un secol; fiind corelat și cu persoanele introvertite, timide și evitante.

Rămânând în aria tb.p. se poate menționa că în întregul cluster C din DSM-5 se manifestă importante tulburări de relaționare, atât la la tb.p. evitantă cât și la cea obsesiv compulsivă și dependentă. Persoanele evitante nu sunt lipsite de emoții și nu prezintă dezinteres social ca schizoidul. Dimpotrivă, ele sunt timide, hipersensibile la contactul cu persoane străine, care le-ar putea evalua negativ în public, făcându-le de rușine. Motiv pentru care petrec majoritatea timpului în zonele spațiale familiare, în care se simt protejați și în siguranță, lângă persoanele de atașament; fapt care grevează evident sociabilitatea în sensul său lărgit. (O variantă parțial simetrică o prezintă tb. p. paranoidă – din clusterul A – care e continuu suspicioasă cu privire la atitudinile ostile active ale altora în raport cu sine; la acestea comportamentul nu e însă întotdeauna de retragere socială, ele putându-se manifesta și combativ). E apoi de amintit tb.p. obsesiv-compulsivă - anancastul – care e tensionat în raportarea la situații, străduindu-se să le țină cât mai mult sub control. Nici el nu e un om sociabil în sensul uzual al termenului.

Anancastul prezintă și dificultăți de intimitate și atașament, ținându-i pe alții mereu la o „distanță oficială”, printr-un comportament formalist. El manifestă un continuu interes pentru o cât mai clară delimitarea identitară față de alții. Obsesivul anancast prezintă în mod specific o preocupare crescută pentru respectarea rigidă a normelor, pentru munca impersonală. S-a formulat chiar că el își maschează astfel deficitul personalistic, ascunzându-se în spatele principiilor și obligațiilor de serviciu; pentru a nu deveni evidentă nesiguranța, dificultatea sa de a decide personalizat (care e marcată mai ales în varianta psihastenă). Cât privește tb. p. dependentă, prezența sa redusă în viață socială ar ține de permanenta nevoie de tutelă personalistă în orice decizie, inclusiv în formularea opiniilor și dorințelor; ca un fel de anulare a nucleului autonom al agenției și predarea acestuia către o alteritate dominatoare. Ceea ce anancastul realizează prin punerea sa sub umbrela modelelor comportamentale impersonale – prin „ceea ce se cere și se face public” – dependentul încearcă să compenseze prin sumisiunea față de o persoană dominatoare de care se agață. În toate variantele de tb. p. din clusterul C. distorsiunile de relaționare interpersonal socială nu urmează însă modelul indiferenței generalizate din tb.p. schizoidă.

Având în spate panorama perturbărilor sociabilității hipo-afective ce se manifestă la nivelul tulburărilor de personalitate, se cere ca aceasta să nu fi ignorată din inventarul modalităților prin care se manifestă tulburările deficitare în psihopatologie în general și în psihoze în special. Deficit pentru care, tb.p.schizoidă poate fi un model în lumea socio-umană ce nu a pătruns în orbita psihotiformă. Căci în interiorul acesteia, patologia psihică deficitară își atinge capătul de drum la nivelul unei depersonalizări anonimizante.

**11.7. Depersonalizarea anonimizantă.** Simptomatologia schizo- reunită în avoliție, alogie, apatie, asocibilitate anafectivă a preocupat clinicienii ce au redactat DSM-5 predominant în manifestările sale expresive și comportamentale,

înregistrabile pentru un diagnostic reproductibil. În acest sens sunt ele descrise în menționata scală a lui Andreasen și în DSM-5. Psihopatologul de orientare fenomenologică Scharfetter a încercat inventarierea trăirilor subiective prin care schizofrenii deficitari își resimt perturbarea sinelui identitar. El s-a ghidat după jaloanele propuse de Jaspers privitoare la deficiența ego-identității, ego-delimitării, ego-consistenței și ego-agenției, la care a adăugat ego-vitalitatea. S-au înregistrat în acest sens exprimări precum:

“Nu mai știu cine sunt...am părăsit trăsăturile și figura ce-mi aparțineau...mă simt vulnerabil fără protecție...mă amestec cu alții...părți din mine sunt în afara mea...mă simt dezagregat, nu mai sunt o unitate...eu nu mai sunt deloc, nu mai exist...nu mai sunt viu, sunt fără viață etc.”

Trăirile subiective astfel colectate se agregă în direcția unei simptomatologii depersonalizante ce se manifestă în contextul dezorganizării psihismului, conjugându-se cu menționatele simptome schizo- din DSM-5. E de subliniat că în schizofrenie în general și în cea negativă în special, simptomatologia specifică sd. dep/der standard – care în prezent e plasat în clasa tulburărilor disociative – este și ea deseori prezentă, resimțită subiectiv, hiperreflexiv și ruminativ de pacienți. Pacientul se simte detașat de lume, „sub un clopot de sticlă”, neaderent și nerezonant față de alții și sine. Dar gândirea pacientului e marcată acum de dezorganizare, bizarerii, ciudățeniei, tulburări semantice și de gândire, centrate pe abstracții, sentiment de devitalizare corporală, gol mental.

În schizo- s-ar putea vorbi de o depersonalizare în primul rând obiectivă, ce se exprimă prin grave deficiențe ale sinelui intențional reflexiv, care centrează unitatea, coerența și delimitarea identității persoanei, a autonomiei agenției sale; deficit care se exprimă în planul funcțiilor motivațional volitive, intelective și afective, de atașament, și emotivitate, sociabiliate și dispoziționale. Și care condiționează o existență retrasă într-o lume proprie, incoerentă și stranie lipsită de relief și identitate, de adeziune și participare la viața interpersonal comunitară.

Simptomatologia deficitară din schizofrenie a fost tradițional comentată la pacienții azilari cronicizați, la care ea era mixtată cu simptome halucinator delirante și cu o pronunțată dezorganizare ideo-verbală. Nu poate fi exclusă în aceste cazuri instalarea unei efective deteriorări generale a persoanei, ca și consecință a procesului psihopatologic și al alienării azilare. Stare deficitară care i-a sugerat lui Kraepelin eticheta de “demență precoce”. Se ridică însă problema simptomatologiei negative a schizofreniei în formele marginale și incipiente ale tulburării, până când procesul dezorganizării încă nu și-a exercitat efectul; iar pacientul nu a avut de suferit consecințele deprivării instituționale.

O anumită atenție față de formele incipiente sau cu simptomatologie puțin exprimată („paucisimptomatice”) de schizofrenie, s-a manifestat de fapt pe întreg parcursul secolului XX; dată fiind perspectiva interpretativă introdusă de însuși Bleuler și dezvoltată de Kretschmer. Aceștia susțineau ideea posibilei tranziții între psihoza schizofrenă de intensitate clinică, personalitățile dizarmonice corespunzătoare și caracteriologia persoanelor normale, inclusiv a celor creatoare. La nivelul Tb. p. s-a diferențiat - în conformitate cu polarizarea dintre schizo+ și schizo- - între o variantă paranoidă – orientată mai mult spre interpretări de suspiciune anormală; și o variantă a Tb.p. schizoidă, orientată spre simptomatologia deficitară; caracterizată predominant prin retragere socială, detașare și indiferență generalizată, cu preocupări abstracte, bizare. Alături de acestea două, DSM III-5 (și ICD-9,10) au introdus categoria „schizotipiei”, ce reunește trăsături din ambele, plus tulburări perceptivă, ideatică și relațională aparte. Dincolo de aria tulburărilor de personalitate, într-o abordare originală în care și-a focalizat atenția pe cazuistica unor schizofreni paucisimptomatici nedeliranți – „heboizi” -, psihopatologul fenomenolog Blankenburg a comentat o situație aparte; și anume, cea în care pacientul apăsător abulic era chinat de o atitudine autoanalitică hiperreflexivă, cu incapacitatea de a înțelege sensul actelor firești (ale „axiomelor”) din comportamentele vieții cotidiene (a se îmbrăca, spăla, a mânca etc.); și cu

dificultatea de a le executa, fără un mare efort. Această „pierdere a axiomelor vieții cotidiene”, pe lângă interpretarea sa fenomenologica, și-ar găsi o parțială interpretare în deficitul filtrului atențional informativ și a coerenței centrale aperceptive, sintetică, a funcțiilor executive.

Mai recent, în această direcție s-au organizat cercetări din perspectiva vulnerabilității și a stărilor prodromale, la cazuri din spectrul familial al schizofrenilor. E vorba în primul rând de mereu citatele studii ale școlii din Bonn privitoare la “tulburările bazale” evidențiate prin scala BSABS, care decelează simptome subiective la persoanele cu risc crescut. La acestea s-au descris simptome negative de tipul unui sindrom anergic, cu oboseala, scăderea puterii de concentrare, a motivației, a capacității de decizie, a celei de a se bucura, diminuarea sentimentelor și a nevoii de contact. Iar în plan cognitiv distractibilitate, perseverare, 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 menționate perturbă raportarea subiectului la problemele vieții de zi cu zi.

În perspectiva depersonalizării e interesantă continuarea acestor cercetări de către școala din Copenhaga cu scala EASE. Aplicarea acesteia decelează cazuri în care subiectul tinde să își piardă nucleul intern al identității, sentimentul că propriile trăiri și gânduri sunt “ale sale”. El se simte anonim, nonexistent, profund diferit de alți oameni; sau, prezintă o hiperadaptabilitate, cu conformare perpetuă la opiniile altora. Scade sentimentul participării efective, prin propria sa identitate, la evenimente actuale. Lipsește sentimentul de “prezență” a sa în situații, într-o manieră în care individualitatea sa să se impună. Subiectul se simte cu limite fragil, vulnerabil la influențe exterioare multiple, cu care se identifică; parcă ar fi apersonalizat.

Chenar 103

### Vidul sufletesc în psihopatologie și cultură

Pacienții cu sd. depersonalizant descriu o incapacitate de a se emoționa autentic, o monotonie și un gol sufletesc cenușiu, o “amorțeala afectivă”. Anafectivitatea – emotivă, de atașament, dispozițională – se regăsește apoi în multiple condiții psihopatologice. Dar ea se întâlnește și în larga arie a normalității..

Stările de vid sufletesc au fost descrise în ultimele secole, mai ales în jurnale intime și literatură, sub forma plictisului. Subiectul resimte că nimic nu mai e pentru el atractiv, nimic nu mai are rost...totul e cenușiu....timpul se scurge fără relief....totul pare zadarnic.....el se simte înconjurat de un gol de semnificații ...de monotonie și inutilitate.....nu mai știe ”cu ce să-și umple timpul”.....În consecință, recurge la diverse “distracții”, stimulente, droguri. Dar plictisul îl invadează până în marginea disperării, a suicidului.

Golul sufletesc al plictisului depersonalizant a fost comentat și de unii psihopatologi și filosofi. De ex. Minkowski, în analizele sale, face trimitere la conceptualizarea engleză din sec. XIX a stărilor de “spleen”, înțeleasă ca o melancolie aparte, în care timpul prezent nu se mai impune ca atractiv, prin situații la care subiectul să adere și în care să se implice. Dediferențierea temporală e de tipul zădărniciilor celor lumești comentat în *Eclesiastul*; dar fără flancarea printr-un Dumnezeu al rosturilor adânci. La mijlocul sec. XX personalistii și existențialiștii au corelat acest gol sufletesc al plictisului cu alienarea “neautenticității existențiale”. Psihopatologul vienez Frankl a comentat în marginea sa o “nevroză noogenă”, trăită de oameni care și-au pierdut dimensiunea spiritual-culturală a existenței. Descrieri și comentarii pătrunzătoare se găsesc apoi în opera lui Cioran, care atașează acest sentiment de “cădere din timp” a umanității contemporane, care și-a încheiat “proiectul temporalității istorice” în care a fost aruncată, “odată cu alungarea din Rai și cu blestemul muncii”. Autorul româno-francez face și semnificative asociații între acest gol sufletesc și iluzia fericirii pe care o promite munca, din mitul lui Prometeu.

Comentariile lui Cioran – dar și ale lui Heidegger - trimit însă și spre *acedia* călugărească, ce se referă la vidul sufletesc resimțit în mănăstiri, în după amiezele de duminică când, obosiți de prea multe rugăciuni și tentative de apropiere de Dumnezeu, călugării se simțeau părăsiți de acesta. Iar lipsa legăturii cu “supraesențialitatea ființială” a persoanei dumnezeirii, induce sentimentul abisal de vid antropologic. Într-un sens mai specific, vidul sufletesc din *acedia* se opune preaplinului sufletesc resimțit în condiția extazului. În legătură cu trăirea “plinătății minții”(mindfulness) s-au realizat în ultimul timp multe studii

Trimiterile culturale menționate sugerează că simptomatologia vidului sufletesc e rezultatul deficitului disfuncțional a unei dimensiuni speciale a psihismului uman – a orientării spirituale a acestuia. Psihism capabil de extaz și de aspirația contopirii cu o ființialitate transcendentă de tip personalist. Parametrii disponibilității pentru dispoziții extatice - și a trăirilor ce sunt astfel promovate – au ajuns probabil să fie înscrise în structuri funcționale cerebro psihice, ce tind să se actualizeze la diverși indivizi umani, în variante normale și aberante, care ne pun în față cu vidul depersonalizant.

Pe acest fond apar experiențe corporale descrise și în sd.dep/der.st și în clinica schizofreniei : autocontemplare îndelungată în oglindă cu sentimentul unor schimbări morfologice și cu impresia că unele părți ale corpului îi sunt străine; experiențe de spațializare și dezintegrare corporală. Apoi, tulburări ale demarcației proprii, confuzia cu alții, anxietate la contact corporal, sentimentul de pasivitate la expunere. Se adaugă tulburări ale cursului gândirii, reducerea inițiativei gândirii. În sfârșit, pe acest fundal de tasare și anulare a structurii identității personale, uneori poate apare un sentiment special de centralitate, de megalomanie magică, de grandiozitate solipsistă, preocupări filosofice și religioase sterile. Această ideație aparte sugerează conturarea unui echivalent de „lume delirantă” – lume”dereistă” - în care subiectul, fără a fi cuprins ca personaj într-un scenariu aberant, se simte totuși angajat, în raport cu un univers ideatic uman abstract și fragmentat. Se menține astfel o urmă a tradiționalului autism.

Profilul psihopatologic ce rezultă din scalele BASB și EASE este, desigur, și un construct al autorilor ce le-au elaborat. Dar o dimensiune deficitar negativă a sinelui identitar și a autonomiei agenției se profilează destul de clar, în spatele - sau mai bine în direcția - tabloului clinic al schizo- din DSM-5.

Tabloul asteno-nergic subliniat de școala din Bonn (oboseala, scăderea puterii de concentrare și decizie, de a se bucura și a se relaționa social) și pierderea nucleului identitar invocat de școala din Copenhaga (sentimentul că propriile trăiri nu mai sunt „ale sale”, pasivitate, reducerea inițiativei gândirii, diluarea delimitării) toate indică o depersonalizare devitalizantă și anonimizantă, dediferențiată, care nu e doar subiectivă ci și obiectivă; privând subiectul de însăși structura sa identitară de fond, mnestică biografică și caracterială înrădăcinată în propriul corp și delimitată social, coerentă și centrată de sine.

Privită din această perspectivă, simptomatologia schizofreniei deficitare (schizo-) apare destul de pregnant ca o depersonalizare obiectivă, devitalizantă și anonimizantă. Diferită de varianta strict subiectivă a sd. dep/der/st. Deși, la fel ca

în aceasta, se menține o hiperreflexivitate neproductivă în raport cu vidul și amorțeala sufletească; ce etalează acum un psihism evident incoerent, fără suport într-o identitate cât de cât consistentă.

Deteriorarea personalității se poate produce și în urma unor suferințe organice cerebrale ce conduce la demență, cu pierderea memoriei identitare, a capacității de orientare în timp, în raport cu succesiunea evenimentelor, în recunoașterea persoanelor și orientării în spațiu ambiental, în actualitatea trăită. Procesul dezorganizării psihice și a deficitului intențional, de atașament și de reactivitate – de tip autist - față de ambianță, ce se petrece prin procesualitatea psihotică schizofrenă, poate fi orientat în aceeași direcție; dar pe alte căi. Și, în consecință, cu alte stații psihopatologice intermediare. Oricum, alterarea identității și autonomiei agenției, conduc la demontarea părților constitutive ale persoanei, a articulării și funcționării lor într-un subiect care să se raporteze intențional la o lume umană, în conjuncție intersubiectivă cu alții.

Odată ajunsă la acest nivel deficitar, psihopatologia are puține cuvinte de spus despre psihismul uman. Dar parcursul de până la acest nivel, evoluția spre, atingerea și parcurgerea orbitei psihotiforme, sunt profund edificatoare pentru a medita asupra structurii acestuia.



## **Anexa la Capitolul 11**

### **Indiferența în normalitate și psihopatologie, în raport cu anxietatea și relațiile de ordine; perspectivă rezumativă.**

Dispoziția anxioasă a angoasei și dispoziția indiferenței, a detașării nereactive față de lume și alții, sunt două trăiri – sau poziționări atitudinale existențiale - extreme. Care, prezente fiind și în normalitate, străbat întreg teritoriul psihopatologiei. Angoasa marchează iminența morții, a prăbușirii în direcția dispariției și aneantizării globale a persoanei; condiție care de obicei argumentează agățarea de o alteritate puternică. Indiferența exprimă detașarea nerezonantă față de alteritate, față de lumea umană și față de sine. Așa cum resimte neplăcut pacientul ce trăiește depersonalizarea derealizantă disociativă. Dar care se manifestă efectiv și major în apato abulia psihotică a depersonalizării anonimizante.

Indiferența are o semnificație mai aparte în raport cu principalele dispoziții afective, așa cum ar fi - pe lângă anxietatea fobică - dezinhibiția iritabil disforică a agresivității, expansivitatea investigator realizatoare și creativă (elația), cea a euforiei sărbătorești sau a retragerii inhibitate depresive. Desigur, stările dispoziționale implică și raportări interpersonale – e.g. de dominanță sau sumisiune - sau instanțe cultural teoretice și spirituale – e.g. de contemplație admirativă, de extaz. Dar indiferența poate afecta orice direcție a orientărilor subiectului intențional reflexiv la alteritate și lumea umană, manifestându-se multifacetat. Cazuistica psihopatologică e deosebit de instructivă în această direcție, dacă e să ținem seama de ipostaze precum: - indiferența anafectiv emotivă a psihopatului față de semenii; - detașarea resimțită subiectiv față de lume și sine din sindromul standard al depersonalizării; sau - indiferența globală a schizoidului, avantcameră a apatiei generalizate din patologia psihotică deficitară. Ajunși la capătul investigației

Chenar 104

### **Scurt rezumat a coordonatelor psihismului personal**

Raportare dispozițională a subiectului la alții, lume și sine, se petrece în cadrul unor trăiri situaționale actuale, la nivelul conjuncției dintre intenționalitatea reflexivă a persoanei identitare și evenimentele semnificative pe care aceasta le întâlnește în lumea sa. Lume bazată pe limbajul narativ critic, ce instituie o instanță a teoreticului cultural, susținută de practici instituționalizate. Lume în care subiectul coexistă împreună cu alte persoane - mai familiare sau mai oficeal străine – în contextul normativității valorice a unei socio culturi istorice date.

Trăirea și rezolvarea situațiilor problematice actuale, presupune o suită de aspect întrețesute succesiv. Un prim moment al fi cel al deschiderii spre lume și adeziunea de aceasta, în cadrul unei proiectări comprehensiv active formale, prin care se circumscrie spațio temproalitatea raportării actuale; pe fundalul proiectelor, preocupărilor și mai ales a durtei identitare( având drept context spațio temporalitatea și coordonatele categoriale ale lumii culturale date). Ar urma: - descifrarea perceptivă a semnificației situaționale; - o montare dispozițională adecvată; - proiectul acțiunii și implementarea acestuia. Consubstanțială cu aceste secvențe e însă și o continua transpunere a trăirii prezentului în narativitatea potențială a instanței mnestică a subiectului identitar; și în cea publică, a posibilităților relatării caracterizante. De fapt, ansamblul problematic al trăirii prezentului implică actualizarea – rememorarea – unod informații biografice și socio culturale.

O altă dimensiune esențială a psihismului uman se desfășoară pe axa relaționărilor interpersonale, în zonă intimă și publică. Prima, conduce la relații de atașament și întrojectarea celuilalt, ca parte componentă a propriului psihism; în cadrul relațiilor intim duale, se pastrează secretele și se cunosc reciproc gândurile și intențiile. În plan public, relaționările respectă normativitatea unor staute și roluri sociale; iar subiectul se proiectează în condiția de personaj al narativităților socio culturale. Existența persoanlă se derulează în cadrul rețelelor intersubiectiv sociale.

Instanța supraindividuală a teoreticului cultural susținută de limbaj, e în permanență prezentă în constituția psihismului individual, vehiculată fiind odată cu însușirea ontogenetică a limbajului articulat, într-un mediu socio cultural dat. O primă consecință e dimensionarea definitorie a psihismului persoanei prin condiția de personaj al unor narativități potențiale și reale; care se articulează în mod firesc cu instanța narativ culturală a personajelor. Universul teoreticului cultural se oferă însă psihismului individual cu întreaga cunoaștere și concepție despre lume a unei socio culturi, dimensionată în permanență de un halou transcendent. Impărtășindu-se din logosul comnitar, subiectul intențional reflexiv meditează, raționează și concluzionează creativ, inclusiv în plan abstract teoretic, în în manieră speculativă, despre lume și despre sine.

psihopatologice asupra structurilor constitutive ale psihismului uman, s-ar putea face o scurtă recapitulare a drumului parcurs, luând drept ghid indiferența. Si reamintind câteva din jaloanele acestei structuri, ce s-au evidențiat pe acest parcurs.

Indiferența, în sens de reducere interesului pentru.. și a reactivității la.. situații, e o atitudine umană ce se întâlnește și în normalitate; fiind în anumite împrejurări necesară și utilă. Orice om ce se concentrează pe un proiect, trebuie să fie indiferent și nereceptiv față de “zgomotele” ce i-ar putea perturba obiectivul. Față de ceea ce nu cade în aria sa de preocupări, filtrul atențional protejează subiectul de receptarea informațiilor redundante. Cercetătorul științific trebuie să se afle într-o stare de calm și detașare afectivă, netulburat de nimic, pentru a se putea concentra observațional și ideatic asupra obiectului avut sub ochi. Si la fel sportivul sau interpretul virtuos, care încearcă să realizeze o performanță.

Dat fiind că existența omului se desfășoară nu doar proiectiv ci și reactiv, uneori subiectul trebuie chiar să se apere activ de solicitări agresive. În împrejurări extrem de riscante, șansa supraviețuirii o au cei ce se pot sustrage pe moment – pot suprima, diminua, ignora, plasa în indiferență - aspectul major al stressorilor, fiind mai puțin reactivi la aceștia. Căci gravele suferințe la care poate fi supus omul îl pot la un moment dat secătui sufletește. În acest sens în ICD-10 a funcționat o categorie diagnostică în cadrul tb. de personalitate ce avea în vedere persoanele ce au ajuns areactive, cu o afectivitate tocită, plată, monotonă, apatică, după expuneri îndelungate la orori, de ex. în lagărele de exterminare. De aceea actualele programe de cultivare a sănătății mentale, recomandă diverse strategii de „coping cu stresul” și de relaxare indiferentă, pentru a contracara cumulum stresorilor negativi.

O altă perspectivă ne-o oferă apoi istoria civilizațiilor. Omul cultural a fost interesat de la începuturi, de posibilitatea de a se detașa prin practici spirituale, de agresiunea trăirilor negative; a suferințelor, inevitabile în existența umană. Preocupat de a ajunge să fie indiferent la ele. În această direcție s-au elaborat practicile indiene yoga, pentru ca subiectul, blocându-și dorințele și autocontrolându-și metodic funcționarea corporală, să se poată detașa de ciclul suferințelor. Buddhismul a preluat și amplificat această doctrină. În cadrul respectivelor practici spirituale, identitatea resimțită a sinelui – ca realitate intramundană temporală, corelată actualităților evenimentțiale - se diluează și ea la maximum, topindu-se în trăirea unui absolut de dincolo de timp (conceput ca Nirvana). Intr-o altă perspectivă, la începuturile civilizației occidentale, în cultura elenistică, filosofii dogmatice și scepticismul au dezvoltat speculații doctrinal morale proprii pentru atingerea “ataraxiei“. Adică, pentru câștigarea unei detașări sufletești, a unei indiferențe față de condiția “pathică”, de suferință, a existenței omenești. Dar, spre deosebire de varianta indică, cu menținerea inserției în viața cotidiană.

Normalitatea existenței personale e marcată și de o importantă variabilitate individuală, mai ales în ceea ce privește reactivitatea la situații. Faptul a condus la dezvoltarea caracteriologiei, care are și ea importanță în comentarea indiferenței. Așa cum deja s-a menționat, în sistemul umoralist hipocratico galenic, flegmaticul era considerat un om mai puțin impresionabil decât sangvinul sau colericul, dedicându-se cu calm activităților realizatorii. Iar în caracteriologia actuală, sistematizată de doctrina celor Cinci Mari Factori (FFM) ce s-a impus la sfârșitul sec. XX, regăsim dimensiunea similară a “conștiinciozității”. Variantele mai disarmonice de structură personalistică, ce sunt actualmente studiate în cadrul tulburărilor de personalitate, înfățișează și ele o galerie de modele comportamentale și de trăire, plasate acum la limita psihopatologicului. Iar între acestea se remarcă indiferența afectiv emotivă, de intimitate și atașament a psihopatului, lipsit de milă și rușine. Și indiferența apatică globală a schizoidului, care cuprinde și desinteresul față de părerea altora despre sine

Dacă trecem acum dincolo de tulburările de personalitate, tranziția spre orbita psihotiformă se evidențiază destul de pregnant chiar prin patologia dispozițională. Odată cu impunerea anormală a unor astfel de stări dispoziționale – cum ar fi de ex. cea de tip maniacal - se produce o prăbușire, o condensare a edificiului multinivelat al psihismului, în care multiplele linii evolutive ale proiectelor și preocupărilor identitare se întretaie, în spatele actualității trăite; căreia îi asigurau o libertate de manevră. Cine e în permanență euforic, dezinhibat și expansiv ca maniacalul, nu mai are cum să reacționeze emotiv la situații noi și provocatoare, cum să fie atent la suferințele celor apropiați și să rezoneze la ele. Și la fel stau lucrurile în cazul depresiei, a unei anxietăți majore, a disforiei iritabil beligerante.

În raport cu manifestările din toate tulburările dispozițional afective, poziționarea indiferenței are însă o particularitate. Ea nu angajează subiectul în nici-o direcție specifică de raportare și manifestare față de situații și alții, menținându-l într-o expectație observațională, neaderentă și neangajată. Faptul e evident la persoanele cu profil autist, neinteresate de contact interuman și cu foarte redusă reactivitate la solicitările evenimentiale. La fel se comportă schizoizii. Aceștia dezvoltă eventual preocupări față de teme abstracte; care de asemenea îi decontextualizează situațional. Un caz aparte îl constituie însă sd. de depersonalizare/derealizare discociativ; în care, subiectul se resimte ca un observator extern al propriului corp, a propriului trecut și prezent, ca detașat față de lumea din jur și față de alții. Totul îi apare ca făcând parte dintr-o lume paralelă, la care subiectul nu aderă și în care nu se simte implicat. Această particularitate a „detașării” de situații și de lume, nu anulează însă apartenența indiferenței la problematica dispozițiilor atitudinale. Ci doar o plasează într-o poziție specială, în care, menținându-se polarizarea (apriorică) între subiect și obiect, aceasta trece în prim plan „ca atare”. Adică, ca un fundal, un punct de plecare opozitiv, lipsit de aderență, deschiderea și implicarea unei poziționări anume, orientată intențional,

într-un anumit fel, spre „ceva”. Cu alte cuvinte, poziționarea atitudinală se circumscrie acum a fi una strict „observațională”, de distanțare obiectivantă.

Plasarea actuală a sd.dep/der.st. în clasa tb. disociative e semnificativă în perspectiva avansării în direcția orbitei psihotiforme. Din această clasă de tulburări mai fac parte perturbări ale constituirii și susținerii identitare - e.g. amnezii –; și ale autonomiei persoanei – e.g. preluarea acesteia de către o alteritate, în stările de transă cu posesiune. Iar situațional, se manifestă doar crizele de leșin sau perturbările corporale hiperexpresive, ce fac apel la sprijinul alterității, cu marcată sensibilitate la sugestie. Astfel de vulnerabilități psihopatologice, împreună cu labilitatea identitară – e.g. propensiunea spre dublă identitate – și imaginarul bogat de tip confabulator, deschid calea spre metamorfoza identitar delirantă a persoanei. Adică, trăirea sentimentului și convingerii că identitatea sa s-a preschimbat în condiția unui personaj dintr-un scenariu delirant, prezent într-o lume fictivă. Șarjarea poziționării obiectivant neimplicate și indiferente din sd.dep/der.st., se conjugă deci, cu o condiție interpersonal sumisivă; avantcameră a transpersonalizării delirante. Condiție care va reimpune stări dispoziționale variate, în afara indiferenței.

Întreaga patologie disociativă stă sub semnul dependenței sumisive de alteritate. Această condiție amintește și de cazuistica tb. de personalitate dependentă, care nu poate formula opinii sau lua decizii decât cu ajutorul unei persoane puternice. Ea se plasează însă în clusterul C, care reunește patologia personalistă anxioasă. Odată cu dependentul suntem într-un caz limită, în care se despart două drumuri. Unul e orientat în direcția indiferenței schizoide, spre apato abulia deficitară majoră ce urmează dezorganizării. Celalalt trece însă prin anxietatea socială, în direcția trăirilor senzitiv relaționale și a paranoidei; deci, a delirului.

Alunecarea psihopatologică pe filiera delirului nu cultivă deci indiferența. Faptul se impune încă de la nivelul delirurilor monotematice. În acestea, prezentul trăit de subiect se diluează la maximum, absorbit fiind de inflația crescătoare a tematicii preocupării privitoare la condiția sa relațional identitară; fapt care condensează și anulează fundalul liniilor suprapuse ale proiectelor și preocupărilor. La fel ca în dispozițiile anormale maniacale și depresive. Iar odată intrat în lumea delirantă - fie cu accente paranoide de persecuție fie megalomane sau autodepreciative - subiectul-personaj e tot mai mult absorbit de relaționarea sa cu personajele acestei instanțe fictive, într-un univers de tip narativ magic marcat de semnificații aparte. Alienarea delirantă a sinelui se manifestă apoi și în zona intimității relaționale, prin sentimentul preluării acesteia de către o agenție străină, care-i supraveghează secretele și îl manipulează; dintr-un câmp învăluitoare al instanței personajelor. În ansamblu însă, psihopatologia delirantă propriu-zisă se desfășoară în afara poziționării atitudinale a indiferenței, marcată fiind de anxietate fobica, iritabilitate agresivă, euforie maniacală sau negație depresivă.

Celălalt drum spre psihoză, ce se realizează în direcția dezorganizării depersonalizante, menține însă atitudinea distanțării față de o lume ce se cere hipercontrolată. El începe la nivelul autismului developmental, prin dezinteresul față de prezența umană și intoleranța față de situații noi. Subiectul tinde să mențină cât mai neschimbată o ambianță și o situație ce se fixează lent; lipsită de semnificații problematice care să-i solicite poziționări dispoziționale, decizii și rezolvări de probleme. Dezinteresul față de situații, alții, dar și față de sine, se întâlnește apoi la introvertitului schizotim și la schizoid. (Desigur, în paralel cu acesta se plasează evitantul hipersensibil la contactul cu străinii ce-l pot evalua negativ; și în raport cu care poate dezvolta trăiri senzitiv relaționale). O variantă aparte de raportare față de situații și alții se întâlnește apoi în patologia obsesiv compulsivă (considerată în ansamblul său).

La nivelul prepsihotic al anormalității obsesionale, subiectul se distanțează de neprevăzutul situațiilor solicitante, tinzând să țină în permanență „totul sub control”, într-o lume nesigură, ce-i apare marcată de incertitudini. Lume la care el se raportează doar proiectiv, printr-o permanentă tendință la acțiuni; decise cu multe îndoieli, atent pregătite, organizate și hipercontrolate. Iar atunci când nu mai acționează, obsesivul anancast e cuprins de golul plictisului depersonalizant, într-o lume ce i se pare că „nu e în ordine” („all right”).

Dezorganizarea schizofrenă vizează planul acțiunii mai departe de indecizia și incertitudinea din obsesionalitatea psihastenă gravă. Dar, mai ales, ea se desfășoară la nivelul ideo-verbal al motivării și elaborării acțiunilor mentale și comportamentale, al actelor de gândire și comunicante, expresive și verbale, al redactărilor comunicaționale. De fapt, dezorganizarea afectează cogitația ideo verbală la nivelul său bazal, suprapersonal, conceptual semantic; pe care orice subiect îl asimilează odată cu însușirea limbajului narativ critic. Nivel ce se corelează cu instanțele transcendental transcendente. Ceea ce e perturbat în toate aceste cazuri e aspectul formal, de coerență centrală “aperceptivă”, care menține la un loc ansamblurile structurate, funcționale și semnificante; inclusiv în instanța limbajului.

Linia psihopatologică ce se întinde de la autismul developmental la schizofrenia desorganizantă – trecând prin patologia obsesiv compulsivă – scoate în relief importanța pentru psihismul uman a structurilor de ordine, ce sta la baza funcțiilor coerenței centrale, ce se perturbă în toate aceste cazuri. Structuri de ordine ce sunt constitutive atât la nivelul prezenței la situații actuale și a angajării în proiecte și preocupări; cât și la nivelul însăși al organizării identitare a persoanei. Anxietatea ce caută sprijin într-o alteritate personalistă puternică și – la alt capăt - indiferența detașată și neimplicată, exprimă perturbarea acestora.

Pentru psihismul personal, structura de baza e de fapt cea a sinelui identitar, biografico caracterial, intențional și reflexiv, autogenerativ și sintetizator; sine care în permanență se autopercepe și se autoreglează, în cadrul raportării sale la situații și lume. Deficitul dezorganizant afectează și coerența acestui sine personalistic

identitar, care stă în spatele raportărilor active la situațiile actuale, a proiectelor și preocupărilor. Iar dacă sinele identitar își pierde conturul, coerența, intenționalitatea și centralitatea, raportarea sa semnificativă la situații nu mai are cum să se producă. Astfel încât, se ajunge la apăsătoare abulia indiferentă a depersonalizării anonimizante. Observația cazuistică identifică însă multiple stări constitutive intermediare, pe care studiile școlii din Bonn și Copenhaga le-au comentat.

Drumul sinuos pe care ne conduce dispoziția indiferenței e plin de învățăminte. El ne indică faptul că, atât alteritatea cât și narativitatea conceptuală a limbajului, sunt elemente constitutive ale persoanei identitare ce există într-o lume umană. Persoană pe care o cunoaștem prin manifestările sale situaționale din lumea sa, căreia îi aparținem și noi.

În concluzie s-ar putea formula că, angoasa, problematizarea ordinii lumii și indiferența, marchează trăirile persoanei în manifestările sale normale și în condiții psihopatologice. Iar fenomenologia manifestărilor psihice anormale ne poate fi de un important folos în descifrarea coordonatelor constitutive ale psihismului uman.

## 12. ANEXA

### Psihismul uman în perspectivă evoluționist culturală.

#### 1. Psihism animal și psihism uman. 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, 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 o psihologie animală care a căpătat importanță deosebită odată cu etologia, disciplină ce studiază comportamentul animalelor în mediul lor natural de viață. S-a evidențiat astfel complexitatea comportamentelor etichetate tradițional ca instinctive mai ales la vertebratele superioare, cum ar fi: - perioada de rut, implicând ritualurile de curtare și lupta pentru poziția alfa a masculilor; - delimitarea teritoriului; - amenajarea locuinței, creșterea și instruirea puilor, inclusiv comportamentul de joc; - strategiile de căutare a hranei, de atac, apărare, evitare, asigurare;- comunicarea intraspecifică, etc. S-a stabilit apoi că o serie de comportamente de tip instinctiv și cognitiv sunt transmise genetic, astfel încât ele să se manifeste la o anumită vârstă, când e predictibil (dar și necesar) să întâlnească în mediu anumiți factori (stimuli informativi) care „impregnează” individul; și dau astfel contur definitiv respectivului comportament, devenind ulterior declanșatorii acestuia.

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 care se constituie în „moduli psihocerebrali”. Aceștia sunt suportul modelelor de comportament adaptativ. Selecția și transmiterea genetică transgenerațională a modurilor s-ar realiza pe calea 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 la antropoide și la om întâlnim un encefal „trium” (în formularea lui McLean), ce conține un strat „reptilian”, unul „mamilar” și unul „neomamilar”.

Ideea „modulilor psihocerebrali” prin intermediul cărora se selectează și se transmit - inclusiv la om - comportamente adaptative, a fost lansată în 1980 de către Fodor. Inițial, moduli 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. Acest model a fost apoi nuanțat, avându-se în vedere și scheme comportamentale care nu susțin decât coordonatele de bază a unor domenii de comportament adaptativ. Iar manifestările efective pe care individul le va dezvolta, se determină într-un tot mai important procent prin învățare și prin decizie conjuncturală, în funcție de parametri situaționali. Se configurează astfel ideea că, direcția evolutivă a complexificării comportamentului psihic al animalelor, are în vedere rezolvarea situațiilor problematice prin operare pe modele ale realității situaționale date, care sunt confruntate cu datele extrase din memorie. Modele în cadrul cărora, problema pe care o ridică percepția unei situații actuale, - înțelegerea datelor informative nemijlocite - e proiectată pe fondul unei reprezentări mai ample a lumii cunoscute. Reprezentare conturată atât prin informațiile genetice cât și prin experiența câștigată și depusă în memorie, care e 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 om apar însă multiple noi aspecte.

Principalele coordonate specifice ale psihismului uman au fost deja menționate. În primul rând, condiția generală pe care o introduce limbajul narativ critic, care instituie un mediu de cunoaștere teoretică ce reduplică realitatea fizico-biologică, asigurând pentru fiecare psihism individual o instanța metareprezentatională, bazată, desigur, pe memorie. Instanță ce permite operarea pe modele probabiliste abstracte a situației date. Apoi, caracteristice pentru psihismul uman sunt și funcții cognitive executive, ce susțin comportamentele cu scop, cu obiectiv de atins în viitor; în raport cu un scop și după un proiect cu mai multe variante. Și, de asemenea, cogniția socială și relaționare interpersonală, asigurată de „creierul social”. Cogniția socială, funcțiile executive și limbajul narativ au constituit un triunghi funcțional, ce a redimensionat psihismul uman. Psihism ce a ajuns să se integreze tot mai mult în structurile socio comunitare, practico teoretice instituționalizate, ce funcționează ghidate de norme și valori. Dar schema neuromodulară de transmitere a competențelor adaptative de bază nu a dispărut. Ea a fost conturată 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 ale cortexului cerebral fronto temporal. Dar suportul asimilării și practicării limbajului ar consta într-o „gramatică de profunzime”; adică o structură logico sintactică (și de suport semantic) generativă, valabilă pentru toate limbajele 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 se concentra asupra

exersării efective și fragmentare a secvențelor ei constitutive. Însușirea și practicarea limbajului se decantează, „se agregă” pe baza activării structurilor neuropsihice ale copilului din această ambianța lingvistică; desigur, 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 aceasta din urmă Baron-Cohen a inventariat o suită de moduli psihocerebrali bazali, ce ar intra 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, reprezentivitatea ce susține recunoașterea în oglindă și imitarea cuiva care nu e prezent (la 18 luni). Pe parcurs ar intra în joc apoi un modül al detectării emoțiilor, ce susține empatia 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 resimte că are un corp și un eu propriu, cu o proprie identitate și agenție, prin intermediul căroră intuiește, doar percepându-l pe altul ce intenții și evaluări are acesta în situație. Privitor la interpretarea genezei capacității de mentalizare există și alte interpretări, dar tradiția modularității nu este complet ignorată.

Tema modularității neuropsihice prin care se transmit genetic disponibilități comportamentale adaptative, se păstrează deci și pentru psihismul uman, într-un sens nuanțat însă. „Pachetul modular” cu care copilul se naște conține, desigur, programele psihocorporale bazale ale psihismului animal (oscilația veghe/somn cu vise, pulsiunea de investigare a ambianței, percepție vizuo-spațială, reactivitatea emotivă și dispozițională, reglare alimentară, erotismul și comportamentul sexual, teritorialitatea etc.). Dar rețelele neuronale modulare ale creierului uman includ în plus, așa cum s-a menționat mai sus:

- Disponibilitatea de a-și însuși și exercita limbajul narativ critic și variate coduri semiotice structurate gramatical semantic.
- Grupajul funcțiilor executive ce susțin acțiunea cu scop, rezolvarea de probleme și căutarea activă a informației.
- Cogniția socială interpersonală și atașamentul, prin care subiectul se introjectează imaginile altora cu care se află în relație afectivă, cu autoproiectarea subiectului, ca personaj, în scenarii relaționale, pe o diagramă intim/public.
- Stări dispoziționale de ordin general pragmatic, interpersonale și incluzând autovalorizarea: euforie expansivă și megalomană, retragerea depresivă autodepreciativă, încordare anxios suspicioasă etc.
- Autoperceperea și autoreprezentarea propriei corporalități, ca sediu al sinelui intențional reflexiv. Corporalitate prin care subiectul se raportează activ la situațiile actuale, alți și lume în general; dar care e resimțită și ca centrul inițiativelor și deciziilor agenției sale, ca loc în care se află mintea sa, zonă în care

se plasează amintirile sale intime și cunoștințele sale generale. Corporalitate ce-i apare, astfel, ca nucleul și baza personalității sale conștiente.

Condiția relațională a psihismului uman depășește raportarea perceptivă la ambianța fizico biologică nemijlocită, ea desfășurându-se pe coordonatele unei „lumi umane”. Aceasta se manifestă ca o instanță metareprezentatională teoretic culturală, susținută de limbajul narativ critic și de intersubiectivitatea oamenilor angrenați în practici instituționalizate, ghidate de norme și valori. Lumea umană e populată de artefacte produse de om, conținând însă și entități fictive (zei, eroi, simboluri, valori de schimb). În mediul ei se desfășoară narațiuni mitico sacrale, istorii și povești, discursuri științifice asigurate logico matematic și speculați asupra fundamentelor.

Existența persoanei conștiente, centrată de sinele său încorporat intențional reflexiv, autogenerativ și sintetizator se derulează prin continua raportare a acestuia la problematica actuală.

## **2. 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 Eurasia. 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 aprox. 10.000 ani la agricultură și sedentarism; și apoi la scris, diferențiere socială ierarhică, imperii, bani, cultură, istorie. Pentru ca în urmă cu 500 ani să înceapă o revoluție științifică, urmată de una industrială, care se continuă cu actuala condiție post modernă. Acesta ar fi rezumatul.

La specia homo, se poate constata continuarea unei tendințe ce se evidențiază pe întreg filonul evolutiv al mamiferelor superioare și primatelor, în direcția celor antropoide, în sensul creșterii volumului creierului și a dezvoltării stațiunii bipede. 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. Alt aspect al manipulării naturii înconjurătoare îl reprezintă 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 din metale a unor unelte, arme, podoabe și obiecte de cult. Producerea și utilizarea uneltelor pentru obținerea obiectelor și unor obiective 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 și elaborează proiecte de rezolvare a acestuia prin etape succesive. Proiectul ține cont de parametrii situației, avansând ipoteze de rezolvare a problemei, în funcție și de resursele disponibile. Urmează faza deciziei și a implementării unuia dintre proiecte, 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 necesară acordarea reciprocă a proiectelor individuale într-unul comun. 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 coordonarea și controlul 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 de „instanța teoreticului”, pe care acesta o induce. Realizarea acțiunilor cu scop pe baza funcțiilor executive ale creierului presupune o continuă prelucrare orientată a informațiilor. A celor din ambianța percepută, a celor furnizate de către alte instanțe umane, a celor obținute din propria memorie, a informației inverse privitoare la parcursul acțiunii realizate prin propriul corp, cu evaluarea etapei în care s-a ajuns. Obținerea informațiilor este ea însăși un proces activ, care exprimă caracteristicile intențional reflexive ale psihismului. Chiar și simpla percepție a unui obiect sau a unei situații necesită o activă filtrare și prelucrare a informațiilor, realizată în etape. La un prim nivel, funcționează un filtru atențional ce elimină cvasiautomat informațiile neimportante în raport cu obiectivul intențional; ierarhizându-le pe celelalte în funcție de importanța lor. Iar la un nivel ulterior, datele perceptive sunt structurate ierarhic de către subiectul intențional, în vederea configurării unei forme semnificante; care e interrelaționată cu altele, plasate pe un fundal accesibil. Acest proces de ierarhizare a informațiilor după principiul unei „coerențe centrale” funcționează și în direcția urmăririi scopului unei acțiuni.

Realizarea unor acțiuni cu scop după modelul girat de „funcțiile executive” se poate desfășura cu diverse obiective individuale. Sau în parteneriat, ca de ex. : realizarea unui artefact manufacturat sau a unui eveniment, a unei comunicări, clarificarea unei situații (eventual relaționale), rezolvarea unei probleme, obținerea unei informații etc. Mediul de desfășurare este atât cel al ambianței fizico biologice cât și cel lingvistico teoretic, specific lumii umane.

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 la 70-80 indivizi.

Antropogeneza etalează o structură tot mai complexă a relațiilor 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 transmiterea 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 în principiu, 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, 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 mintea sa, de dorințele, intențiile, opiniile și acțiunile pe care le inițiază el însuși. Desigur, atașamentul față de alte persoane se menține întreaga viață, cu diferențierea 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 relațiilor și a identității sale sociale.

### **3. Revoluția cognitivă a lui homo sapiens, limbajul narativ, realitățile fictive și personajele; dimensiunea practico teoretică a umanității istoriei culturale**

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. Pe acest fundal se pot desfășura, ca într-un mediu sau ca pe un suport special, operații în „instanța teoreticului”. În perspectivă strict individuală limbajul narativ critic amplifică enorm instanța modalităților metareprezentationale, pe care se pot opera rezolvări de probleme folosind eventualități. În acest plan subiectul se autoreprezintă și pe sine ca personaj, în scenarii relaționale, alături de persoane reale și fictive. Prin instanța sa metareprezentatională subiectul se articulează de planul teoretic (narativ) al lumii sale umane și devine capabil de judecăți abstracte, cu operatori simbolici.

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 ce se întâlnește 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 (valoric), 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.

### **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 vertebreează 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 biologică 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.

Se consideră că de la homo erectus încoace, morfologia indivizilor umani nu s-a modificat 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 predominant nu prin schimbări biologice genetice, ci prin mijloace culturale bazate pe informația ce se transmite prin limbajul narativ. Diversificarea evolutiv istorică a practicilor instituționalizate, a modului de relaționare interumană într-un univers reduplicat prin limbaj și într-o

lume de artefacte produse de om, actualizează și califică mereu noi potențialități psihocerebrale la populațiile indivizilor culturilor istorice.

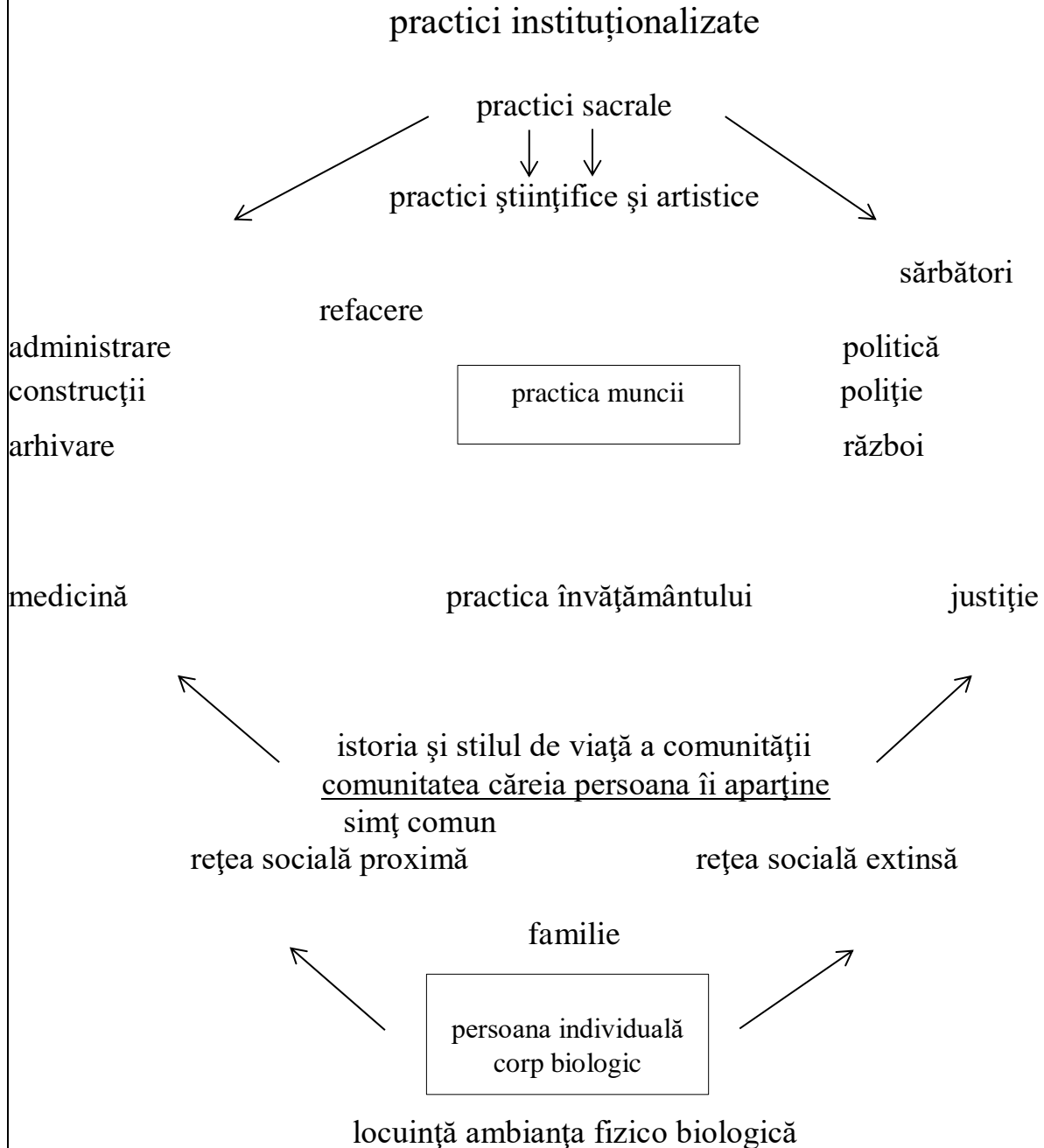
Flancat de noile sale arme cognitive, homo sapiens domină și apoi elimină toate celelalte specii de homo. El trece din Eurasia în Australia (acum 35.000 ani) și în America (în urmă cu 12.000 ani prin Alaska). Iar unde își face apariția domină și extermină animalele mari și multe alte specii de animale. 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.



## Chenar 106

**Instanța practicilor instituționalizate învâluie existența persoanei și constituie “lumea sa umană” în care funcționează psihismul său, centrat de sine**



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 acestuia în personaje. Realitatea socio-biologiei se reformulează radical odată cu funcționarea socio-culturilor agrare, în care normativitatea rolurilor ajunge să includă și să definească diverse faze ale ciclurilor vieții (copil, adolescent, soț, părinte, văduv, bătrân etc.). Un rol deosebit îl va juca practica educațională, care se distribuie între familie și sectorul public. Iar după invenția scrisului, instituțiile acestuia se vor organiza și ele printr-o practică educațională specială.

În acest context socio cultural se realizează o pronunțată polarizare între viața intimă familială și cea public oficială, ce se va repercuta și asupra psihismului individual. La un capăt se concentrează zona intimității subiective, cea a secretelor personale la care au acces doar persoanele apropiate. Iar la celălalt capăt zona manifestărilor public oficiale, în care subiectul apare ca un personaj ghidat de norme și valori sociale.

În perioada din urmă cu aprox. 2500-3000 ani, s-a produs o mutație în parametrii socio-culturali ai umanității din zona mediteraneană, 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 susținea întruparea în om a lui Dumnezeu, conceptul de persoană e transferat acestuia. El va reveni la omul real, pentru a defini individualitatea acestuia, 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 dezvoltă ideea polarizării subiect/obiect. Adică, opozitivitatea între psihismul reflexiv conștient al omului, ce se adâncește în propria-i subiectivitate; și la un pol opus, o lume de obiecte spațiale, dotate cu proprietăți perceptibile.

Acum se impune treptat 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 cuprinse în teorii științifice despre lume. Această nouă perioadă a umanității se petrece însă într-un context al culturii în care, narativitatea limbajului instituieste 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. Multiplicarea și diversificarea uneltelor și a tehnologiei realizează o amplă

„protezare” a instanței corporale a persoanei umane, printr-un fel de „corporalitate instrumentală publică. Mediul în care omul trăiește este tot mai mult unul artificial, produs de el însuși, ca o „a doua natură”.

#### **4. Schiță istorică privitoare la înțelegerea psihismului uman.**

Psihismul individului uman, dezvoltat pe fundalul evoluției speciilor și indivizilor biologici în direcția telencefalizării și a transmiterii genetice a modurilor psihocomportamentale, s-a diferențiat printr-o serie de parametrii specifici, susținuți de funcțiile executive, creierul social și instanța metareprezentatională a limbajului narativ critic. Dezvoltare ce a fost sprijinită, în perioada de sedentarism de după neolitic, de complexificarea mediului specific al lumii umane, pe care-l asigură structurile practico teoretice instituționalizate, ghidate de norme și valori; și care sunt constant dimensionate și susținute de o instanță a teoreticului cultural, mitico legendar și istoric, dezvoltată ulterior în teorii științifice și doctrine speculative. Se constituie astfel o „lume umană” specifică, ce învăluie fiecare persoană. Lume bazată pe limbajul narativ, ce ajunge să fie consubstanțială fiecărui individ uman, ce-și desfășoară în mediul ei întreaga existență. Lume umană ce susține o anumită cunoaștere și reprezentare a realității. Aceasta se va baza, de-a-lungul dezvoltării istorice, tot mai mult pe științe, fiind populată de entități fictive, artefacte și simboluri specifice.

Psihismul individului uman se cere înțeles ca „individuat”. Adică, ca o realitate care e în fiecare exemplar al său unică și irepetabilă, având o identitate ce se ordonează în jurul unui centru de emergență, sinteză și comandă. Un astfel de centru a fost comentat în antichitate ca „hegemonikon”, în modernitatea europeană ca „eu conștient al persoanei”, iar mai recent ca „sine (self) intențional și reflexiv”.

Psihologia teoretică ce s-a dezvoltat din antichitate în cadrul filosofiei odată cu Aristotel, a comentat psihismul uman predominant din perspectiva cunoașterii. În acest sens se considera că informațiile culese de simțuri din lumea exterioară sunt vehiculate de un simț comun până la un centru, comparate cu datele din memorie și a;e imaginarului, pentru a fi sintetizate cognitiv de intelect (nous) – plasta de stoici în hipokeimenon. Ulterior, în perioada scolasticii, cunoașterii pur și simplu i s-a adăugat evaluarea; iar Avicena a introdus tema intenționalității. În aceeași perioadă, odată cu mistică renană, s-a considerat că mintea omenească poate avea un “eu” și un “sine”(autoreflexiv și autogenerativ), caracteristici pe care le-ar împrumuta de la ființa divină care e singura ce „există prin sine”; și la care omul individual ar avea acces prin contemplarea mistică. În Renaștere, mișcarea protestantă a deschis calea subiectivității conștiinței, prin invitarea credinciosului de a-l căuta pe Dumnezeu “în adâncurile minții proprii”. Se naște acum conceptul de conștiință subiectivă, care, în conjuncție cu empirismul nominalist a condus spre polarizarea lumii umane între un pol al (sineității)subiectivității persoanei și unul al (alterității și) obiectivității lumii exterioare. Psihismul omului ajunge să fie comentat prin subiectivitatea cogitantă a conștiinței sale, ce se poate îndoii de lume;

dar nu și de faptul că, îndoindu-se, gândește; obținând astfel o certitudine a existenței (Descartes). Iar conștiința subiectivă se opune lumii obiective exterioare, care constă din obiecte spațiale corporale (impenetrabile) ce sunt substraturi ale unor calități perceptibile. Această imagine s-a menținut până la Kant, care introduce în interpretarea cunoașterii „fenomenalității lumii”, instanța apriorică a apercepției; și care adaugă subiectului (eului) conștient, dimensiunea persoanei morale. De acum încolo, conceptul de persoană își va relua și semnificația sa antică, de identificare socio juridică a individului în comunitatea culturală. Iar sinteza lui Hegel diferențiază conștiința (intențională) reflexivă a lumii, de conștiința celui alt (alter ego) și de conștiința de sine.

Psihologia științifică ce s-a dezvoltat din a doua jumătate a sec.XIX ca o știință experimentală de laborator, a pus însă un accent mai redus pe subiectivitatea conștiinței, fiind atentă la performanțele psihice înregistrabile. În această direcție s-a dezvoltat doctrina comportamentalistă. Nici psihanaliza, doctrină ce s-a răspândit în sec.XX, nu a acordat importanță majoră conștiinței; deși a păstrat, cu valoare marginală, conceptele de eu și sine. Ea a fost însă atentă la relaționările interpersonale din copilărie și la “introjecțiile” imagourilor altora în propriul psihism. Doar fenomenologia a păstrat interes pentru conștiință, reactivând intenționalitatea lui Avicena și Brentano. Ea s-a îndepărtat însă de metodologiile cantitative, măsurabile.

Având în spate această tradiție, cognitivismul ce s-a impus în psihologie spre sfârșitul sec.XX, s-a concentrat asupra conceptului centralizator de sine (self) intențional și reflexiv. Avantajul sinelui față de tradiționalul eu conștient constă în faptul că permite articularea cu agenția psihismului animal; precum și trimerile la neuroștiințe, la inteligențele artificiale și la psihosociologie.

O altă schimbare majoră față de tradiție ce s-a realizat în sec.XX a fost mutarea accentului de la înțelegerea predominant cognitiv contemplativă a psihismului uman, spre una activ realizatoare și relațional socială. Faptul s-a evidențiat deja odată cu comportamentalismul, cognitivismul orientându-se ulterior spre rezolvarea de probleme. Dar chiar și neofenomenologia, care a ajuns să colaboreze fructuos cu cognitivismul, s-a orientat spre studierea manifestărilor active pe care subiectul conștient le realizează prin intermediul propriei corporalități. Sinele intențional reflexiv capătă astfel valențe autogenerative și sintetizatoare.

În cadrul acestei noi orientări un rol important îl va juca în a doua jumătate a sec. XX revalorizarea conceptului de persoană, în perspectiva identității biografice. Persoana a însemnat în antichitate re-prezentarea unei instanțe umane, - inclusiv a indivizilor - în fața dezbaterilor publice, predominant juridice. Și, în cele din urmă, identificarea și identitatea socială a individului. După ce conceptul a fost asimilat timp de mai multe secole de dogmatica creștină, el a revenit spre dimensiunea umană odată cu filosofia morală a lui Kant. Conceptul de persoană – personalitate

## Principalele instanțe ale psihismului uman

7. Practici instituționalizate

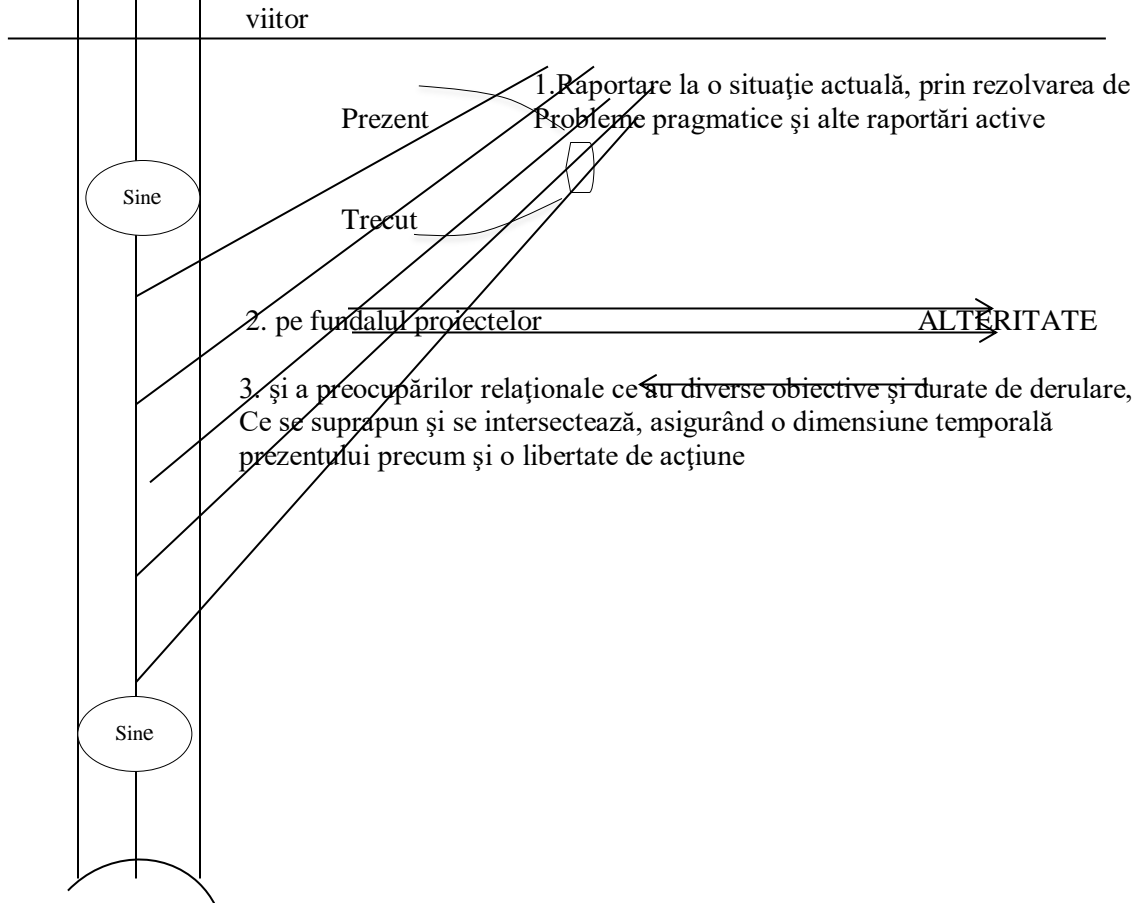
-

Teoreticul narativ științific

Persoane culturale

6. Subiectul e integrat în rețele interpersonale intersubiective pe o diagramă intim public

5. Instanța metareprezentatională a psihismului (fundată pe limbaj) ce asigură posibilitățile de operare pe modele probabilistice (reprezentări imaginative) subiectul apărând ca personaj



4. În spatele acestora se află structura identitară biografică caracterială, înrădăcinată în corporalitate și circumscrisă social, care e centrată de sinele intențional reflexiv, autogenerativ și sintetizator (aperceptiv).

Structura identitară e trăită ca un fundal delimitat, centrat și coerent organizat (ierarhic) cu care subiectul se identifică (eu sunt eu), distingându-se de alteritate ; aceasta e sursa amintirilor, reprezentărilor imaginative și proiectelor, centrul de emergență și autocontrol al agenției.

Structura identitară este totpsul « individuației » subiectului, a caracteristicii sale de a fi unic și irepetabil.

a asimilat însă și caracteriologia; atât cea tradițională (temperamentală și zodiacală) cât și pe cea a moraliștilor și romancierilor europeni, ce au creionat personaje tipice. În plus, dată fiind tradiția creștină a culturii occidentului și a dezvoltării post renașterine a conceptului de subiectivitate conștientă, persoana a ajuns să fie înțeleasă și ca o anvelopă pentru integralitatea existentei subiectului uman; incluzând și raportarea sa la transcendență. Psihologia narativă a persoanei ce se dezvoltă acum, va încerca să umple distanța dintre doi poli: - Raportarea activă a subiectului la situația prezentă, susținută de agenția “sinelui nuclear al actualității trăite” la un capăt. Și, la alt pol, realitatea obiectivă și resimțită subiectiv a persoanei identitare, rezultată din biografie și caracterizare..

Se poate relua acum sugestia avansată la mijlocul sec XX - vezi Ey - privitoare la organizarea psihismului uman prin conjuncția dintre: - o dimensiune sincronă, a conștiinței actualității; și, - una diacron-structurală, a conștiinței identitar morale. Vom începe comentariu prin centrarea asupra sinelui identitar.

## **5. Sinele identitar al persoanei conștiente ca nucleu intențional reflexiv al psihismului uman.**

### **a/ Sinele identitar al diacroniei biografice.**

În contextul lumii umane, identitatea unei persoane e circumscrisă în primă instanță din exterior, prin corporalitatea sa activă și expresivă și prin parametrii sociali de identificare ( loc și dată a nașterii, sex vârstă etc.); aspecte care pot fi prelucrate și statistic. La care se pot adăuga elementele centrale ale unui curriculum vitae și ale unei caracterizări. Dar identitatea resimțită psihologic, rezultă din experiențele trăite de subiectul încorporat, ce sunt integrate în durata istoriei sale biografice. Subiectul uman conștient este în permanență angrenat în trăirea și rezolvarea unor situații problematice actuale, ce se degajă și se configurează pe fundalul istoriei sale de viață și a preocupărilor zilnice. Acestea pot fi diverse ca obiectiv, structură și durată, implicându-i de obicei și pe alții; iar el se angajează intențional și reflexiv în rezolvarea lor. O situație actuală odată încheiată - sau un eveniment comunitar odată trăit - ele se depozitează însă în memorie, plasându-se într-o ordine temporală de succesiune în raport cu alte episoade de viață precedente. Trăirile actuale participă astfel la conturarea duratei biografice, diacrone și identitare a persoanei. Pe parcursul ontogenezei, subiectul - a cărui corp și creier se maturează progresiv – asimilează prin trăirile sale nu doar cunoștințe efective; ci și noi capacități, competențe și abilități gnostice și practice. Apoi, experiențele nemijlocite sunt completate și modelate prin educația publică; fiind dublate și de propriile eforturi de instruire, auticontrol și autoinformare. Iar relaționările intime și modelele publice îmbogățesc și fuzionează mereu nucleul sinelui identitar. Și astfel, pe parcursul derulării vieții, subiectul își edifica o structură identitară proprie, bazată pe memoria biografică și centrată de sinele său intențional și reflexiv. În raport cu actualitatea prezentului trăit, instanța identității biografice se prezintă ca un fundal, integrat prin sinteza duratei mnestică.

Un evenimentul trăit și depus în structura memoriei personale, poate fi ulterior rememorat, reprezentat, utilizat pragmatic, narat circumstanțial sau biografic. Dar el poate și să influențeze, preconștient, atitudinile, preocupările și opțiunile subiectului. Un cumul de evenimente psihotraumatizante de un anumit tip, îi fac pe unii subiecți mai sensibili față de anumite situații, pe care vor încerca să le evite.

Sucesiunea biografică a episoadelor de viață trăite de o persoană, pot fi cunoscute și narate de alții, din diverse incidente. Dar istoria vieții proprii poate fi rememorată, reprezentată și narată de către însăși subiect, către un auditoriu conjunctural; sau redactată ca autobiografie. Totuși, istoria biografică e într-o primă instanță resimțită fenomenologic nemijlocit, ca fundal sintetic al duratei identitare a subiectului; ca unitate coerentă și delimitată a „eului” său biografic. Subiectul are în permanență sentimentul identității sale diacrone cu sine, al apartenenței la sine a propriei existențe trăite (sentimentul de „ownership”). Acest „eu însumi identitar” („eu sunt identic cu mine însumi, cu trecutul și prezentul meu psihocorporal”) e resimțit și trăit ca o dimensiune distinctă de lume și de alții; deasupra atașamentului său față de persoanele intime și în spatele proiectării sale în preocupări cu țintă în viitor.

Unitatea coerentă a duratei identitare a persoanei este centrată – așa cum deja s-a menționat - de sinele intențional și reflexiv, ce stă în spatele raportărilor sale la situații, lume și alții; precum și la baza autopercepției și a autoreprezentărilor sale evaluante, a stimei și idealului de sine. Acest sine nuclear, dezvoltat pe solul unei agenții psihobiologice bazale, susține apoi în permanență dinamismul atitudinilor proactive, el putând fi considerat atât ca autogenerativ cât și ca sintetizator. În perspectivă fenomenologică, sinele identitar este însă unul „încorporat”, ce se manifestă și se circumscrie în plan socio cultural ca persoană.

### **c) Polul corporal și cel socio cultural al sinelui identitar.**

Sinele identitar biografic al persoanei reprezintă doar una din cele trei componente care, prin unitatea lor, configurează profilul identității individului uman.

În primă instanță, orice om are o identitate obiectivă prin însăși corporalitatea sa. Aceasta a fost concepută biologic, se naște la o anumită dată calendaristică, trăiește o perioadă determinată de timp; după care subiectul moare, la fel ca orice ființă biologică. Prin corporalitatea sa biologică subiectul e dotat cu o constelație de pulsuni instinctive. dispoziții emotive, gnozii, praxii și alte disponibilități susținute de funcționarea encefalului său, ce sunt modelate educativ și prin experiențele din lumea umană. Corpul uman are o anumită formă, aspectul său – mai ales cel facial – identificându-l pentru alții. Ca markeri de unicitate el are un anumit profil genetic, o amprentă digitală, o formă a irisului, o imunitate specifică. Corpul poate avea unele vulnerabilități, defecte sau dotări deosebite. Corpul conține encefalul, ce stă la baza tuturor trăirilor și manifestărilor psihice. Prin corp se exprimă specificitățile de sex și vârstă. El are caracteristici ce-l

definesc drept frumos sau diform, athletic sau astenic. Persoana conștientă își resimte propriul corp ca sediu al minții (sufletului) și a identității sale; și ca principal instrument în relaționarea cu lumea. Cu ajutorul corporalității subiectul transpune în realitate toate intențiile sale active, ce iau naștere în intimitatea sinelui sau încorporat, la nivelul generativității agenției sale. Corporalitatea biopsihică e solidară cu istoria biografică, ea fiind terenul pe care aceasta se dezvoltă. Metamorfozându-se continuu de-a-lungul vieții, corpul poate fi supus accidentelor el se poate îmbolnăvi, poate fi lezat, amputat; dar și protezat. Uneltele și instrumentele civilizației ar putea fi interpretate ca o corporalitate lărgită, prelungită în anonimitatea agoriei publice.

La alt pol se situează persoana socio culturală, cu care corporalitatea și identitatea biografică fac tot timpul corp comun. Orice individ e identificabil social – și în perspectivă juridică - prin nume, loc de naștere, origine (de naționalitate, etnie), sex, vârstă, actele de identitate, părinți și rude, locuință (adresă) actuală, rețea socială proximă, mediu cultural. El e integrat într-o nișă umană socio culturală determinată, cuprins în rețele sociale intime și publice, în structuri ale practicilor instituționalizate la desfășurarea cărora participă. Subiectul mai e definit și prin statutul său instructiv profesional și familial. Și de asemenea, prin caracterizarea socială tipologică și morală, ocazie în care apare ca personaj. Circumscrierea sa socială se mai corelează cu acțiunile semnificative ce le-a realizat în arie publică, cu eventualele sale creații, cu opera sa; și cu adeziunea sa politică și spirituală. Precum și cu posesiile, cu averea sa; ce poate fi sistematizată, administrată, eventual înstrăinată. Desigur, dimensiunea socio culturală a persoanei este solidară și ea cu biografia sa, metamorfozându-se constant de-a lungul vieții.

Dimensionarea subiectului identitar prin corporalitate și circumscriere socio culturală, se înscrie – alături de instanță duratei sale biografice - în sentimentul „apartenență la sine” („ownership”) a tuturor acestor aspecte. Subiectul se simte afectat dacă elementele ce-l dimensionează suferă leziuni. Astfel, el poate reacționa la pierderea sau afectarea unei mâini, a locuinței, a unui prieten, a statutului social și a onoarei, a averii, a idealurilor în care crede; sau chiar atunci când simte că acestea sunt în pericol. Aspectul complex al dimensiunilor constitutive ale persoanei, presupune susținerea unității acestei ample structuri prin funcția (de tip aprioric) a „coerenței centrale”.

#### **d) Autonomia agenției persoanei identitare**

Persoana umană identitară, care este prin definiție o ființă activă, moștenește din biologie și o întreagă constelație de apetențe și propensiuni – de căutare, atitudine, reactivitate – în raport cu lumea înconjurătoare și situațiile posibile. Motivarea acțiunilor sale se diferențiază însă, pe măsură ce el asimilează coordonatele specifice lumii umane, în cadrul conviețuirii cu alții în mijlocul unei socio culturi. Se ajunge astfel la etalarea unei largi palete de nevoi, dorințe și aspirații specifice, care-l dinamizează spre obiective diverse. Dată fiind complexitatea motivațiilor personale, se impune supervizarea acestora printr-o



deliberare reflexivă, ce susține asumarea responsabilă a deciziilor; și, implicit a consecințelor acțiunilor. Se circumscrie astfel „autonomia agenției” persoanei identitare. Variante ale procesului decizional și de execuție, care pot căpăta caracteristici anormale, sunt: scurtcircuitarea deliberării, prelungirea ei cu hipercontrol, indecizia, ambivalența, lipsa perseverenței, abulia, verificări multiple etc. Dar aspectul cel mai important îl constituie colaborarea cu alteritatea.

Se poate imagina o situație ideală în care subiectul ar fi singurul care stabilește ce să facă, asumându-și întreaga responsabilitate a actelor sale. Dar de fapt, propriile decizii se bazează în permanență și pe sfaturile sau recomandările altora –solicitate sau nu -, pe sugestii, uneori pe ordine sau chiar pe șantaj. Pe de altă parte, subiectul își poate împărtăși deciziile cu persoanele intime, de încredere, apropiate sufletește. Într-o hotărâre actuală mai intervin apoi și multe din cele pe care subiectul și le-a însușit prin învățări, prin educație comunitară și prin habitudini, prin experiențele sale de viață. Precum și normativitatea socială care îl ghidează, valorile ca îl aspiră. Deși prin cele menționate mai sus autonomia agenției personale devine mai difuză, subiectul normal păstrează în permanență sentimentul apartenenței la sine (în ultimă instanță) a propriilor intenții, decizii și acțiuni; fapt care constituie autonomia agenției sale. (Chenar 71). Acest sentiment poate fi modificat în psihopatologie prin senzația dirijării de către o alteritate (în stare de transă disociativă); sau, prin sentimentul controlului și manipulării xenopatrice a ideății și deciziilor (sd. de influență xenopatică).

Influențarea socială de către alții a trăirilor, motivației și acțiunilor subiectului, se înscrie în perspectiva integrării sale în rețelele interpersonal sociale, care se distribuie între zona intimă și cea publică. Zona intimă este cea în care subiectul își împărtășește cu alții secretele personale, dorințele, intențiile și deciziile. Zona publică e cea a apariției și manifestării sale pentru persoane oficiale și necunoscute, în care subiectul se manifestă așa cum ar dori să fie receptat de către alții. În această zona el poate fi duplicitar, oferind variate justificări pentru comportamentul său.

Asumându-și, cu un anumit grad de libertate, deciziile și actele ce le efectuează, subiectul se manifestă responsabil. Uneori el își justifică secundar comportamentul; pentru alții sau pentru sine. Se poate diferenția până la un punct responsabilitatea socialmente exterioară, care se referă la normativități și legi; și în raport cu care subiectul poate fi judecat de instanțe publice. Iar în raport cu aceasta, responsabilitatea subiectiv morală, ce e evaluată în planul forumului interior, al conștiinței culpei, a vinovăției proprii .

#### **e) Tipologia caracterială și imaginea despre sine a persoanei.**

Sinele identitar se definește și prin prevalența stărilor dispoziționale prin care un subiect e „disponibil” sau „pre-dispus” să întâmpine situațiile pe care le întâlnește; sens în care se diferențiază persoanele predominant timid anxioase de cele temerare sau exploziv agresive, flegmatic hiporeactive sau hiperexpresiv

captative. Precum și prin stilul de implicare în rezolvarea acestor situații. Aceste disponibilități temperamentale comportamentale depind de dotarea sa genetic cerebrală cu structuri operaționale neuropsihice specifice (în direcția funcțiilor cognitive, relaționale, executive, de autocontrol emotiv); precum și de experiențe biografice și de învățări. Un subiect ce acționează și se manifestă public, este apoi, în mod firesc receptat, evaluat și caracterizat - în calitate de personaj - prin comentariile și narațiunile altora. Astfel, unele persoane pot fi etichetate public ca anxios evitante, pe când altele ca sociabile și extrovertite; sau, agresiv provocatoare, hiperexpresiv captative, eventual controlate și ordonate în activități. Tipologiile caracterizante temperamentale caracteriale ce au funcționat în diverse culturi, au ținut cont și de grile de lectură derivate din zone doctrinare; așa cum a fost tipologia zodiacală sau cea umorală din antichitate. Psihologia diferențială de la sfârșitul sec XX s-a concentrat pe studierea epitetelor caracterizante frecvent utilizate în limbajul cotidian. În această direcție s-a elaborat Circumplexul epitetelor interpersonale și Teoria celor Cinci mari factori.

Pe lângă aspectul formal stilistic al manifestărilor publice, subiectul mai e caracterizabil și prin parametrii socio valorici ai comportamentului sau stabil, care vizează semnificația inserției sale în comunitate. În această direcție antichitatea a comentat virtuțile. Un om poate fi considerat și etichetat ca fiind curajos, generos, de încredere, tolerant, bun și înțelegător; sau, prin contrariul acestor caracteristici. Dimensiunea virtuților variază însă în raport cu parametrii socio culturali, în anumite medii fiind apreciată capacitatea de a iubi și a fi milos; sau, capacitatea de a fi abil, performant și perseverent în afaceri. În aria conștiinței morale s-a mai avut în vedere responsabilitatea și capacitatea de a trăi culpa, versus indiferența sau cruzimea în raport cu suferințele altora. Alți parametri de caracterizare ai persoanei îi pot reprezenta: capacitățile și performanțele intelectuale, variate talente și creativitatea în diverse arii.

Pe lângă profilul personalistic ce se degajă din stilul manifestărilor și comentariilor sale publice, orice subiect își constituie propria reprezentare despre sine, inclusiv din perspectiva caracterizant valorizantă a „stimei de sine”. Această reprezentare și opinie despre sine - imaginea de sine - are un aspect relativ constant. Dar ea este supusă și unor oscilații circumstanțiale, corelate evenimentelor trăite. Stilul temperamental caracterial al manifestărilor marchează relaționarea și comportamentul în microgrupurile umane, fapt ce pune o amprentă asupra comportamentelor trăite și asupra cursului vieții. Încă din antichitate s-a remarcat o anumită corelație între caracteriologie și destin, care e explicit prezentă în comentariile tipologiei zodiacale.

**f) „Individuația” identitară a persoanei; unitate, coerență, delimitare, centrare.**

Identitatea persoanei, deși are o structură ce poate fi tripolarizată - prin corp, biografie, delimitare socială - se cere înțeleasă ca un nivel bazal, sintetic și în

același timp constitutiv al psihismului „individuat”; adică caracterizat printr-o individualitate unică și irepetabilă. Identitatea presupune unitatea și coerența, centrarea și delimitarea persoanei, dincolo de faptul că ea integrează în propria-i structură alteritatea (imagourile persoanelor de atașament). Și, în ciuda faptului că în permanență subiectul se „pro-jectează” în preocupări și acțiuni cu obiective în viitor; și se integrează în relații duale și în comunități. Apoi, pe lângă sentimentul subiectiv al identității și unității cu sine, persoana normală e receptată și de către alții ca un tot unitar. Ca o persoană care, în multitudinea aspectelor sale, gravitează în jurul nucleului sinelui său; și constă dintr-un întreg coerent și delimitat, ce se impune cu un profil personalistic propriu pe un fundal socio-cultural cu care interacționează.

Această structură a unei „coerențe centrale” ce asigură unitatea persoanei „individuate”, ține de un model „aperceptiv”, ce se manifestă în toate planurile esențiale ale existenței persoanei; de la cel al acțiunilor realizatoare la cel al relaționărilor interpersonale și al percepției, stând și la baza circumscrierii situațiilor actuale, a prezentului trăit.

Subiectul identitar și individuat este centrat de către propriul sine intențional reflexiv, a cărui nucleu se raportează la lumea umană prin intermediul situațiilor actuale, a prezentului trăit. Sinele centrează, desigur, și durata memoriei biografice. Precum și ansamblul liniilor existențiale ce se desfășoară prin proiecte și preocupări identitare, care străbat situația actuală spre obiectivele lor de viitor. Acest sine axial și nuclear se cere însă înțeles și ca autofundat și autogenerativ, întreținând în manieră intențional reflexivă curiozitatea, imaginarul și gândirea speculativ critică (cogația), creativitatea. Și desigur, odată cu valențele sale sintetizatoare el integrează delimitativ, prin liniile de forță ce le gestionează, ansamblul coerent al dimensiunilor persoanei identitare.

## **6. Raportarea psihică a persoanei la situație**

Parametrii de analiză a psihismului identitar se referă la fundalul încorporat al duratei biografice caracteriale, centrată de sine. Dar manifestarea sa efectivă, fenomenologică, se petrece de fapt prin trăirea situațiilor actuale. Astfel de situații rezultă din întâlnirea subiectului cu diverse evenimente ce se petrec în ambianța sa fizico biologică și în lumea umană în care există. Raportarea perceptivă la o situație dată, presupune ca subiectul identitar aflat într-un anumit moment al existenței sale, să fie vigیل, integrat și orientat în ambianță; receptant și deschis spre noutăți și acțiune. În acest context, el descifrează semnificația datelor situaționale pentru sine; și se angajează în rezolvarea problemelor situaționale.

### **a) Perceperea semnificației situației.**

În raport cu o situație actuală în care subiectul vigیل se orientează intențional, el decupează atențional și selectiv unele din informațiile prezente, pe care le percepe și le prelucrează, interpretându-le; astfel încât, lumea evenimentială

prezentă acum și aici care-l solicită, îi apare ca având o anumită configurație perceptibilă, formată fiind din lucruri – obiecte, corpuri, ființe, persoane, procese, fenomene, entități etc – ce au o anumită expresivitate semnificată, anumit calități; și care se află în raporturi determinate între ele și în raport cu el. Iar din acest cadru, subiectul degajă problematica care-l interesează și în rezolvarea careia el se implică.

Atenția selectivă este un aspect esențial al decupării de către subiect a unei situații actuale semnificative, consecutiv intenționalității sale și solicitărilor sesizate. Semnificația de ansamblu a situației se profilează pe fundalul familiarității și al recunoașterii cognitiv perceptive prealabile a elementelor constitutive ale acesteia. Recunoaștere și familiaritate care permite subiectului o autoplasare situațională mundană de pornire. Informațiile perceptive actuale sunt apoi recepționate activ, uneori subiectul desfășurând chiar procese speciale de investigare, de documentare și raționamente argumentate, până la obținerea unei certitudini informaționale, privitor la evidența datelor perceptive.

Subiectul participă activ la descifrarea cognitivă a situației evenimentiale, orice percepție fiind de fapt și o autopercepție („el se percepe pe sine ca percepând.”). Această implicare se petrece prin însăși corporalitatea sa, el autopercepându-se continuu ca fiind în centrul fizic și problematic al acesteia. Perceperea mesajelor pe care le poartă limbajul discursiv oral sau scris – sau care sunt încifrate în alte coduri și simboluri analoage acestuia – reprezintă un alt aspect specific al percepției umane; ce se conjugă intim cu emiterea de către însăși subiect a unor astfel de mesaje.

Înțelegând semnificația situației problematice, subiectul se angajează de obicei

în rezolvarea ei, actualizând anumite stări dispoziționale, elaborând și implementând proiecte de acțiune și relaționare. Un model standard pentru circumscrierea unei situații actuale poate fi considerat cel al realizării de către subiect a unei scurte acțiuni, prin exercitarea funcțiilor executive; acțiune ce se înscrie apoi în biografie și poate fi relatată. Dar situațiile prezente pot fi variate: o alertă anxioasă, o confruntare beligerantă, transmiterea sau lectura unui mesaj, contemplarea unui spectacol sau a unui peisaj, o situație observațională într-un laborator științific, un act creator etc.

Perceperea formelor semnificative ale entităților lumii ambientale și umane, precum și a semnificațiilor situaționale, e o constantă de fond a existenței subiectului, în mijlocul lumii sale.

### **b) Raportarea dispozițională la situație**

În funcție de semnificația situației și de intenționalitatea circumstanțială a subiectului, se actualizează unele disponibilități personale de atitudine și raportare, care susțin anumite variante de comportamente adaptative. E vorba de felul în care subiectul se poziționează față de situație, mobilizând și facilitând selectarea anumitor informații și competențe de reacție și comportament situațional. Această

„montare” dispozițională poate fi uneori doar circumstanțială, ca în cazul stărilor emotive; dar ea se poate menține o perioadă de timp, susținând anumite modalități comportamentale specifice. Putem menționa: - reacția de spaimă și montarea dispozițională de alertă anxioasă; - reacția de frică și conduita de ascundere în zone protejate; - reacția de scârbă și conduita de rejecție; - reacția de revoltă și dispoziția combativ beligerantă etc.

Dincolo de momentele emotiv circumstanțiale, stările dispoziționale se pot monta și pentru perioade mai îndelungate de timp, așa cum ar fi: - o perioadă de efort productiv și creativ; - dispoziția de curiozitate investigatorie într-o bază de date; - dispoziția de neîncredere și suspiciune în alții însoțită de comportament relațional paranoid; - irascibilitate explozivă cu tendință la confruntare beligerantă; - dispoziția euforică prosocială din urmă a succesului și victoriei; - dispoziția de retragere inhibată și de reculegere depresivă, consecutivă înfrângerii și eșecului etc.

Stările dispoziționale se manifestă și în perspectiva relațiilor interpersonale, actualizând modalitățile specifice pe care le sistematizează circumplexul interpersonal (dezvoltat după modelul lui Bakan). Astfel, în perspectiva axei verticale a acestuia, se poate actualiza o dispoziție asertiv dominatoare (și manipulativă); sau una sumisiv dependentă. Iar în raport cu axa orizontală, la un pol se poate manifesta retragerea din comunicare și comuniune (prin suspiciune, indiferența apatică sau dezinteres depresiv); iar spre celălalt pol, deschiderea spre ceilalți și întâlniri sociale (agreabilitate). În această direcție una din eventualități se referă la planul exterior al sociabilității (de tip captativ, hiperexpresiv, gregar, manipulativ); iar alta la deschiderea spre apropierea și comuniune intimă, în cadrul atașamentului, intimanței și empatiei.

Stările dispoziționale se mai exprimă și în direcția ancorării subiectului în instanța teoreticului cultural, prin modalități aparte de contemplare mistica sau estetică spirituală ; sau, de atitudine speculativă.

#### **d/ Acțiunea realizatoare și relațiile interpersonale**

Semnificația situației actuale este cea care inițiază angajarea subiectului într-un act realizator, pe care-l parcurge apoi după schema „funcțiilor executive”. Decizia și perseverarea în atingerea scopului implică întreaga persoană, centrată acum pe agenția autonomă a sinelui. Realizarea unui act presupune – pe lângă proiectarea și implementarea efectivă a planului de acțiune - o sinteză informativ-perceptivă amplă, din variate surse; și care cuprinde și autopercepția analitică de sine în toate planurile (corporal, identitar biografic și social); și în mod special, autopercepția efectuării de către propriul corp a etapelor de acțiune programate. Iar programarea și controlul desfășurării acțiunii, se derulează în planul modelelor metareprezentationale. Realizarea de către om a unui act se petrece în interiorul lumii sale umane, dimensionată prin logos; astfel încât, actul încheiat și depus și arhivat în memorie poate fi relatat ca parte a biografiei subiectului.

Circumscrierea - menționată în repetate rânduri - a prezentului trăit prin modelul unui act realizator ce poate fi relatat, este una principială și schematică;

care face trimitere la structura (de tip apercceptiv) a coerenței și ordinii întregului acțiunii, centrat și format din părți ce se succed în timp, detașat de pe fundalul accesibil al întregii situații problematice; schemă a „coerenței centrale” care e specifică atât percepției cât și acțiunii. În fapt însă, actele umane sunt extrem de variate; și nu doar în perspectiva duratei temporale ci și în cea a modului de poziționare a subiectului și a obiectivului. Astfel, pe lângă actul realizator invocat mai sus, pot fi menționate de ex.: - actul de investigare și verificare; - comunicarea informațională; - rezolvarea de probleme abstracte; - acte contemplative; - comportamente interpersonale etc.

Între actul comportamental situațional și fundalul duratei identitare, se întinde amintita arie existențială, eșalonată ierarhic, a proiectelor personale, ce au diverse obiective și amplori; și care se corelează cu programele mai ample ale derulării ciclurilor vieții. Iar acestea, se întretes și cu preocupările de clarificare identitar relațională a presupunerilor subiectului. Așa sunt de ex. preocupările legate de polul corporal al persoanei sau de stima de sine (eventualitatea bolii, atractivitatea, respectul și stima socială, problematizarea unei eventuale vinovății); dar în mod special cele privitoare la clarificarea unor stări relaționale (neîncredere-gelozie, respingere, blam, persecuție, supraveghere). În toate aceste direcții subiectul caută să-și clarifice presupuzițiile și credințele, pentru a ajunge la convingeri ferme. Și în acest plan, la fel ca și la nivelul percepției, acțiunii și a structurii funcționale identitar biografice, se manifestă funcția ordonatoare a coerenței centrale.

Relaționările interpersonale sunt cel de al doilea plan în care se manifestă psihismul uman, între prezentul situațional și structura identitară. Astfel de ex., situația actuală se poate circumscrie printr-o confruntare pe viață și pe moarte cu un oponent. Desigur că o astfel de situație e încadrată de percepții semnificante, de actualizarea unor stări dispoziționale corespunzătoare și de un comportament specific. Iar confruntarea se poate încheia prin împăcare și colaborare; sau poate fi urmată de o relaționare de durată de tip dominație/supunere, eventual ambivalentă. Relaționările prelungite pot fi marcate apoi de atitudini și dispoziții de neîncredere, gelozie, frică de agresiune din partea celuilalt. Sau de încredere, cooperare, apropiere, atașament. Se pot dezvolta și scenarii de relaționare în raport cu grupuri organizate de persoane, mai mult sau mai puțin cunoscute; și chiar cu instanțe instituționale sau personaje oficiale și fictive. În raport cu toate acestea, subiectul se poate autoreprezenta meta-reprezențional în anumite situații – eventuale sau posibile – de om persecutat, înșelat, disprețuit, batjocorit, criticat, umilit etc. Deseori preocupările sale identitar relaționale constau în efortul de a clarifica situația fapt care se corelează și cu autoevaluarea subiectului.

Un aspect important al relaționărilor interpersonale – ce se afirmă încă din prima copilărie – se referă la atașamentul și interpătrunderea psihică interpersonală. În cadrul acesteia, celălalt este asimilat, introjectat în propriul

psihism, ca imago reprezentativ. În cadrul coexistenței cu persoanele de atașament subiectul împărtășește cu acestea secrete, cunoștințe, opinii și interese comune, în cadrul unei comuniuni. Subiectul are, astfel, și o relaționare intrapsihică constantă cu alții, cu alteritatea umană. În psihopatologie această structură relațională internă, ce mediază relaționare externă cu persoane reale, se distorsionează.

#### **e/ Comportamentul comunicațional.**

Ansamblul lumii umane e susținut de limbajul narativ critic. Acest fapt face posibilă atât instanța psihică individuală metareprezențională; cât și cea a teoreticului cultural. Dar limbajul e utilizat și în comunicarea interpersonală directă, în continuitatea modelelor biologice. Mare parte din comunicarea situațională a subiectului cu alții se realizează prin expresivitatea mimico gestuală, atitudini și comportamente cu anumită semnificație. Totuși, comunicarea verbală e și la acest nivel esențială. E vorba acum de receptarea și formularea de mesaje lingvistice în raport cu alte persoane prezente - sau cu care se menține o legătură actuală -, în cadrul cooperării, confruntării și disputelor.

Varianta standard a transmiterii unui mesaj are toate caracteristicile unui act realizator, derulat prin schema funcțiilor executive; cu deosebirea că rezultatul e centrat nu pe realizarea unui artefact, ci pe transmiterea unei informații. Deficitul dezorganizării psihice poate afecta însă la acest nivel și valențele logico gramaticale și pe cele semantic-conceptuale ale limbajului utilizat. Caz în care atât conținutul comunicării cât și forma sa pot deveni distorsionate. În cazul unui dialog dialectic, e necesară, alături de emiterea unor expresii adecvate, receptarea atentă și comprehensivă a mesajelor celuilalt, și acordarea cu partenerul în dozarea argumentelor. Iar discursul retoric relevă în plus, valențele expresive ale funcțiilor locuționare.

Limbajul comunicațional susține dinamica colaborării cu alții prin formulări ce exprimă atitudini de tipul: rugămintii, promisiunii, sugestiei, sfătuirii, recomandării; precum și a acordului, toleranței, susținerii etc. Prin el se exprimă apoi atitudini deontice precum: permisivitatea, interdicția, obligația, porunca. Și tot prin limbaj e posibilă duplicitatea minciunii, seducția, manipularea; sau ambivalența, compromisul.

Subiectul folosește limbajul nu doar în raportarea față de alții, ci și față de sine, atunci când își clarifică sie-și o dorință, o speranță, o așteptare; sau atunci când se frământă pentru a lua o decizie și a și-o justifica. Limbajul intervine în dialogul interior al confruntării cu sine, a autoevaluării și autoreprezentării, a autointerdicțiilor și autopermisivităților.

Comportamentul comunicațional este utilizabil și în aria publică, a comunicărilor suprapersonale, unde reprezentanții diverselor instanțe și instituții se pot adresa concomitent mai multor persoane. De fapt, toate practicile umane funcționează prin comportamente lingvistice, inclusiv cultul sacral. Culturile recente se bazează însă tot mai mult pe limbajul scris; care, în ultimul timp, e transmis electronic.

Comportamentul comunicațional cu adresanță directă se poate articula cu cel prin care se realizează produse și opere ce au o adresanță generică, suprapersonală; și care se depun în fondul teoretic cultural de artefacte semnificante și de cunoaștere al unei comunități.

### **f/ Operarea pe modele, strategiile și scenariile metareprezentationale**

Rezolvarea situațiilor problematice este gestionată, încă de mamiferele superioare, pe baza unor modele ale realității date; fapt posibil odată cu progresul teleencefalizării. Acest proces se amplifică la antropoidele superioare, care schițează strategii de tatonare pe modele psihice ale situației, prin încercări și eliminarea eșecurilor; desigur, atunci când timpul o permite. La om, în această direcție se produce un salt major, datorită limbajului narativ critic; și a lumii teoretic-culturale pe care aceasta le face posibile.

Bazându-se pe limbaj, comunitățile umane funcționează dezvoltând o reprezentare cognitivă comunitară asupra lumii în care există. Cunoaștere ce se amplifică odată cu metamorfozele istoriale; și pe care comunitatea o transmite, prin educație noilor generații; implicit fiecărui subiect. Astfel, în memoria fiecărei persoane se inseră și se păstrează, alături de experiențele personale trăite succesiv și o imagine comunitară a lumii; vehiculată de limbaj și de cadrul socio cultural în care se derulează viața de zi cu zi. Autoreprezentarea valorizantă de sine și proiectele existential comunitare propeii, se derulează pe acest fundal.

. Acest fond mnestic personal, bazat în esență pe cel al secvențelor biografice, e angrenat într-un permanent dinamism circulant, care-l reorganizează, actualizând succesiv diverse secvențe. Faptul se evidențiază, mai ales în visele ce se derulează în condițiile deconectării prin somn de la informațiile ambientale actuale din somn ; sau, în reveriile reprezentărilor imaginative. În stare vigیلă, subiectul poate resimți această pulsație în fundalul scenei subiectivității sale reprezentative, ca și curs ideativ. În starea vigیلă normală, odată cu orientarea subiectului spre problematica unei situații actuale, fundalul mnestic e mobilizat și el selectiv; agregându-se în direcția servirii subiectului cu informații adecvate situației problematice date; care e modelată pe o scenă metareprezentatională actuală. Pe modelul său metareprezentational pe care îl centreează, el schițează apoi strategii eventuale de rezolvare, comparând evaluativ șansele acestora prin inferențe raționale. Înainte sau după decizia de implementare în acțiune a strategiei alese – care e articulată cu dispozițiile adecvate ei - el poate căuta informații suplimentare, nu doar în memorie și ambianța; ci și în diverse baze de date ale culturii. Sau se poate sfătui cu parteneri, pe tot parcursul rezolvării practice a situației. Iar atunci când situația problematică implică relaționări interpersonale sau clarificarea unor probleme identitare, subiectul poate desfășura pe scena sa reprezentatională imaginativă adevărate scenarii, în care se autoreprezintă pe sine în situații conflictuale posibile.



Modelul sugerat mai sus poate avea multiple variante. În unele cazuri ce pretind soluții rapide, strategia la nivel metareprezentational e condensată sau scurtcircuitată prin decizii rapide. Pentru situații a căror rezolvare permite mai mult timp, evaluarea pe astfel de modele poate fi amplificată, printr-o corelare cu parametrii vieții ambiționale. Apelul la instanța cognitivă a scenei metareprezentationale se cere comentat apoi și din perspectiva multiplelor linii paralele a variatelor proiecte în care subiectul e angajat concomitent, pe diverse termene. Precum și a faptului că, unele situații problematice sunt secvențe ale unor comportamente cu scop îndelungat, ce au ca obiectiv soluții a unor probleme existențiale ierarhizate.

Rezolvarea situațiilor problematice mai trimite și la posibila conectare a subiectului cu programele suprapersonale ale practicilor instituționalizate; cu problemele ce se derulează în acest cadru prin dezbateri publice și colaborare, invocându-se o cunoaștere teoretică culturală comunitară, din care se împărtășesc mai mulți. Astfel de ex., subiectul poate participa la studierea unei probleme științifice – e.g. de fizică matematică – în cadrul unui program de cercetare ce se derulează în cadrul unui Institut de cercetare științifică. Sau, poate fi implicat în Parlament în elaborarea unei legi, pe fundalul legislației în vigoare. Ori, la definirea unui plan de acțiuni colaborative. De fapt, fiecare om participă la rezolvarea a unor multiple probleme ce privesc și angrenază concomitent mai multe persoane, oprând în instanța neormativ valorică și a unui câmp de cunoaștere teoretică.

## **7. Griji, proiecte și preocupări în perspectiva ciclurilor vieții și a vieții cotidiene.**

Tradiționala psihologie a facultăților și funcțiilor psihice se cere integrată în cea a identității personale și a rezolvării situațiilor problematice. Dar această orientare spre procesualitate informațională trimite și mai departe, spre încadrarea psihismului subiectului concret în nișa sa ecologică umană; și astfel spre viața cotidiană. („lume a vieții cotidiene” - Lebenswelt - cum o eticheta Husserl) Apoi, psihismul individului uman se cere privit și din perspectiva dezvoltării și a ciclurilor vieții, ce se desfășoară între naștere și moarte, într-un mediu fizic și uman determinat; în mijlocul unor rețele sociale proxime și a unor practici instituționalizate interconectate date, ale unei anumite comunități culturale istorice.

În sec.XX s-a început deja studierea metodică a psihologiei genetice, a dezvoltării psihismului de-a lungul perioadelor ontogenetice succesive, până la vârsta adultă; și apoi a psihologiei bătrâneții. Precum și psihologia diferențială a sexelor. Pe de altă parte psihanaliza și psihologia relațiilor interpersonale au furnizat variate cunoștințe asupra structurării relaționale a psihismului individual, în dinamica vieții sale. La care se adaugă problematica statutelor și rolurilor sociale; și apoi, psihologia profesiilor. Multe aspecte noi ale interacțiunilor în mediul interpersonal intim au apărut și odată cu terapia sistemică familială.

O perspectivă interesantă a deschis înțelegerea și studierea problematicii psihice a unei persoane date, în calitatea sa de membru a rețelelor sociale proprii, unor subgrupe specifice de relaționare apropiată și publică, ce fac parte din structuri ale practicilor insituționalizate. E vorba de rețelele implicate în educație, formarea și activitatea profesională, cele raportate la contextul locativ, vecinal și civic administrativ, cultural, spiritual; inclusiv ale prietenilor și cunoștințelor (mai recent exersat și pe Facebook). Și, mai ales, derularea vieții în familia de origine și în familia pe care subiectul și-o constituie singur; care se poate amplifica apoi prin copii. Toate aceste contexte și interacțiuni psihosociale în microgrupuri, înglobează și încadrează existența de zi cu zi a subiectului de-a-lungul biografiei sale.

Cadrele relaționale de existență menționate mai sus coexistă; și ele se metamorfozează în paralel de-a lungul derulării vieții. În aceste contexte subiectul exercită anumite statute și roluri sociale și are relaționări relativ stabile cu alții, pe diagrama intim/public, uneori sub forma unor legături, mai mult sau mai puțin stabile.. Persoanele ce petrec multă vreme în apropierea subiectului pot fi o sursă importantă de formare, suport, afirmare de satisfacții; dar și de stres prelungit. Evenimentele ce afectează persoanele din rețelele proximale, pot fi resimțite și de către subiect; conducând la reacții psihice și probleme de readaptare. Subiectul poate avea probleme de adaptare la plecarea din microgrup a unei persoane de care se simte legat; sau la apariția în mediu proxim a unei persoane noi. Schimbările de viață și readaptarea la noi rețele sociale poate fi dificilă.

Persoanele și mediile umane amintite pot constitui pentru subiect obiectivul unor griji, preocupări și proiecte personale de durată. Așa ar fi de ex. cele corelate studiului, câștigării de competențe, ascensiunii profesionale, schimbărilor și retragerii din plan profesional etc. În acest context un rol special îl joacă relațiile intrafamiliale. O familie proprie, ce se poate constitui în urma unei legături romantice, poate avea o istorie variată. Ea poate avea inițial probleme de asigurare a unui habitat adecvat. Urmează planificarea și nașterea copiilor, problemele ridicate de creșterea și educarea acestora. În relațiile de cuplu pot apărea tensiuni, neîncredere, gelozie, conflicte, despărțiri, reîmpăcări....desfacerea unei căsătorii...recăsătoria. Ansamblul problematic al grijilor, proiectelor și preocupărilor corelate ciclurilor vieții și a relaționărilor stabile pe care acestea le implică, e prezent în permanență, ca un fundal, în instanța metareprezentatională a psihismului individual; alături de continua autoreprezentare identitară autoevaluativă.

Odată cu ciclurile vieții și mediul relațional relativ stabil în cadrul cărora acestea se desfășoară, se cere însă coborât și mai adânc, spre viața cotidiană curentă a persoanei, spre grijile și preocupările sale cutumiere. Aceasta trimite explicit spre structura delurării vieții de zi cu zi; care implică însă în fundal și concretețea spațiului geografic și de habitat a unei civilizații istorice. Comunitatea din care o persoana face parte, e conturată apoi cultural; printr-un limbaj anume, ce susține narativități istorice, privitoare la cunoașterea naturii, a invocării

transcendenței etc. Dar el e marcat și printr-o anumită configurație a artefactelor și tehnologiei – unelte, instrumente, mașini -, prin stiluri specifice de comportament și comunicare; prin obiceiuri, tradiții, credințe, prejudecați, evidențe, stiluri comportamentale corelate practicilor curente etc. Și deasemenea, prin normativitatea valorică ce susține familia, domeniul muncii, zonele de funcționare publică și de cult. Toate acestea constituie o pânză de fond atât pentru relaționările prelungite cât și pentru grijile și preocupările pe care subiectul le dezvoltă cu titlu personal. Și cu atât mai mult pentru evenimentele și situațiile problematice actuale, în care subiectul se angajează, clădindu-și biografia și drumul său de viață personal.

Proiectele de acțiune actuale și preocupările identitar relaționale ce se inițiază la un moment dat, se degajă pe acest fundal al „continuumului” de preocupări, ce persistă în fundalul psihismului identitar, constituind atmosfera raportării sale constante la noi situații prezente.

### **8. Reflexii ale lumii umane în psihismul persoanei**

Existența persoanei se derulează prin participarea sa la practicile instituționalizate, a căror coerență e menținută prin logosul teoretic al culturilor. Acestea s-au diferențiat mult după ce homo sapiens a devenit sedentar, dezvoltând o cultură materială și spirituală sprijinită pe cunoștințe crescânde despre lume, pe norme și valori. Instanță cultural teoretică în care subiectul se autoproiectează. Mediul teoretic al culturii ce are la baza sa limbajul uman (logosul), constituie atmosfera specifică a existenței oamenilor, dimensionând în mod specific orice psihism individual; mai ales prin intermediul instanței sale metareprezentationale. În cazul persoanelor concrete se pot reliefa, mai mult sau mai puțin pregnant, trăiri ce se dezvoltă preeminent odată cu exercitarea unor anumite practici umane ancorate în cultură, în mijlocul lumii umane.

Participarea la ritualul sacral ocazionaază subiectului o serie de trăiri diferite de cele ale vieții cotidiene, dat fiind faptul că acum el e transportat într-o altă temporalitate și lume. Dimensionarea trăirilor personale prin instanța transcendenței, conturează un alt tip de prezent trăit, distinct de cel ce se manifestă curent între parametrii vieții cotidiene. Subiectul își poate exercita credința și rugându-se în solitudine; sau poate adopta o viață monahală. Eventual, poate avea trăiri extatice, în care se simte apropiat de plenitudinea ființei sacrale. Cum, pe de altă parte, istoria culturală semnalează trăiri ce trimit la sentimentul posesiunii de spirite. Dar dincolo de toate aceste eventualități, instanța personajelor și entităților supranaturale poate fi prezentă continuu, zi de zi, în fundalul psihismului, pentru credincioșii care le invocă în mijlocul vieții cotidiene. Se poate evidenția de altfel o continuitate cu instanța „spiritelor strămoșilor”, cu spiritul celor decedați; precum și cu personajele narațiunilor culturale de diverse tipuri. Iar toate acestea se pot articula, cu însăși re-prezentarea subiectului și cunoștințelor sale, în calitate de

personaj. Pe de altă parte, reprezentanții cultului sacral sunt și ei oameni, care prin profesia lor trăiesc într-o atmosfera psihologică aparte.

Practica sacrală introduce apoi în viața oamenilor sărbătorile, ce au și ele o temporalitate diferită de cea a muncii și a vieții cotidiene. Participarea la sărbătorile sacre și profane induce și exersează în psihismul uman trăiri aparte. Prima secvență a sărbătorilor este sobră, însoțită de abstinence și comportamente ritualice. A doua se manifestă printr-o dispoziție expansivă dezinhibată, prosocială, euforică, de petrecere. Sărbătorile se extind apoi și marchează și secvențe semnificative ale ciclurilor vieții – nașterea, căsătoria - , precum și comemorările și succesele comunitare. Iar ritualul înmormântării se plasează la începutul perioadei oficiale de doliu depresiv, în urma morții unui membru al comunității. <sup>1</sup>

În continuarea ritualurilor și sărbătorilor s-au dezvoltat apoi spectacolele culturale (de teatru, muzică, dans), la care subiectul participă contemplativ; precum și spectacolele corelative pregătirii pentru... și succesului în război (de tipul olimpiadelor și jocurilor sportive, a defilărilor triumfale). Timpul spectacolelor și al sărbătorilor derivă din cel mitic, pe care-l prelungește. În această arie se plasează deasemenea și receptarea recitării narațiunilor de tipul epopeilor, legendelor, basmelor; iar apoi, lectura literaturii de ficțiune. Temporalitatea care susține participarea la narativitatea culturală – a epopeilor, tragediilor, literaturii de ficțiune – se corelează și ea (așa cum demonstrează Eliade) cu cea a miturilor sacrale, extrăgând parțial subiectul din prezența sa directă la evenimentele nemijlocite ale cotidianității. Pe de altă parte, cultura literară și cea a spectacolelor își are și ea profesioniștii săi. Adică persoane care creează opere de cultură și își asumă rolul de a le prezenta publicului spectator. Dimensiunea de „creator de cultură” și cea de „organizator și executor al spectacolelor publice” se diferențiază, ca o posibilă direcție de manifestare particulară a psihismului persoanei.

În acest teritoriul teoretic al narativității culturale se plasează însă și istorisirile despre celeîntâmpalte efeciv, relatările și reportajele istorice, istoria comunităților cuprinsîn epopei și legende,; dar și așa cum s-a constituit ea în modernitate, ca istorie a omenirii; incluzând și biografiile. În cadrul tuturor acestora, oamenii reali reapar în postura de personaje. Apropiindu-se astfel de condiția personajelor de narațiune – fictive sau evocând persoane reale – care apar ca entități cu anumite determinații, fiind și ele caracterizabile. Caracterizarea altora, evocați în comentariile unei comunități, este însă - așa cum s-a comentat - însăși punctul de plecare a caracterologiilor culturale și științifice. Iar autoreprezentarea de sine în scenarii posibil narrative și caracterizante, se află la baza configurării și resimțirii de către orice persoană a propriei identități.

Instanța teoreticului cultural impregnează apoi însăși derularea practicilor instituționalizate, ghidate de norme și valori; ce se desfășoară în cadrul unei ordini sociale ierarhizate. În acest context, funcțiile deontice configurează etosul – moralitatea – comunitară. Precum și normativitatea juridică, statutele și rolurile sociale și prescripțiile ce ghidează practicile. Exersarea diverselor practici solicită și cultivă modele comportamentale specifice; de ex. pentru munca agricolă sau industrială, pentru activitatea pedagogică, medicală, administrativă, militară, politică. Politicianul trebuie să exprime valențe comunicaționale crescute, charismă și capacitate de a-i convinge pe alții. Implicat fiind în normativitatea valorică a practicilor, subiectul ajunge să fie, inevitabil, atent la atitudinea față de el, nu doar a celor pe care-i știe din rețelele sociale proxime; ci și a reprezentanților – cunoscuți și necunoscuți – ai instituțiilor publice ierarhice. În acest mediu se constituie și se manifestă nevoia de a fi respectat, sentimentul onoarei, rușinii, ostilității, persecuției; precum și cel de vinovăție.

Un alt plan al teoreticului cultural se desfășoară în plan cognitiv, articulându-se cu propria cunoaștere și reprezentare despre lume – despre natură în primul rând - ce se desfășoară în plan metareprezentational. E vorba acum de împărtășirea subiectului din cunoașterea comunitară teoretică asupra lumii, care e vehiculată transgenerațional de instituțiile educative. Și care se amplifică prin aportul cercetărilor din domeniul științific și filosofic. Această cunoaștere reprezentativă este bazată și ea pe limbajul comunitar. Dar mai ales pe valențele descriptive, logico semantice – silogistic categoriale - și matematice – geometrico aritmetice – ale limbajului.

Tradiționalul homo sapiens și-a dezvoltat cunoașterea despre lume în marginea reprezentărilor și credințelor magico religioase. Cunoaștere ce a avut ca obiect inițial natura înconjurătoare, a cărei reprezentare este interpretată cauzal, în perspectiva unor cunoștințe care să sprijine practica sa productivă. Această cunoaștere a apelat însă tot timpul și la entități fictive și conceptuale; precum și la reprezentarea analitic abstractă și funcțională a spațio temporalității, într-o modalitate matematică. Geometria s-a dezvoltat în corelație cu măsurarea pământului, producția de unelte și realizarea construcțiilor; iar aritmetica în marginea elaborării calendarului (pe baza observării cerului), a măsurării recoltelor și a comerțului. În vremea antichității greco romane, odată cu metamorfoza mitului în narațiune istorico-evenimentială, filosofia a susținut și dezvoltarea științelor naturii. Iar matematica, artele (aritmetica - muzica, geometria - arhitectura etc)

Odată cu moderintatea Europei, științele despre lume s-au dezvoltat progresiv și amplu, într-un plan meta-reprezentational al modelelor teoretice. Teorii științifice care au ridicat exigența unei fundări axiomatice, a coerenței logice și a unei calculabilități matematice valide; având în acelș timp o trimitere adecvată la factologia lumii obiective (obiectivabile). Preocupările oamenilor în aceste direcție

a „practicilor teoretice științifice”(Husserl) s-a bazat pe funcții psihice cognitive specifice, intrinseci psihismului uman; pe care le-au exersat continuu provocarea de a rezolva probleme. Pe de altă parte, universul teoreticului a fost fundamental susținut de specificul uman al limbajului discursiv critic.

Instanța logică și matematică e intrinsecă realității obiective; deci și omului. La acesta, ea se exprimă în primul rând în cadrul limbajului. Limbajul uman conține în structura sa gramaticală toți functorii logicii formale. Iar semantica cuvintelor este punctul de plecare pentru analitica conceptelor; ce stă la baza categoriilor teoriilor științifice. Dar logica explicită, se dezvoltă și ea prin practica teoretică a logicienilor. După cum matematica, se dezvoltă prin practica speculativă a matematicienilor.

Dimensiunea cognitiv științifică a culturii omenești se reflectă și ea în structura psihismului individual, în manifestările sale curente, ale vieții cotidiene. Ea este vehiculată în această direcție de limbaj, de educație, de atitudinea observațional descriptivă și sistematizatoare, de argumentare logica și de comportamentul comunicațional. Apoi, explicația cauzală este un element firesc al vieții de zi cu zi. Iar speculația abstractă și analiza filosofică a conceptelor, este o potențialitate înscrisă în orice om; la fel ca și cea poetică sau narativ culturală.

### **9. Spațio-temporalitatea specifică psihismului și structura funcțională a coerenței centrale.**

Identitatea activă a psihismului conștient implică și exprimă – în perspectivă fenomenologică – și o spațio temporalitate proprie, ce se intrică cu o specifică cauzalitate; și cu structura funcțională apriorică a coerenței centrale.

a/ Spațialitatea. Comentarea spațialității antropologice implică termeni tradiționali precum: locul, direcțiile de orientare, evaluarea distanțelor, problematica centrului, a limitei, a interiorului și exteriorului, a transcenderii etc. (Chenar..)

Problematica spațialității e corelată cu cea a temporalității, a relațiilor de ordine, a cauzalității și mișcării (acțiunii)(Chenar..). Științele fizico matematice au studiat spațialitatea dintr-o perspectivă determinată; ea apare însă cu anumite specificități și în aria de ființare a biosului și antroposului. Astfel, viața plantelor și animalelor implică, pe lângă locul ce-l ocupă însăși corporalitatea lor, și locul – locația - lor de reproducere și de creștere a noilor generații; deci, locuirea într-un teritoriu asumat, într-un ecosistem ambiental. Și, mai departe, pentru unele animale, staționarea imobilă mai îndelungată în perioada rece hibernarea; sau și migrațiile în alte locuri. Iar homo sapiens, după ce a devenit sedentar, își amenajează un spațiu al lumii fizico biologice pe care-l cultivă și pe care-l locuiește activ, în care și construiește locuințe, clădiri administrative, temple și drumuri. Spațialitatea și temporalitatea - specifică psihismului uman se degajă pe acest fundal.

Chenar 108

### **Perspective istorice de comentare a psihismului uman.**

Antichitatea a comentat psihismul într-o perspectivă filosofic epistemologică, concomitent cu speculațiile privitoare la un subiect-substrat (hipokeimenon) și o ființă (ousia) dotate cu determinatii formal calitative și categoriale (ființa era caracterizată de Platon ca identică cu sine, distinctă de alteritate și activă). Psihismul cunoscător a lui Aristotel recepta prin simțuri informații din lumea exterioară, pe care le transmitea și prelucra noetic cu ajutorul simțului comun, fantasiei, memoriei și intelectului intuitiv (nous). Cunoașterea mai presupunea apoi intervenția logosului uman, prin logica categoriilor, conceptelor, propozițiilor, silogismelor; prin gândirea discursivă (dianoia), argumentare, retorica opiniilor și silogismul practic (sofrosine); iar etosul omului era susținut de virtuți (arte).

În vremea scolasticii e introdusă ideea intenționalității intelectului activ. Apoi, cea a eului și sinelui (pe care omul le-ar împrumuta, prin contemplare, de la Dumnezeu creator). După Renaștere, psihismul a fost comentat din perspectiva unei subiectivități conștiente, ce se polarizează cu o lume obiectivă, populată cu obiecte corporale dotate cu proprietăți sensibile și cu oameni. În modernitate, Leibnitz a atras atenția asupra delimitării perceptive în receptarea informațiilor actuale și a organizării apercetiv sintetice a acestora; și a subliniat că omul poate comenta analitic adevărurile conceptuale exprimate prin limbaj. Iar odată cu Kant, s-a acceptat fenomenalitatea unei lumi umane ce se desfășoară la intersecția dintre : - o conștiință estetică și intelectuală a eului persoanei, structurată prin categorii apriorice (transcedentale); și : - datele pozitive oferite de lumea perceptibilă (ce au în spate "lucrul în sine").

Fenomenologia din sec. XX a reluat ideea intenționalității, care acum caracterizează conștiința (reflexivă) încorporată; comentând și temporalitatea ce se deschide odată cu prezența la lumea ce i se prezintă subiectului, sub un orizont; precum și relaționarea inter-subiectivă (a faptului-de-a-fi-împreună) în cadrul unei lumi (umane) aflată "la îndemână"; și sub orizontul căreia se proiectează în viitor, prin preocupări și practici.

Loc și centru. În perspectiva psihismului conștient, subiectul î-și resimte sufletul (mintea) ca localizată în interiorul identității propriiei identități corporale. Iar centrul acestei minți, care se sprijină pe memoria biografică, e resimțit ca un sine intențional și reflexiv, autofundat (autogenerator = a fi "în sine și prin sine") și sintetizator. Din acest sine central și identitar iau naștere propriile gânduri, amintiri, reprezentări, decizii, toate plasate ca emergând din spațiul interior al subiectivității intime și autocontrolate. Subiectul resimte constant că propriile trăiri îi aparțin; că el își poate păstra doar pentru sine propriile secrete; că el este identic cu biografia sa, distinct de lume și de alții, de mintea acestora. Iar trimerile

relaționale de orice fel, au în permanență o conotație de referință la propriul sine; ca la un criteriu axial (subiectul resimte că “el este centrul lumii sale”). Propria agenție autonomă izvorăște din nucleul sinelui său și aparține identității sale. Centralitatea reflexivă și autofundată a sinelui identitar se menține constantă în normalitate; cu toate că subiectul trăiește și raportări relaționale intersubiective duale, de interpătrundere, de împărtășire a cunoștințelor, secretelor, opiniilor, deciziilor. Iar prin proiectele și preocupările sale, el se ancorează în lumea fizică și umană “exterioară”, în mediul ambiental. Toate acestea fac ca vectorialitatea orientării spațio temporale a persoanei, în funcție de un obiectiv fixat, să fie complexă.

Chenar 109

**Concepte și metafore spațiale**

Loc/locație

deplasare către....direcție

Locație/loc

aproape

drum.....evaluări metrice

departe

coordonate, vectori, repere



Spațialitatea trăită de persoana conștientă poate fi comentat mai ales din perspectiva acțiunii realizatoare, a relaționărilor interpersonale și a operării psihice în instanțe teoretice.

Raportarea activă a persoanei la lumea cunoscută și cognoscibilă e întotdeauna orientată spațial, după multiple coordonate, esențială fiind vizarea și atingerea unui obiectiv prin parcurgerea unui drum, constituit din etape succesive.

Orientare (coordonate, vectori, dimensiuni, repere). Un prim nivel al orientării omului activ e cel în raport cu lumea fizico biologică înconjurătoare; fapt ce implică stațiunea și deplasarea sa bipedă. Iar coordonatele spațiului tridimensional sunt modelate și prin manipularea uneltelor, (instrumente, mașini). Apoi, spațiul omului ce a devenit sedentar după neolitic, e organizat de el însuși, cu polarizea între intimitatea locuinței și zonele publice ale muncii, administrației și exercitării cultului sacral. Iar limbajul uman instituie semne și simboluri, ce marchează orientarea și distanțele cu semnificații particulare

Drum, etape, distanțe, evaluări metrice. Angajarea în acțiuni cu scop presupune un obiectiv și un proiect, ce constă din etape succesive ce se vor desfășura apoi spațio temporal și cauzal pe direcția unui drum, marcat de repere. Parcurgerea succesivă a etapelor presupune continuu și evaluări metrice a distanțelor, privitoare la apropierea sau depărtarea de obiectiv. Intervin la acest nivel situații ce sunt calificate prin etichete precum : - aproape (proxim), familiar, accesibil, permis; sau : - departe, străin (necunoscut, nefamiliar) interzis, periculos, inaccesibil. ( Iar primul pas îl constituie însăși adeziunea motivată față de proiect și de lumea sa corelativă; căci poate interveni și desafiarea, neadeziunea, delăsarea, indiferența).

Menținându-se metafora drumului spre obiectiv (țel) în continuare apar multiple aspecte secundare precum : - mijloace care-l pot facilita (atât fizic cat si prin cunoașterea ce oferă variante, procedee de acces ); - dificultăți, obstacole, blocaje - versus facilități, oportunități; posibila seducție a unor drumuri colaterale,

Orientare (coordonate, vectori, dimensiuni, repere). Un prim nivel al orientării omului activ e cel în raport cu lumea fizico biologică înconjurătoare; fapt ce implică stațiunea și deplasarea sa bipedă, orientată de anumite axe – înainte, înapoi, la dreapta, la stânga, în sus, în jos. Iar coordonatele spațiului tridimensional sunt modelate și prin manipularea uneltelor, (instrumente, mașini). Apoi, spațiul omului ce a devenit sedentar după neolitic, e organizat de el însuși, cu polarizare între intimitatea locuinței și zonele publice ale muncii, administrației și exercitării

cultului sacral. Iar limbajul uman instituie semne și simboluri, ce marchează orientarea și distanțele cu semnificații particulare

Drum, etape, distanțe, evaluări metrice. Angajarea în acțiuni cu scop presupune un obiectiv și un proiect, ce constă din etape succesive ce se vor desfășura apoi spațiu temporal și causal pe direcția unui drum, marcat de repere. Parcurgerea succesivă a etapelor presupune continuu și evaluarea metrică a distanțelor, privitoare la apropierea sau depărtarea de obiectiv. Intervin la acest nivel situații ce sunt calificate prin etichete precum : - aproape (proxim), familiar, accesibil, permis; sau : - departe, străin (necunoscut, nefamiliar) interzis, periculos, inaccesibil. (Iar primul pas îl constituie însăși adeziunea motivată față de proiect și de lumea sa corelativă; căci poate interveni și desafilieră, neadeziunea, delăsarea, indiferența).

Menținându-se metafora drumului spre obiectiv (țel), în continuare apar multiple aspecte secundare precum : - mijloace care-l pot facilita (atât fizic cât și prin cunoașterea ce oferă variante, procedee de acces ); - dificultăți, obstacole, blocaje - versus facilități, oportunități; posibila seducție a unor drumuri colaterale, tot mai ample ramificate, cu eventuale rătăcirii, cu pierderea reperelor pentru reîntoarcere la drumul principal; - amenințări și pericole, versus susținere, protecție, sprijin; - uitarea sau devalorizarea obiectivului principal.

Spațialitatea relațională, interpersonal socială, se desfășoară pe distanța dintre intim și public; atât în raportările situaționale cât și în cele prelungite. Un număr relativ restrâns de persoane sunt întâlnite în aria privată a familiei și a cunoștințelor; iar câțiva dintre aceștia sunt în legături de intimitate și interpătrundere afectivă cu subiectul, cu împărtășirea secretelor, preferințelor, dorințelor, deciziilor, gândurilor. În raport cu aceștia, subiectul se raportează cu atașament și rezonanță afectivă. Pierderea lor e trăită depresiv. Apropierea de această zonă intimă e de obicei treptată, începând cu o cunoaștere circumstanțială; și trecând prin poziționări de distanțare tot mai mici. Iar în sens invers, persoane intime se pot îndepărta treptat afectiv de subiect, devenindu-i indiferente sau chiar ostile. Alte grupe de persoane se plasează constant la distanța medie a cunoștințelor; apoi în poziție de persoane oficiale, de străini și de “oricine”.

Poziționarea atitudinală dispozițională afectivă este și ea intricată cu problematica spațială, putând oscila între: - deschiderea receptantă întru apropiere și apoi contopire; - tensiunea ținerii la distanță (cu suspiciune); - opozitivitatea confruntării beligerante; - atitudinea dominatoare (și manipulativă), cea sumisivă, indiferentă (îndepărtarea, răceala afectivă) etc. În cadrul relaționărilor se desfășoară și scenarii reprezentative – ce implică și spațialitatea relaționărilor -, în care subiectul și ceilalți apar cuprinși în intrigi dramatice în curs de desfășurare. Care pot să se mențină în imaginar; sau pot fi transpuse în comportament relațional.

Spațialitatea în aria lumii umane teoretico culturale – susținută de limbaj - are multiple planuri ce se intersectează, ce pot fi etichetate metaforic ca “teritorii n-

dimensionale”; toate organizate printr-o secvențialitate ordonatoare, similară celei a limbajului discursiv și acțiunilor cauzale. Una din principalele dimensiuni e cea narativă, care se întinde între reprezentările mnestic istorice până la cele mitico literare. Dar aria teoreticului cuprinde și descrierile de tip științific, ce se organizează apoi în teorii științifice asigurate logico matematic, în spații n-dimensionale. Teritoriile teoretice transgresează imanența spațiului fizico biologic. La fel cum timpul mitico narativ se plasează pe o altă orbită decât temporalitatea acțiunii nemijlocite; astfel încât, metaforic vorbind, se poate face trimitere la diversele „tărâmurii” pe care le străbat personajele din basme.

b/. În perspectiva temporalității, dezbaterile tradiționale trimit la comentarea prezentului trăit, prin diferențierea acestuia de trecutul rememorabil și de viitorul sperat și proiectat. S-a propus ca acest prezent să fie circumscris prin perioada realizării unei acțiuni ce poate fi ulterior narată; astfel încât, prezentul trăit să aibă o durată, o structură și o dimensionare prin logos. Dar prezentul trăit se poate realiza și în perspectiva unei relaționări, a trăirii unui eveniment comunitar la care participă mai mulți; sau prin rezolvarea unei probleme teoretice.

Într-o perspectiva psihismului individual, episoadele trăite ca evenimente actuale se diferențiază pe fundalul duratei existenței identitar caracteriale a subiectului, care se desfășoară între apariția memoriei infantile și prezent. Experiențele trăite actual, sunt depozitate ulterior în această memorie biografică a persoanei, a cărei fundal integrativ susține însăși identitatea persoanei.

Între prezentul trăit și fundalul identitar se desfășoară evantaiul liniilor suprapuse și intersectate a multiplelor proiecte, relaționări și preocupări, cu diverse obiective și durate; ce se derulează concomitent. În raport cu care, situația problematică actuală poate fi doar o secvență. Fundal care asigură subiectului o libertate de acțiune în lumea sa.

În plus, proiectele și preocupările subiectului se integrează în perioade și cicluri de viață, ce se succed între maturare, vârsta adultă și îmbătrânire; toate derulându-se în mijlocul rețelelor sociale comunitare.

Psihismul persoanei se articulează și se armonizează cu ritmuri temporale pe care el le trăiește în calitate de ființă biologică. Dar și cu cele ce-i sunt mai mult sau mai puțin externe în plan social antropologic și cosmic. Astfel, el se sincronizează cu ritmurile persoanelor de atașament din rețelele sociale proxime sau cu care colaborează îndeaproape. Apoi, se conformează temporalității sociale oficiale, pe care o măsoară ceasornicele; și care organizează ritmul practicilor sociale, la care participă; punctat și el de secvențele sărbătorilor. Toate, subordonate timpului cosmic, al nopților și anotimpurilor.

În sfârșit, nu poate fi ignorată nici temporalitatea ce se desfășoară în planul teoreticului cultural, la care orice subiect e articulat. Un timp special e cel al ritualurilor sacrale, pe care practicile religioase îl reactualizează constant. Dar similar acestuia sunt și temporalitățile narrative; ale epeilor recitate, ale spectacolelor de tragedie, a lecturii romanelor de ficțiune etc.; cu care subiectul

unei socioculturi se conectează constant. În sfârșit, în lumea oamenilor se infiltrează și temporalitatea teoreticului științific matematic; concretizat apoi în artefacte, unelte și mașini.

Ansamblul acestui larg diapazon al temporalității este fundalul și atmosfera în care se impune prezentul existenței persoanei; ce are în spate identitatea duratei sale biografice, respirând temporalitatea culturii comunitare.

Început și eternitate. Comentarea tradițională a temporalității mai are doi poli specifici, diferiți de temporalitatea psihică fenomenologică a „omului finit”; adică, a persoanei ce își derulează existența între nașterea și moartea sa, centrat de actualitatea trăită, ce se reliefează pe fundalul duratei identitare. E vorba de doua aspecte ce au fost aduse în discuție încă de pe vremea abordărilor mitologico sacrale; și care se cer abordate și la nivelul psihismului. E vorba de începuturi și de eternitate. În istoria religiilor, Eliade a subliniat importanța “timpului matricial” de urgență, în care se consideră că a luat naștere – prin intervenția creatoare a forțelor supranaturale – tot ceea ce există; inclusiv lumea în ansamblul ei. Iar ritualurile mitice trimit constant la acest “in illo tempore”; demers cu valențe regeneratoare. Dincolo de perspectiva mitologică, problematica începutului creativ se menține și în cadrul existenței curente, inclusiv în psihologie; unde apare ca problematică a ”sintezei creatoare a ceva nou”. A doua temă e cea a eternității transtemporale, pe care mitologiile o plasează tocmai în domeniul de existență a entităților supranaturale”absolute”, fără de început și sfârșit. Pentru psihismul uman problema se pune în două ipostaze experiențiale : - cea a plenitudinii extazului; și cea a vidului plictisului, a golului indiferenței totale, depersonalizante. În raport cu problematica începuturilor și a eternității se manifestă și tema speculativ filosofică a nimicului, a inexistenței.

c/ Structura funcțională organizațională a coerenței centrale. Atât dimensiunea identitară, cât și cea spațio temporală a manifestărilor active a persoanei și cea a diversității existențiale (Unu multiplu), implică o structură funcțională aparte, corelată centralității. E vorba de “coerența centrală”, ce se impune și la nivelul prezentului trăit și la cel al identității persoanei. Această structură formală, are valențe ontologic-categoriale și se referă la întreguri constituite din părți, organizate printr-o ordine ierarhică și o centrare autoafirmată; centrare care-i asigură o coerență delimitativă și o interacțiune definită, cu elementele mediului ambiental accesibil. (Această structură apriorică organizațională apriorică operează cu supracategorii precum: identitate/alteritate. Unu, unu/multiplu, ordine a succesivității și a incluziunii, centru/limită, nelimitat (infinit), stare/mișcare etc. )

Identitatea biografică a persoanei încorporate și circumscrise social, e centrată – așa cum s-a comentat - de sinele său intențional reflexiv, autogenerativ și sintetizator; astfel încât, secvențele biografice se mențin într-o ordine coerentă și accesibilă, participând activ la manifestările actuale, care o îmbogățesc. Coerența centrală care, asigură la acest nivel identitatea cu sine; și distincția de alții și de lume, cu menținerea unei agenții autonome responsabile.

Prezentul trăit e organizat și el în conformitate cu parametrii structurali ai unei coerențe centrale, atât la nivel perceptiv cât și la cel al acțiunii cu scop; și cu efecte, ce se detașează de mediul extern și intern. Sinele nuclear și conștient centrează acest prezent trăit prin intermediul căruia, existența persoanei se derulează efectiv.

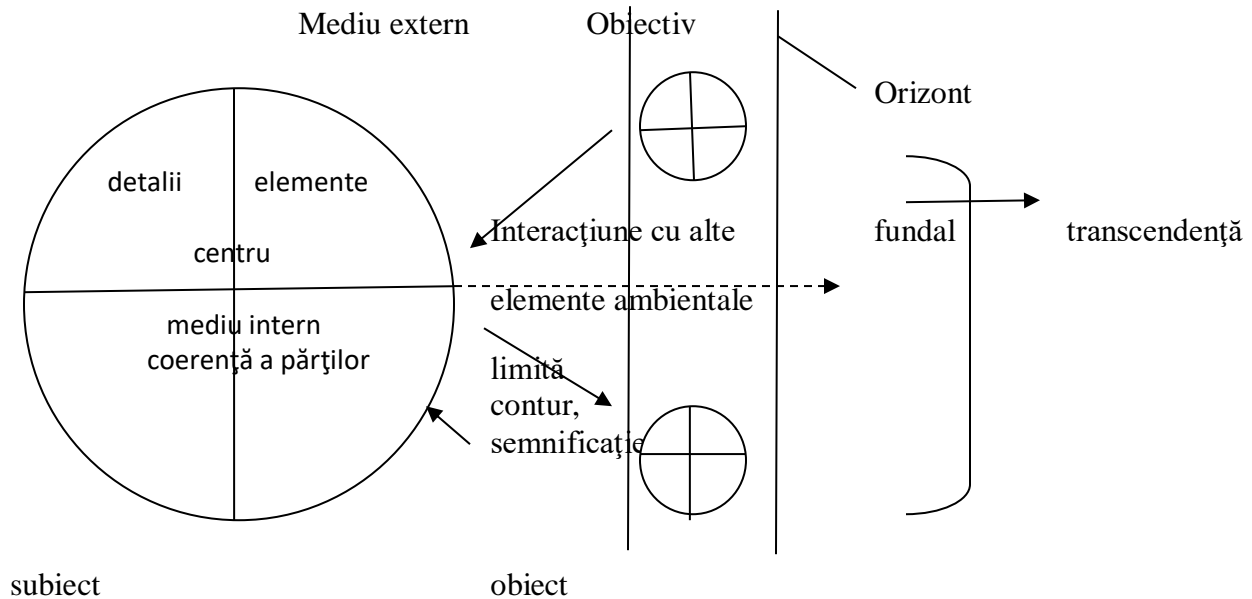
Liniile paralele ale proiectelor și preocupărilor ce se întretes între durata biografică și trăirea prezentului, se împărtășesc și ele din aspectul structural al coerenței centrale. Și la fel narativitatea susținută de logos; atât la nivelul relatărilor rememorative și a istoriei comunitare, cât și la nivel autobiografic. Iar ansamblul manifestărilor logosului teoreticului cultural, atât în varianta sa narativ artistică cât și în cea științific matematică, are în fundal același principiu organizator.

În sfârșit, aspectul global al identității persoanei, are o delimitare în cadrul lumii umane ce implică de asemenea coerența centrală. Această delimitare trimite atât spre dimensiunea corporală, cât și spre manifestările circumstanțiale, biografice și identificarea socio culturală a persoanei. În sfârșit, o persoană se delimitează inclusiv prin cele ce le-a făcut; și prin posesiunile sale, pe care le poate sistematiza

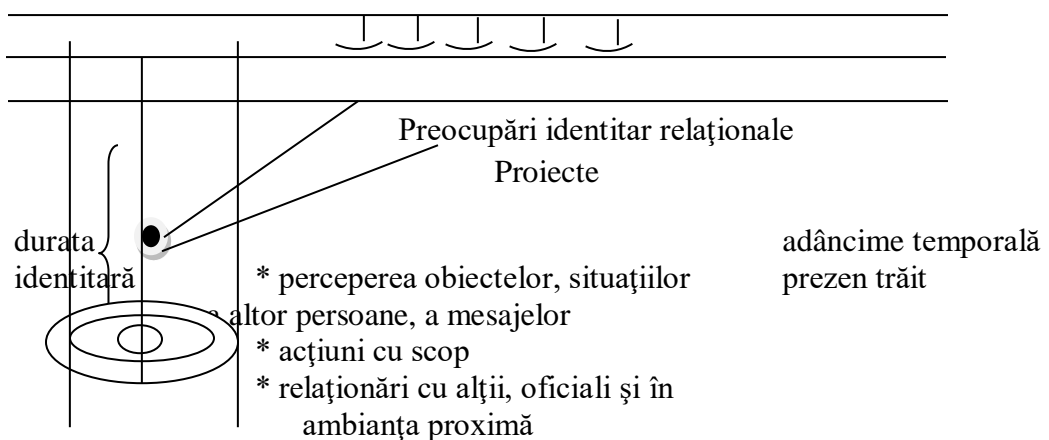
Chenar 46

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

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



- b) Manifestări ale psihismului uman organizate aperceptiv, prin funcțiile coerenței centrale



Identitatea biografico-caracterială are și ea coerența și unitatea unui întreg, centrat de sinele intențional reflexiv; limitele sale concentric se modelează pe mai multe nivele, între persoana corporală, ambianță, raporturi active, rețele sociale, proprietăți etc.

## 10. Procesualitatea cognitivă

Psihocogniția are în vedere procesul de cunoaștere cât mai adevărat adecvat a lumii în care subiectul există și care îl include; fiind deci vorba și de autocunoaștere. Ea are multiple aspecte, distribuindu-se între problematica individuală de câștigare de noi cunoștințe – teoretice, practice -, a clarificării unor probleme de ordin personal situaționale, existențiale; și, la alt pol, creșterea cunoașterii general comunitare, clarificări și soluționări de probleme teoretice care apar la acest nivel. Procesualitatea cunoașterii la nivel comunitar se derulează pe diverse paliere, un rol imortant jucându-l în prezent specialiștii grupați în jurul institutelor de cercetare. Pentru psihopatologie prezintă interes mai ales procesele cognitive din planul vieții individuale.

Psihocogniția se derulează în conformitate cu funcționarea structurilor de bază ale psihismului persoanei. Fapt ce implică la un prim nivel obținerea unor informații adecvate în cadrul trăirilor și a contactului perceptiv actual. Dar aceste date se validează cognitiv doar în raport cu modelele problematice al unei situații date pe care subiectul îl vizează cu preeminență la un moment dat. Acuratețea informațiilor actuale se corelează astfel cu intenționalitatea subiectului și cu fondul său de cunoștințe actualizat. Referința la informațiile actuale are în vedere apoi, în egală măsură, pe cele ce rezultă din perceperea formelor semnificante și pe cele ce sunt recepționate prin limbaj sau alte coduri convenționale. Un rol important în receptarea, înțelegerea și asumarea adevărului datelor actuale îl joacă polul semnificant al acestora. Și corelat acestuia, receptarea intuitivă directă a valorii de adevăr a informațiilor percepute din exterior; sau resimțite dinspre planul identității mnestic. Desigur, argumentația logică e și ea constrângătoare în cadrul acceptării aserțiunilor. Iar în viața curentă, un rol important în acceptarea adevărului unor aserțiuni ce se înfățișează în actualitate, îl joacă și influența altora, ce au autoritate asupra subiectului.

Ca aspecte principale ale psihocogniției ar putea fi menționate : - receptarea și evaluarea informațiilor actuale în perspectiva valorii lor de adevăr (adecvare), cu diverse grade de certitudine; - argumentarea unei judecăți (aserțiuni) pe care subiectul tinde să o adopte, cu diverse grade de certitudine; - rezolvarea (clarificarea) unor probleme ce conțin necunoscute și au nevoie de o soluție teoretică și/sau practică; - fundamentarea unei cunoștințe ca certe (a unei convingeri) și a condițiilor sale de posibilitate; - meditația (contemplativă) și de dezvoltare a esențelor.

a) Cadru general. Psihocogniția are în vedere procesul de cunoaștere cât mai adecvat–adevărat a lumii în care subiectul există; și care deci îl include. Ea are multiple aspecte, ca de ex.:

- Cunoașterea (recunoașterea) datelor informaționale situaționale și evaluarea lor în perspectiva valorii de adevăr (adevare), cu diverse grade de certitudine;

- Rezolvarea de probleme ce includ necunoscute și au nevoie de o soluție cognitivă ;

- Investigarea, cercetarea, clarificarea pentru aflarea unor noutăți.

- Fundamentarea cunoașterii (a condițiilor sale de posibilitate).

- Meditația contemplativă și de dezvăluire a esențelor.

Procese psihocognitive ale unei persoane se derulează în contextul participării sale curente la viața cotidiană. Dar specificul ei se desfășoară în plan teoretic, pe modele ale realității și implicând limbajul narativ critic; limbaj ce-și dezvăluie acum valențele sale conceptual semantice (categoriale), propozițional atributive și gravitațional logice. Precum și instanța formală a matematicului.

Procesualitatea cognitivă centrată pe consolidarea valorii de adevăr se derulează însă și dincolo de individ, în plan intersubiectiv și comunitar, mai ales în cadrul unor anumitor practici instituționalizate. Ea este ghidată de aspirația spre evidențe (coerență, noncontradicții) constitutive.

Orice proces cognitiv actual se încadrează într-o precogniție, având ca fundal o cunoaștere tradițională deja existentă ce susține pre-concepții, pre-judecăți, recunoașteri de identificare și în general familiaritatea cu lumea. Declanșarea procesualității cognitive – deschiderea subiectului întru căutarea certitudinii și noutății – se produce în urma unei provocări întrebătoare, destabilizatoare a siguranței certitudinilor și familiarității ; sau, a activării intenționalității proprii sub

d) determinării și creșterii sale. Aceasta se derulează de asemenea în plan individual și prin practici instituționalizate. Se pot menționa aspecte precum :

- Căutarea informativă ținută în diverse baze de date;

- Explorarea unor teritorii virgine, a unor zone necunoscute;

- Examinarea (un bolnav de către un medic, a unui candidat de către un profesor);

- Investigarea jurnalistică sau judiciară ; iscodire, spionare;

- Cercetarea științifică sistematică...dezvoltarea teoriilor științifice abstracte.

Prin astfel de acțiuni se clarifică aspecte ale cunoașterii, unele lucruri se lămuresc și cunoașterea crește.

Investigarea e declanșată sau stimulată de resimțirea unei insuficiențe (lacune) în cunoaștere ; iar procesualitatea investigării constă în culegerea de date și prelucrarea lor (sistematizare, clarificare, corelare).

Pentru subiect e deseori important să clarifice condiția sa identitară.

Investigarea operează mai ales în aria calificării cunoașterii prin modalități vagi, aproximative.



Chenar

### Abordări fenomenologico psihologice în sec. XX

Importantele progrese realizate de psihologie în ultimele decenii, mai ales prin riguroasele cercetări ale cognitivismului și prin studiile de psihologie interpersonală stimulate de neopsihanaliză, se agregă cu dificultate într-o viziune unitară, dată fiind multitudinea de informații și perspective. O încercare de sinteză a perspectivelor doctrinare pe care psihologia evoluționistă (culturală) o pretinde, a încercat – într-o modalitate sistemică - doar psihologia developmentală și a ciclurilor vieții. În aceste condiții merită menținute în focarul atenției intelectuale încercările gânditorilor din prima jumătate a sec.XX, ce au abordat condiția umană din perspectivă personalistă, fenomenologică și existențialistă.

K.Jaspers, care a publicat primul *Tratat de psihopatologie generală*, s-a manifestat ulterior ca filosof de orientare existențialistă. Dar, din această direcție a gândirii sale au rămas puține lucruri semnificative pentru psihologia omului normal. Ar putea fi totuși semnificate existența intim-duală a persoanelor și situațiile limită. Sub influența sa însă, psihopatologii germani au acordat atenție sporită dimensiunii conștient spirituale a psihismului persoanei umane. La Heidelberg – în clinica în care s-a format Jaspers - K.Schneider a continuat perspectiva deschisă prin reacțiile comprehensive anormale, publicând o carte despre personalitățile psihopate; pe care le interpreta ca variante caracteriologice anormale și nu ca stări psihiatrico medicale (introducând astfel conceptul de persoană în terminologia psihopatologică). K.Schneider a colaborat însă îndeaproape cu M.Scheler, filosof marcat atât de fenomenologie cât și de personalism și existențialism; și care a publicat lucrări de referință privitoare la afectivitatea umană și la etică. Sub influența acestuia, el sublinia importanța trăirilor subiective în psihopatologie și a diferențiat în depresie un strat psihobiologic, ce ar sta la baza „depresiei vitale”; diferit de o instanță psihoantropologică, responsabilă de sentimentul anormal de culpă, negație și suicid. Dar cu această ocazie nu a fost invocat evoluționismul, de ex. în viziunea lui H.Jackson.

Psihologia avusese până în sec. XX o lungă tradiție filosofică, ea dezvoltându-se din antichitate odată cu Aristotel; dar predominant în perspectivă cognitivă, epistemologică. După ce în sec.XIX ea a intrat în obiectivul cercetărilor experimentale de laborator, în sec. XX s-a produs un reviriment; în sensul ca unii gânditorii speculativi au revenit din varii perspective revenind la instanța psihismului uman. În această direcție o importanță deosebită a avut fenomenologia elaborată de E.Husserl, pornind de la meditația conștient subiectivă pe care o comenta Descartes prin al său *Cogito ergo sum*. Subiectivitatea conștientă invocată de Husserl depășea și ea nivelul experienței empirice, coborând într-un plan transcendentă; considerat, în tradiție kantiană, ca și consubstanțial existenței umane. Elaborându-și metodic abordarea fenomenologică, gânditorul german propunea coborârea reflexivă a cogitației până la un nivel al unei intenționalități profunde – *noetice* – care poate viza un conținut semnificativ – *noematic* (tema acestei intenționalități s-a dezvoltat în Scolastică prin Avicena, fiind reluată în sec.XIX de către Brentano). Intenția explicită a lui Husserl era de a depăși nivelul factologic empiric spre o instanță „transcendentală” ce ar putea da socoteală de întemeierea științelor, inclusiv a matematicilor. Dimensiunea empirică a psihismului, ce participă la „lumea vieții” cotidiene (*Lebenswelt*) era menținută, dar „pusă între paranteze”. Pentru a-și menține o coerență și eficacitate, fenomenologia husserliană a elaborat o înțelegere a „prezenței” subiectului la „prezentul” datelor fenomenale ce i se oferă în actualitate, între trecutul rememorabil și viitorul proiectat. Iar atât actualitatea fenomenologică cât și cadrul vieții cotidiene, apar ca învăluite de un cadru general al

Elaborarea fenomenologică husserliană, deși laborioasă, a avut meritul de a se dezvolta în rezonanță cu parametrii firești de existență psihică a persoanei, putând astfel acumula și integra datele diverselor experiențe trăite și elaborări psihologice. Mai ales că, această fenomenologie a avut o afinitate intrinsecă cu doctrina psihologică configuraționistă. Un aspect important l-a reprezentat și ultima sinteză a lui Husserl privitoare la considerarea psihismului conștient ca „încorporat”; iar relaționarea cu psihismul altei persoane conștiente – adică intersubiectivitatea – e descrisă ca sprijinindu-se pe o percepție a corporalităților; a celei proprii și a altei persoane. Această viziune a fost ulterior dezvoltată de Merleau Ponty, devenind o importantă piesă în înțelegerea actuală a psihismului persoanei, integrate în rețele sociale și în planul socio-cultural, prin intermediul practicilor instituționalizate. Dintre acestea, Husserl a insistat asupra “practicii teoretice” pe care oamenii o dezvoltă, atunci când se angajează în cercetarea științifică și speculativ teoretică.

Moștenirea gândirii fenomenologice a lui Husserl s-a integrat treptat cu alte perspective – neopsihanalitice, cognitiviste, developmentale, evoluționiste, fiind în prezent un element important al încercărilor de sinteză a unei psihologii antropologice.

O altă contribuție importantă a sec.XX ce merită amintită este cea a lui Heidegger. Deși acesta a dorit să elaboreze o operă strict filosofică, combătând explicit și vehement orice interpretare pozitivist științifică a psihismului uman, gândirea sa a urmat de la început calea trasată de Kant; adică, cea care sugera că, pentru a comenta validitatea gândirii omului e întâi necesar să se analizeze întâi parametrii constitutivi ai însăși ființei ce gândește. Pornind pe acest drum, la începutul carierei sale Heidegger publică cartea **Ființă și Timp**, în care propune o « analitică a *Dasein*-ului ; adică a ființei (umane) ce e prezentă-acum-și-aici, gândind și ridicând problema semnificației ființei.

Deși perspectiva de abordare a filosofului s-a modificat parțial ulterior, această primă abordare surprinde câteva aspecte fundamentale ale ființei umane, ce pot fi transpuse în perspective de studiere a psihismului persoanei. Autorul interpretează ființa potențial gânditoare a *Dasein*-ului ca o existență structurată prin timp, ca ”muritoare”. (Această limitare e însă, în mare măsură, o condiție biologică a omului individual, atenuată parțial prin memoria colectivă și cultul strămoșilor). Aspectul său existențial se referă la faptul că trăirile (omului) sunt înscrise în proiecte, ce vizează întotdeauna viitorul. Centrul existențial al *Dasein*-ului e considerat a fi „grija”, în sens de preocupare angajată față de „ceva”; fapt ce implică, alături de proiecția în timp și intenționalitatea. Apoi, existența oricărui *Dasein* se realizează printr-o deschidere dispozițională față de o situație dată; și îi implică definitiv pe alții - existențialul faptului-de-a-fi-împreună-cu-alții (*mitsein*). Deschiderea spre situații presupune apoi o originare în sine și o emergență din sine a proiectelor; fapt care circumscrie locul (în rădăcinat) de locuire intimă a oricui; și în primul rând, intimitatea cu sineitatea (*ereignis*). Iar prin deschiderea sa, *Dasein*-ul implică și lumea, pe care o dezvoltă, luminând-o. Iar constituția de ființă fundamentală a *Dasein*-ului este faptul-de-a-fi-în-lume. Lume care e învăluitoare și dată de la început, constitutiv. Prin existența sa efectivă, *Dasein*-ul se distribuie între o zonă a impersonalului (*das Man*) în care se comportă normativ și standardizat. Iar pe de altă parte, întâlnim instanța a trăirilor autentice, care aduce în lumină noutatea, originalitatea, sensul; și spre care *Dasein*-ul e orientat de trăirea cutremurătoare a dispoziției angoasei, care-i aduce în față nimicnicia neființei. În raport cu această constituție de ființă a *Dasein*-ului – care i-ar permite un acces nemijlocit la problematica ontologică a ființei însăși - gândire mai târzie a lui Heidegger introducea și instanța limbii; a limbajului, ce stă la baza constituției sale fundamentale, la baza „lumii” în care el există. Iar prin însăși această deschidere într-o lume, se dezvoltă toate dimensiunile sale tradiționale și potențiale, inclusiv problematica transcendenței.

Abordările, viziunea și perspectivele de abordare ce se degajă din opera lui Husserl și Heidegger rămân fructuoase și pentru încercările actuale de sinteză științifică ale psihismului persoanei umane, în perspectivă evoluționist culturală.