

# TULBURAREA BIPOLARĂ ÎN PERSPECTIVA PSIHOPATOLOGIEI. DOCTRINA EVOLUȚIONISTĂ ȘI FENOMENOLOGIA EXISTENȚIALISTĂ (I)

Mircea Lăzărescu<sup>1</sup>

## Abstract:

This article summarizes the psychopathological issue of bipolar disorder from these perspectives: 1. Clinical Psychopathology; 2. Psychopathology of doctrines; 3. Addressing depression and mania in the perspective of evolutionary psychology and psychopathology; 4. Phenomenological-existential approach to the classic bipolar disorder; 5. Neo-phenomenology and possible anthropological approaches to the bipolar psychopathology; 6. Diachronic aspects and aspects regarding the intensity of bipolar disorder; the issue of psychosis in the perspective of bipolarity.

Classical and recent literature is reviewed, mainly from two perspectives, which were imposed in particular in recent years and that can combine: on one hand, contributions are tracked in the field of evolutionary psychology and psychopathology, trying to decipher the adaptive meaning of depression and mania, which supports the selection and passing them off as a psychologically adaptive model. On the other hand, current and classic phenomenological orientation analyzes the anthropological-existential specific of these states on an individual, as well as on an over-individual level, with the exemplary aspect being that of the Holiday Season.

This review aims to restore the debate and research of the traditional concept of endogenous psychosis, that has been applied to bipolar disorder, ever since its description by Kraepelin.

**Key-words:** endogenous psychosis, psychopathological issues, traditional concepts, new concepts

## Rezumat:

Articolul sintetizează problematica psihopatologică a tulburării bipolare din următoarele perspective: 1. Psihopatologia clinică; 2. Psihopatologia doctrinelor; 3. Abordarea depresiei și maniei în perspectiva psihologiei și psihopatologiei evoluționiste; 4. Abordarea fenomenologic-existențialistă clasică a tulburării bipolare; 5. Neofenomenologia și posibile abordări antropologice ale psihopatologiei bipolare; 6. Aspecte diacrone și ale intensității tulburării bipolare; problematica psihozei în perspectiva bipolarității.

Este revizuită literatura clasică și recentă, predominant din două perspective, care s-au impus în mod deosebit în ultimii ani și care se pot conjuga: pe deoparte, sunt urmarite contribuțiile în domeniu a psihologiei și psihopatologiei evoluționiste, care încearcă să descifreze sensul adaptativ al stărilor depresive și maniacale, fapt ce susține selecția și transmiterea lor ca model psihic adaptativ. Pe de altă parte, orientarea fenomenologică clasică și actuală analizează specificul antropologico-existențial al acestor stări, atât la nivel individual, cât și supraindividual, aspectul exemplar fiind cel al sărbătorilor.

Comentariul țintește readucerea în dezbatere și cercetare a conceptelor tradiționale de endogenitate în psihoză, care au fost aplicate tulburării bipolare, de la descrierea ei de către Kraepelin.

**Cuvinte cheie:** psihoza endogenă, abordări psihopatologice, concepte tradiționale, concepte noi

Psihopatologia continuă să joace un rol important în psihiatrie, atât în varianta psihopatologiei clinice cât și în cea a doctrinelor, așa cum e psihanaliza, doctrina vulnerabilitate/stres, cea dezvoltamentală, evoluționistă, cognitivistă sau neofenomenologică (1). În continuare tulburarea bipolară (TB) va fi comentată din unele perspective ale psihopatologiei, cu accent pe doctrina evoluționistă și fenomenologică, acestea din urmă participând substanțial la regândirea TB din tradiționalul punct de vedere al psihozelor endogene. Comentariul va îmbrățișa o perioadă mai lungă de timp, până în prezent.

1. Psihopatologia clinică joacă în psihiatrie în primul rând un rol descriptiv, susținând delimitarea și diagnosticul tulburărilor psihice. După DSM-III, TB a beneficiat de descrieri și criterii nuanțate atât pentru episodul depresiv cât și pentru cel maniacal, care au fost subdivizate nu doar în raport cu simptomatologia ci și cu

intensitatea, durata și succesiunea. S-au formulat astfel categorii, prezentate în DSM-IV-TR (2) precum : tulburarea distimică, depresia scurtă și depresia mascată (acestea două încă neomologate oficial), forme melancolice și psihotice ale episodului (ep) depresiv, ep.depresiv atipic (cu hipersomnie și hiperfagie), ep.sezonier, ep.hipomaniacal, ep.maniacal cu aspecte psihotice, ciclotimia, ep.mixte, TB cu cicluri rapide etc. În perspectiva combinării dintre ep.depresive și ep.maniacale s-a ajuns la a se diferenția TB I și TB II, iar în prezent se vorbește și de TB III, IV etc. Un progres deosebit l-a realizat psihopatologia clinică odată cu preocuparea față de "spectrele maladive", spectrul bipolar fiind unul dintre cele mai studiate (3). Faptul s-a corelat cu redescoperirea și valorizarea conceptului de "temperament afectiv", (4), care este tot mai mult investigat, sub varianta temperamentului hipertim,

<sup>1</sup>Senior psychiatrist, MD, PhD, University Professor, Department of Psychiatry, Victor Babes University of Medicine and Pharmacy, 21 I. Vacarescu, Timisoara 300128 Romania. Correspondence: e-mail: mlazarescu39@yahoo.com.

depresiv, ciclotim, disforic, anxios. Studiarea temperamentelor nu doar la pacienți ci și la rudele de gr.I a permis o înțelegere lărgită a spectrului TB și a comorbidității sale, nu doar cu alte tulburări categoriale ci și cu alte spectre psihopatologice.

În aria psihopatologiei clinice se înscrie până la un punct și problematica comorbidității, care este amplă în cazul TB. În ordinea importanței, studiile efectuate au evidențiat o importantă comorbiditate în primul rand cu tulburările addictive și cu cele anxioase (cele ale spectrului sau clusterului anxios). (5). Comorbiditatea între TB și tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) este analizată în prezent în monografiile speciale (6). Aspectul interesant constă în faptul că spectrul TO are o structură specială (7) întinzându-se în 3 direcții : spre patologia impulsivă; - spre patologia neurologică a mișcărilor involuntare; - spre patologia prevalențial delirantă (mai ales monotematică, centrată de corporalitate). Interferența între spectrul TB și spectrul TOC se poate realiza în toate aceste direcții. Interesantă este d.p.d.v. clinic și comorbiditatea dintre TB și tulburarea de personalitate schizoidă sau schizotipală : episoadele maniacale pot etala un tablou clinic henefreniform iar cele depresive se pot prezenta ca o schizofrenie simplă, deficitară sau defectivă.

Cu importanță deosebită pentru gândirea nosologiei psihiatrice este interferența între (spectrul) TB și patologia psihotică (8). Intersecția între delirul paranoiac (sistemizat, nehalucinator) și TB a fost de asemenea constatată, încă de la descrierea acestei boli, psihanaliza speculând și asupra unor mecanisme psihopatologice comune. În prezent se ridică problema comorbidității între TB și tulburarea psihotică delirantă persistentă neschizofrenă, - mai ales în înțelegerea ei din ICD-10, manual de cercetare (9) - înțelegere ce ar putea înlocui actualul subtip de episoade afective (depresiv sau maniacal), "cu simptome psihotice" (paranoide). Privind lucrurile din perspectiva comorbidităților menționate mai sus se ridică problema dacă entitatea nosologică denumită în prezent "episod - sau tulburare - schizoafectivă" se va mai menține în viitor; sau va fi interpretată ca una din multiplele comorbidități (de spectru) în care e implicată TB. Această problemă se înscrie în tematica continuumului psihotic, direcție în care s-au publicat în ultimul timp multiple lucrări (10, 11).

2. Psihopatologia doctrinară a avut și are un rol important în analiza, comentariul și interpretarea TB.

Psihanaliza clasică a avut o contribuție importantă în studierea depresiei de doliu, interpretările lui Freud putând fi considerate și în prezent pertinente, dacă sunt privite din prisma teoriei atașamentului (12).

Actuala psihopatologie developmentală și a ciclurilor vieții atrage atenția asupra manifestărilor precoce a episoadelor de tip maniacal și depresiv, interpretate deseori ca tulburări comportamentale (13). La vârste mici e importantă interferența cu ADHD; sau manifestarea instabilității psihomotorii ca precursor precoce a TB, ca indice de vulnerabilitate. Oscilațiile importante ale biopsihoritmurilor la vârsta infanțo-juvenilă precum și o instabilitate psihică generală, pot constitui și ele markeri de vulnerabilitate. Depresia și dezinhibiția expansivă din perioada pubertală și adolescența pot fi în prezent privite ca semene precoce ale TB. Dar există și alți indici de vulnerabilitate sau de spectru. Unele perioade de bipolaritate ale adultului tânăr

pot fi depășite fără ca restul vieții să mai fie marcat de boală. Există în sfârșit o cazuistică a TB cu debut la vârsta a 3-a. Oscilațiile ciclotime la vârsta adultă pot fi adaptative și creative (5).

Doctrina vulnerabilitate/stress stă la baza conceperii spectrelor malade, inclusiv a spectrului TB. Ea aduce în discuție o vulnerabilitate de fond, accentuarea circumstanțială a vulnerabilității, factori precipitanți, declanșatori și protectivi (14). Ciclurile vieții sunt inevitabil marcate de astfel de perioade : angrenări entuziaste în proiecte, succese, eșecuri, pierderi etc. Încă în urmă cu 40 ani s-a demonstrat riguros cum rețeaua de suport social, mai ales cu valențele sale de intimanță, poate fi un factor protectiv în condițiile creșterii vulnerabilității pentru depresie (15).

Psihopatologia cognitivă a adus importante contribuții la înțelegerea depresiei și a mecanismelor de întreținere și agravare a ei, fapt ce susține eficacitatea terapiei cognitive comportamentale (16).

Așa cum s-a menționat, comentariului se va centra asupra doctrinelor evoluționiste și fenomenologice, care dovedesc în ultimul timp o dezvoltare impetuoasă. Ele au o importanță deosebită deoarece influențează însăși modul de gândire al psihopatologiei.

Psihopatologia clasică a fost inițial orientată descriptiv, prin studierea cazurilor internate în spitale de psihiatrie (azile) rupte de viața socială curentă. Dar treptat s-a făcut o corelație între această "semiologie" și trăirile omenești firești. Un rol important în această direcție l-a avut orientarea fenomenologică existențialistă inițiată de Jaspers, (17) care a introdus conceptul de reacție psihopatologică comprehensivă. Astfel, putem înțelege firesc și empatic că un om devine depresiv dacă îi moare o ființă apropiată sufletește, deoarece orice om trăiește similar astfel de evenimente. Dacă întrebarea progresaază însă și prin formularea : "de ce e trist omul când îi moare cineva apropiat"? răspunsul tradițional era : așa e firea, natura umană : să fie trist la pierderi, bucuros la succese, tensionat la frustrări, etc.

Actuala direcție de studiu a psihologiei și psihopatologiei evoluționiste (p.pt.e.) (18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26) consideră că modelele de comportament și trăire situaționale ale omului s-au dezvoltat, selecționat și transmis genetic - în manieră "modulară" - deoarece au avut o funcție adaptativă. Modulul (27) psihologic este considerat a fi o funcție psihică destul de bine circumscrisă, care se transmite în mare măsură genetic, e declanșat de informații specifice, e relativ încapsulat, are sens adaptativ și se manifestă specific în cazul devierilor. Funcția adaptativă a anxietății și fricii e ușor de intuit (28). Dar cea a depresiei și maniei se cere studiată mai nuanțat. Se opinează astfel că, cea mai mare parte a stărilor psihopatologice constau din manifestări disfuncționale - excesive, decontextualizate, simplificate - a unor manifestări care în esență au fost și ar trebui să fie adaptative, uneori chiar cu valențe creative. Această formulare are în vedere atât moștenirea biopsihologică arhaică a omului, cât și cea care s-a constituit în cursul antropogenezei - în ultimele aproximativ 2 milioane de ani - și s-a structurat mai ferm în ultimii 150.000 ani când caracteristicile umane s-au specificat. Ele au progresat și în cei 10.000 ani ai pleistocelului (și neoliticului) de când omul este sedentar, trăind în societăți ierarhizate și

productive (29, 30).

O primă sarcină a p.pt.e. ar fi deci să descifreze sensul adaptativ al comportamentelor și manifestărilor care, în varianta lor deficitar disfuncțională se manifestă ca sindroame psihopatologice. Cauza acestei manifestări deviate este și ea multiplu interpretată, ținându-se cont și de perspectiva filogenetică și de cea a transmițerilor genetice și a influențelor ontogenetice, studiate detaliat de doctrina vulnerabilitate stress și de cea developmentală.

Una din axiomele p.pt.e. este că omul este, în esență, o ființă esențialmente socială, psihismul său bazându-se pe funcționarea "creierului social" (18, 31).

Doctrina fenomenologică, care pleacă direct de la subiectivitatea conștiință specifică omului, redescoperă structurile antropologice fundamentale care sunt implicate în manifestările psihopatologice. Privind psihismul omului ca un întreg – în conformitate cu tradiția ei configuraționistă, "gestaltistă", (32) psihopatologia fenomenologică (pt.f.) se poate articula firesc cu viziunea modulară a p.pt.e. Iar prin faptul că privește existența omului în specificul său antropologic – atât ca individ cât și ca colectivitate culturală – doctrina psihopatologică fenomenologică care are implicit și explicit o dimensiune umană, antropologică, "existențială" (33) (pt.f.ex.), se dezvoltă și ea major în ultimii ani, participând la conturarea unui tablou amplu și complex al psihopatologiei.

Pe lângă argumentele menționate mai sus, aceste două doctrine au cele mai mari șanse de a reface tradiția kraepeliniană care înțelege TB în primul rand ca o psihoză endogenă, ce are anumite specificități. Aceste specificități constau în : - secvențialitatea episoadelor ce se manifestă ciclic și polar; - pluricondiționalitatea etiopatogenică; - intensitatea "psihotică" pe care o pot avea episoadele, în cadrul unui "nivel psihotic" al psihopatologiei.

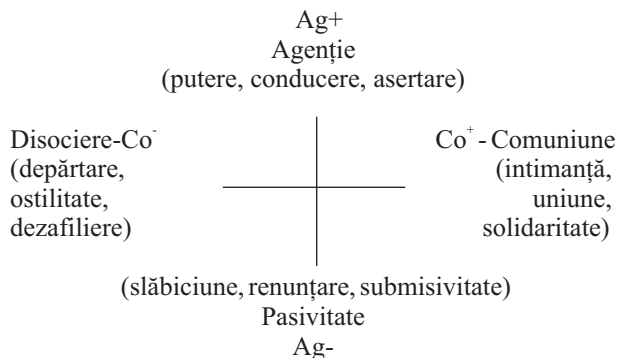
În primă instanță va fi comentată TB din perspectivă p.pt.e., apoi din cea a pt.f.ex.; iar în final se vor face câteva comentarii privitor la endogenitate, ciclicitate și psihoză.

### 3. Abordarea depresiei și maniei în perspective psihologice și psihopatologiei evoluționiste

a. În continuare se vor trece în revistă cercetările p.pt.e. ce au avut în vedere depresia și elafia maniacală, cu încercarea de a descifra sensul adaptativ al acestor stări. De fapt, a precursorilor biologici și umani a unor stările adaptative normale ce corespund depresiei clinice și stării maniacale, fapt ce se presupune că a condiționat selectarea și perpetuarea lor genetică. Manifestarea lor disfuncțional patologică este un al doilea aspect al comentariului. Mare parte din interpretări se bazează pe luarea în considerare a importanței competiției sociale în supraviețuirea și evoluția omului. Există însă și alte aspecte studiate, cum ar fi funcția adaptativă a retragerii și inhibiției în cazul reducerii resurselor și a solicitărilor stresante, nevoia de refacere și reorganizare biopsihică, ca un model adaptativ important pentru comportamentele de tip depresiv (t.D). Sau, caracteristicile comportamentului din timpul rutului și valoarea adaptativă a comportamentului riscant de investigare și combativitate, pentru manifestările de tip maniacal (t.M.). Recent p.pt.e. studiază și aspecte epidemiologice ale transmițerii genetice prin prisma teoriei matematice a jocurilor.

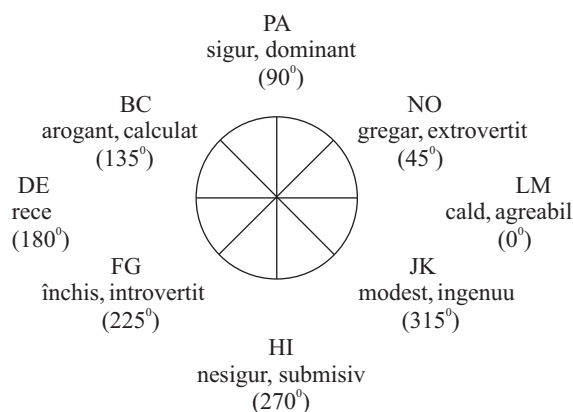
b) Doctrina p.pt.e. comentează în mare măsură stările t.M. și t.D. ca selecționându-se evolutiv prin funcția lor adaptativă în interrelațiile sociale, mai ales în cadrul

competiției pentru rangul social (34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 42). Comportamentul dominator, cel manipulativ și cel sumisiv, sunt luate ca modele în cadrul unei perspective socio (psiho) biologice. Aceasta invocă cel mai des circumplexul Bakan, care a fost utilizat mult și în psihologia interpersonală, de paradigma de cercetare grupată în jurul lui la Leary și Wiggins (43):



Circumplexul Bakan are o largă utilizare, mai ales în sociobiologie. Circumplexul epitetelor interpersonale a fost mult utilizat în comentarea dimensională a tulburărilor de personalitate. Deși în varianta sa clasică el nu conține dimensiuni ca hiperexpresivitatea și conștiinciozitatea, pe care însă le poate lectura prin aplicarea succesivă a unor modele variate de circumplexe. P.pt.e. a fost în mod deosebit interesată de comportamentul competitiv, pentru câștigarea unui rang social superior, fapt care crește șansele de supraviețuire și multiplicare. Comportamentele t.M. și t.D. au fost analizate din această perspectivă a strategiilor pentru menținerea sau creșterea afilierii și cooperativității, prin manifestări de tip sumisiv sau dominator.

### Circumplexul relațiilor interpersonale



Majoritatea studiilor evoluționiste au abordat depresia prin perspectiva funcției adaptative a sumisiunii. Supunerea, în contextul competiției, reduce (intraspecific) agresivitatea indivizilor dominatori și riscurile consecutive, fiind astfel favorabilă supraviețuirii situaționale a individului. Comportamentul retras și inhibat al depresivului sugerează supunerea. Semnificația evitării pericolului ar fi sugerată și de frecvența asociere între depresie și anxietate. Tensiunea de așteptare, starea de apărare în care se află individul depresiv ar fi subliniată și de varianta iritabil disforică.

Supunerea și dominația sunt funcții adaptative inerente speciilor cu înalt grad de structurare ierarhică, așa cum este omul. În condițiile ancestrale ale viețuirii în savana africană (fapt etichetat tehnic ca Environment of Early Adaptation – EEA) când oamenii în formare trăiau în grupe de culegători vânători de 30-40 indivizi, excluderea din grup echivala cu moartea. Motiv pentru care comportamentul sumisiv era o alternativă adaptativă a evitării răului (“harm avoidance”). Această ipoteză apropie comportamentul depresiv de cel regresiv. Individul care apare slab și neajutorat induce în celălalt tendința la protecție, îngrijire, sprijin (milă, compătimitere). Copilul, prin regresia spre dependența anxios-depresivă atrage investment parental. În plan social, cel puțin în lumea recentă, o parte din comportamentele depresive ar avea în spate un mecanism regresiv care atrage nonviolența și protecția socială.

Depresia instalată în urma pierderilor semnificative a unei persoane de atașament și cea corelată pierderii stimei de sine ar avea în spate mecanisme speciale, pe care însă p.pt.e. le abordează de asemenea în mare măsură.

Prin comparație cu depresia, mania a fost considerată o formă extremă a comportamentului adaptativ de dominare și competiție, mai ales în perspectivă sexuală. E prezentă o dezinhibiție instinctivă, cu sociabilitate gregară și o combativitate crescută, care se corelează cu comportamentul din cadrul rutului. Dar și în afara acestuia, comportamentul energic, asertiv, care minimizează riscul, apare ca adaptativ în orice situație critică. Comportamentul combativ, dominator, sociabil, manipulativ, energic, nefatigabil, este performant mai ales în cadrul competiției sociale pentru ierarhie în grup. În acest sens, el este opus comportamentului sumisiv, având propria sa valență adaptativă, pentru care ar fi fost selecționat de-a lungul generațiilor oamenilor în formare și a omului istoric. În plus, comportamentul t.M. e corelat performanțelor bune în activitate, creativității și desfășurării sărbătorilor, temă ce va fi reluată. Aceste aspecte pot fi comentate și ele d.p.d.v. al p.pt.e., dar în mod secundar.

d) În ultimul timp p.pt.e. a studiat aspectele epidemiologice și ale transmiterii genetice ale comportamentelor t.M. și t.D. din perspectiva teoriei matematice a jocurilor.

Teoria matematică a jocurilor studiază alegerile optime pentru un success scontat în fața unor multiple posibilități (și probabilități) într-o situație conflictuală (conflict de interese), în care există un set de reguli pe care jucătorii competitori le respectă. Ea se aplică în primul rând unor jocuri ca șahul, jocul de cărți; dar și multor altor jocuri parțial aleatorii, aproximând șansele pe baza calculului probabilităților. Situațiile sunt variate și în funcție de numărul jucătorilor, de algoritmele utilizate, de faptul dacă e vorba de jocuri plurale, de caracteristicile aproximative ale jucătorilor parteneri și opozanți etc. Se au în vedere : strategiile, riscul asumat, calculul cost/beneficiu, eventualele negocieri etc. Teoria matematică a jocurilor a găsit o largă aplicație în sociobiologie, mai ales după lucrările princeps ale lui Maynard, Smith (44); ea este mult aplicată în lumea afacerilor și în genetică. P.pt.e. o are în vedere, deoarece ridică problema : ce caracteristici comportamentale merită să fie reținute și transmise genetic pentru a fi utile

adaptativ – pentru individ și pentru specie – pe termen mediu și lung. Această transmitere are în vedere principiul modular; ea poate reține comportamentele ce se ritualizează sau predispoziții pentru unele modele comportamentale. Aplicarea ei recentă la TB a fost făcută de Wilson și Cory (45). E vorba deci, de epidemiologie și de transmiterea genetică a vulnerabilităților și predispozițiilor pentru TB, bazată pe principiul p.pt.e. și a teoriei matematice a jocurilor.

Pe baza principiului că psihismul uman se bazează în mod fundamental pe relaționarea socială, pe creierul social, autorii schematizează o serie de funcții ale psihismului care, în perspectiva socială, au evoluat filogenetic până la om, având o bază în structurile cerebrale ale creierului, schematizat de către McLeane în 3 nivele :- reptilian, paleomamilar și neomamilar. În perspectivă psihosociologică este acceptat un conflict și un compromis între o ordine “egotică” și una “empatică” – idei preluate în circumplexul Bakan și pe care le autorii le prezintă schematic astfel :

Ordine empatică	bilanț dinamic	Ordine egotică
Rece		Sigur
Cald		Dominant
Agreabil		Nesigur
		Submisiv

Ordinea egotică ar reprezenta axa verticală a circumplexului Bakan iar cea empatică axa orizontală. În viața curentă cele două tendințe intră în joc în permanență iar conflictul lor ajunge la compromisuri. Autorii mai invocă cuplul agonie/hedonie : agonia e expresia agresivității dominante, hedonia expresia satisfacției, tinzând spre o afiliere agreabilă.

Omul, ca ființă esențialmente socială, realizează cu anumite specificități selecția naturală, cea sexuală (competiția între ei a masculilor și competiția dintre femele) și oportunitatea inclusivă (“inclusive fitness” – I.C) care asigură supraviețuirea genelor apropiate (a grupului familial din cadrul speciei) chiar prin renunțarea la sine sau sacrificarea de sine. Transmiterea genetică a comportamentelor t.D. și t.M. (și deci a vulnerabilității pentru TB) s-ar realiza pentru a asigura valoarea adaptativă a ordinii egotice și empatică în toate variantele lor. Sumisiunea și dominanța sunt avute aici în vedere în competiția intraspecifică pentru rangul social. Chiar cu această restricție, comportamentul social al omului include modelele de raportare ritualizate ce s-au dezvoltat la nivele filogenetice inferioare precum : - comportamentul agonistic ritualizat (reptilian) (RAB); - comportamentul de reținere a resurselor (RMP); - capacitatea de reținere a atenției sociale (SANP). Toate intră în joc la nivel uman, pe diagrama conflictului egotic/empatic, desigur reelaborate. Selecția se realizează printr-un joc statistic după modelul teoretic al echilibrării relațiilor dintre predatori (șoimi) și victime (porumbei). Decizia în acest “joc al transmiterii genetice” (a modurilor, predispozițiilor, vulnerabilităților etc.) se realizează la un nivel supraindividual. Comportamentul aberant, patologic de tip M și D, exprimă extremele unei palete comportamentale firești și adaptative, ce se exprimă de altfel prin gradațiile spectrului bipolar.

Acest model sociobiologic de transmitere genetică a unor modele comportamentale adaptative, ce pot devia patologic, e sugerat a fi valabil pentru mai multe manifestări psihopatologice. Tema de studiu, provocatoare științific constă și în faptul că “decizia” transiterii “se petrece” la un nivel supraindividual.

e) Valoarea adaptativă a comportamentului sumisiv a fost analizată de cei mai mulți autori din perspectiva competiției intraspecifice pentru un rang social înalt. Dar, ea are semnificație adaptativă și în perspectivă interspecifică pentru supraviețuirea individului în situații critice de pericol, fapt ce s-a dezvoltat filogenetic în lumea vie de la nivele bazale, prin fenomenul mimetismului sau “cameleonismului”. Faptul se manifestă și la vertebrate, ca “mimare a morții” (“Totstelreflex” în germană) în fața unui pericol grav (ideea e prezentă și în folclor prin cazul vulpii viclene care face pe moarta). Acest aspect a fost comentat în psihopatologie inițial de Kretschmer (46) pentru a interpreta leșinul isteric. El este reluat de p.pt.e. în cadrul teoriei sumisiunii adaptative pentru interpretarea sindromului cataton, care e considerat în ultimul timp ca tot mai caracteristic depresiei (există și proiectul ca să fie nominalizat ca atare în DSM-V). În situația catatoniei, un individ s-ar manifesta sumisiv la maximum, ca în fascinația hipnotică (care este și ea un mecanism biologic ancestral, ce e drept, neadaptativ pentru victimă). Dependența catatonului față de “celălalt” se exprimă prin fenomenele de ecou : ecomimie, ecopraxie, ecolalie. Comportamentul sumisiv, așa cum e interpretat de p.pt.e. ca precursor al unor stări psihopatologice (mai ales în direcția depresiei), este un comportament riscant, care, poate, tocmai de aceea are în același timp valențe adaptative și psihopatologice.

f) Valențele adaptative ale comportamentului de retragere și inhibiție are în biologie exemplul cel mai pregnant în hibernare (47). În fața reducerii temporare a resurselor și a adversităților ambientale fizice, există diverse strategii, între care se polarizează hibernarea și migrația, cu rutul. Speciile care hibernează au un comportament periodic de acumulare a unor resurse energetice și apoi de retragere și inhibiție, cu reducerea progresivă a consumului și scăderea metabolismului. Urmează, în consonanță cu ciclicitatea anotimpurilor și a ofertei în resurse, o revenire. La aceste specii perioada de rut, de ritualuri ale acuplării și de reproductivitate, se plasează la un pol opus cu cea a inhibiției hibernale. Polaritatea aceasta sugerează o similaritate cu polaritatea dintre depresie (ca echivalent al hibernării) și manie (ca echivalent al perioadei de rut). Identificarea subtipului de depresie sezonieră susține importanța acestei trimiteri biologice, cel puțin pentru unele cazuri de depresie monopolară. Problema însă poate fi – și a fost – generalizată la întreaga patologie afectivă bipolară. Interpretarea este cu atât mai tentantă cu cât e singura care oferă, din perspectivă biologică, o argumentare pentru ciclicitate. În acest sens s-au reluat și intuițiile lui Kretschmer privitoare la corelația dintre bipolaritate și constituția biocorporală picnică.

g) Valoarea biologic adaptativă a retragerii inhibate – ca echivalent al depresiei în perspectiva p.pt.e. – a fost extinsă și la alte situații, cum ar fi stările de patologie infecțioasă. (40).

h) Dacă în perspective p.pt.e. unele interpretări coboară semnificația adaptativă a retragerii inhibate – ca

echivalent al depresiei – până la nivele biologice primare, altele îl ridică spre semnificații antropologice (48). Astfel ar fi sensul retragerii după o înfrângere sau un eșec, nu doar pentru refacerea energetică ci și pentru elaborarea de noi strategii. Desigur, sensul antropologic al acestei retrageri pentru reechilibrare și reprogramare nu doar energetică ci și psihologic strategică, nu poate fi coborât în biologic decât până la un anumit punct. Important e însă că se poate găsi o articulație între cele două instanțe. Pentru om, pe măsură ce el se diferențiază tot mai mult în specificul său conturându-se și instanța individuală a “persoanei ce evaluează și meditează”, această fază a revizuirii de ansamblu a situației sale existențiale, a devenit progresiv semnificativă. În lumea istorică, “înțeleptul” a fost echivalat ca o figură retrasă, meditativă și uneori “melancolică”, care apreciază – prin raportare la transcendența divină absolută – că “lumea aceasta e o deșertăciune” (vezi Ecleziastul).

i) Psihologia și psihopatologia evoluționistă are în vedere umanitatea nu doar în perioada de tranziție de la strămoșii antroipoizi spre om, ci și cea a antropogenezei propriu zise precum și cea efectiv istorică. În această perioadă specificul uman e deja stabilit; el doar se diferențiază și se complexifică. Astfel, apar teme intermediare între p.pt.e. și psihismul specific omului, care e abordat în modul cel mai direct și de psihologia și psihopatologia de orientare fenomenologică și existențialistă. Doctrinile psihanalitice, cognitiviste fenomenologice, developmentale și altele, se apleacă și ele, din perspectiva umană, asupra psihismului normal și aberant al persoanei. În această zonă de tranziție apar câteva teme de interes deosebit pentru patologia bipolară. Între acestea merită o atenție deosebită : - depresia ce apare în urma doliului; - depresia corelată scăderii stimei de sine; - expansivitatea investigării, combativității și acțiunii performante; - expansivitatea sărbătorii dezlănțuite. Astfel de teme pot și trebuie să fie comentate din toate perspectivele doctrinare menționate. La acest nivel, va fi abordată în primă instanță depresia de doliu.

Depresia ce apare în urma pierderii unei persoane apropiate e interpretabilă prin teoria atașamentului. Atașamentul e un fenomen biologic arhaic, care ține parțial de instinct, parțial de îngrijirea efectivă a puilor după naștere, de către mamă, de către părinți. La om el capătă o semnificație biopsihologică deosebită datorită câtorva factori : - naștere “prematuroasă” a copilului la om, mare parte a dezvoltării sale corporal cerebrale și psihice petrecându-se după naștere; - semnificația extraordinară pe care relațiile interpersonal sociale le are în psihismul uman, bazat pe creierul social; - aspectele cognitive specifice creierului social și psihismului uman, ce parcurge o serie de etape, de la recunoașterea figurii umane, la diferențierea acestor figuri, cu realizarea unui atașament specific față de o persoană de atașament. Fapt la care se adaugă capacitatea mnestic reprezentatională specială, “semiotică”, a omului.

Procesul cognitiv implicat în această relație este o etapă în drumul spre realizarea în jur de 3 ani a capacității de “mentalizare” (sau “Theory of Mind” – ToM), prin care copilul intuiește direct, ghicește, în cadrul unei situații date intențiile celuilalt. Esențialul în procesul de atașament al copilului e apariția a ceea ce Bowlby a denumit “internal working model”. (49). Adică, reprezentarea constantă a figurii de atașament în mintea

sa, și în afara momentelor în care persoana respectivă e percepută direct. Astfel încât, aceasta poate “controla” și “dirija” din “interior” comportamentul copilului. Interiorizarea, asimilarea, introjecția “celuilalt” în mintea și sufletul subiectului, face ca acest “celălalt” să devină o parte integrantă a personalității sale. De aceea când o persoană de atașament dispăre – prin moarte, pierdere etc. – se produce un proces psihologic special, care în esență se desfășoară ca o stare depresivă. Desfășurarea perioadei de doliu a fost diferit interpretată de diverse doctrine, exemplară fiind analiza făcută de psihanaliză. Oricum, doliul e considerat o perioadă adaptativă, necesară reorganizării structurale a psihismului individual, după o astfel de pierdere. În general, situația de pierdere este una care pretinde ca psihismul să se reorganizeze și să se readapteze la noile condiții. Fapt ce presupune o retragere de tip depresiv.

4. Abordarea fenomenologică și existențialistă a patologiei bipolare

a. Fenomenologia s-a lansat ca doctrină psihopatologică în prima jumătate a sec. XX și a adus contribuții remarcabile la analiza stărilor depresive și maniacale, mai ales în conjuncție cu configuraționismul. Relansarea ei recentă repune în discuție marile teme pe care de la început le-a abordat, inclusiv în direcția depresiei și a maniei.

Fenomenologia s-a dezvoltat în cadrul filosofiei, mai ales ca o perspectivă metodologică. Pe lângă înțelesurile sale utilizate în cadrul filosofiei grecești și a idealismului german (Kant, Hegel) fenomenologia a fost relansată la începutul sec. XX de către Husserl, (50, 51) care pleacă de la orientarea lui Descartes de a coborâ metodice în adâncimile subiectivității conștiente pentru a atinge nivele de fundamentare a certitudinilor raționale. Fiind eminentamente o metodă subiectivă de investigare, orientare fenomenologică, în măsura în care nu a rămas cantonată la filosofie (unde a fost dezvoltată de gânditori ca Heidegger, (52) Scheler (53) etc.) și s-a orientat spre științele umane – inclusiv psihopatologie – s-a plasat la un pol opus față de orientarea comportamentalistă (behavioristă) care abordează omul din perspectiva exterioară obiectivă, a comportamentului său observabil, refuzând metodice de a comenta ce se desfășoară în mintea sa; și mai ales trăirile subiective. Către sfârșitul secolului XX cognitivismul neoraționalist a preluat câte ceva din ambele perspective, considerând că atitudinea obiectivă exprimă “perspectiva persoanei a treia” iar atitudinea subiectivă, “perspectiva persoanei întâi”. În ultimele decenii fenomenologia, în conjuncție cu cognitivismul și hermeneutica narativității a relansat o nouă direcție de cercetare în psihopatologie, care pune accent pe particularitățile specifice umane ale psihismului persoanei, lărgind astfel clasicul pt.f. în sens existențialist (pt.f.ex.). Se cer însă reținute și analizate în primul rând contribuțiile clasice ale psihopatologiei fenomenologice (pt.f.) în domeniul depresiei, maniei și deci, a bipolarității.

Doctrina și metodologia fenomenologiei lui Husserl este deosebit de complexă. În mod rezumativ și simplist se poate spune că, se face o distincție între trăirile psihice firești și obișnuite ale oamenilor conștienți, cele din viața de zi cu zi (“Lebenswelt”) și un nivel profund, fundamental, al conștiinței și eului, la care se ajunge prin înlăturarea metodice a nivelelor superficiale și intermediare, evidențindu-se astfel elementele

fundamentale ale structurii “subiectivității transcendente”. La acest nivel profund și ultim, care vizează esența felului de a fi al tuturor oamenilor dotați cu conștiință, se afirmă o intenționalitate de vizare a lumii, care în mod practic este în permanență umplută de conținuturile realității. Astfel încât, “conștiința e totdeauna conștiința a ceva”. Fenomenologia abordează în cadrul analizei structurilor fundamentale ale conștiinței și subiectivității transcendente, o serie de elemente structurale interconectate cum ar fi: - eul ce se constituie pornind de la înrădăcinarea sa într-o realitate lumescă și se afirmă prin intenționalitate, prin vizare intențională a realității; - constituirea prezentului subiectului în raport cu trecutul și viitorul; - prezent ce se exprimă printr-o “situație” în care întotdeauna subiectul e angajat și care are pentru el o semnificație; - celălalt (eu-conștient) cu care subiectul intră în interrelații și constituie o zonă a “intersubiectivității transcendente”; - sintezele de sine și de realitate etc. Intreg acest ansamblu structural se desfășoară în atmosfera conștiinței reflexive și cu diferențe de nivel între egoul empiric al vieții de zi cu zi și egoul profund, (transcendental, generic, suprapersonal), părtaș al intersubiectivității transcendente. Schemă a principalelor instanțe pe care le are în vedere fenomenologia:

1. Polul egoului Personalitatea Conștiința Subiectivitatea Ego Sine Trup	2. Polul celuiilalt alter-ego tu	3. Polul lumii sinteze constitutive tematice
	4. Zona comuniunii intersubiectivitate Existența duală “noi-tatea” (wirheit)	
5. Polul temporalității Trecut/prezent/viitor Prezentificare Durata Devenire		6. Polul spațialității distanțele interpersonale între zona intimă și cea publică
	7. Polul situației actualizare A fi în situație	
8. Polul identității Biografia		9. Polul judecării atitudine (poziționare) Antepredicație Judecare (constituire) Tematizare/valorificare Evidență/certitudine

Între psihopatologii ce s-au orientat spre fenomenologie în anii 20,30 ai sec. XX, s-au detașat în prim plan un grup de specialiști elvețieni, francezi și germani. Minkowski (54, 55) care nu a fost totuși un adherent explicit al lui Husserl a diferențiat de la început între aspectul ideo-afectiv al trăirilor și cel spațio-temporal specific antropologic sugerând că psihopatologia să nu se rezume la inventarul simptomelor cognitive, afective și comportamentale ci să analizeze afectarea infrastructurii spațiotemporalității specifice umanului.

Principalii autori care au abordat probleme ale pt.f. în perioada anilor 1920-1980 sunt : Minkowski, Zutt, (56), Straus, (57), von Gebattel, (58) Binswanger, (59), 60, 61) Tellembach, (62) Kraus, (63) Blankenburg. (64). Unii din aceștia au revenit de mai multe ori asupra aceluiși subiect, interpretările lor psihopatologice fiind în corelație și cu evoluția fenomenologiei însăși, chiar în interiorul gândirii lui Husserl. Sau, prin influența exercitată de lucrarea “Ființă și Timp”, a lui Heidegger. Cercetările în discuție sunt importante deoarece punând accentual pe specificul uman al trăirilor conștient subiective din psihopatologie, dezvoltă teme ce vin în întâmpinarea studiilor cognitive ce se bazează pe neuroștiințe. Precum și a ideilor ce le pune în joc în prezent p.pt.e.

b. Trimiterea în direcția unor analize fenomenologice a venit din însăși interiorul psihopatologiei clinice. Urmându-l pe K.Schneider, psihopatologii germani au vorbit încă din prima jumătate a secolului XX despre “depresia vitală”, care caracterizează “melancolia” ca și fază a psihozei maniaco-depresive. Depresia vitală se referă la resimțirea și trăirea intens corporală a tulburării, concretizată prin algii, cefalee, apăsare toracică, jenă în laringe, ceneștopatii, inhibiție instinctivă alimentară, modificări de bioritm, inhibiție motorie până la stupor, refuz alimentar, O parte din această simptomatologie este invocată și în DSM-III-IV la subtipul melancolic al depresiei majore fiind reținută și descrierea unei stări subiective speciale, cu o “altfel de trăire psihică decât tristețea obișnuită”. Această “vitalizare” a depresiei, cu concentrare asupra manifestărilor corporale și anestezie afectivă, a fost considerată tradițional ca marcă a “endogenității”, care diferențiază episodul psihotic depresiv de tristețea comprehensibilă, chiar foarte profundă. Referirea la corporalitate a fost studiată în mod special din perspectivă antropologico-fenomenologică de către Zutt, (56) care distingea în cadrul “corpului trăit” (“leib” în germană) care constituie dimensiunea corporală a persoanei, un aspect al “corpului portant” (“trägende leib”) și altul a corpului ca apariție fiziognomică pentru alții. Corpul în apariție are valoare comunicațională și e implicat în histerie și în trăirile senzitiv relaționale. Corpul portant este cel care susține identitatea cu sine a subiectului, intimitatea sa, fiind implicat în trăirea anxietății și depresiei. În melancolie trupul (“leib”) este resimțit greu, apăsător. Intreaga dimensiune a persoanei se retrage și se concentrează pe trup, pierzând antenele de relaționare care sunt exercitate de funcția sa fiziognomică.

(N. Red. CONTINUARE ÎN NUMĂRUL VIITOR.)

## BIBLIOGRAFIE

- Lăzărescu M. *Bazele Psihopatologiei Clinice*, București: Ed.Academiei Române, 2010.
- DSM-IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. Washington, 1994.
- Akiskal HA, Pinto O. The soft bipolar spectrum: footnotes to Kraepelin on the interface of hypomania, temperament and depression. In: Marneros A, Angst J (eds). *Bipolar Disorders. 100 years after manic-depressive insanity*. New York, Boston: Kluwer Academic Publisher, 2002, 37-62.
- Angst J. Temperament and personality types in bipolar patients: a historical review. In: Marneros A, Angst J (eds). *Bipolar Disorders. 100 years after manic-depressive insanity*. New York, Boston: Kluwer Academic Publisher, 2002, 17-200.
- Goodwin F, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. Oxford University Press, 2007.

- Hantouche EG. *Troubles bipolaires, obsessions et compulsions – les reconnaître et les soigner*. Paris: Odile Jacob, 2006.
- Hollander E, Wong CM. *Obsessive-compulsive related disorders*. Washington: Am Psychiat Press, 1993.
- Marneros A, Akiskal HS. *The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra*. Cambridge University Press, 299.
- ICD-10. *The ICD -10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. WHO Geneva, 1993.
- Marneros A, Andreasen C, Tsuang MT et al. *Psychotic Continuum*, Springer Verlag, 1995.
- Mundt Ch, Sass H. *Fur Wider der Einheitspsychose*. Stuttgart: Georg Thieme, 1992.
- Gabbard GO. *Tratat de psihiatrie psihodinamică*. București: Ed.Trei, 2007.
- Cicchetti D, Toth ShL. Developmental Psychopathology and Disorder of Affect. In: Cicchetti D, Cohen DJ. *Developmental Psychopathology, vol.II*. New York: John Wiley and Sons Inc, 1995, 369-420.
- Lăzărescu M. *Psihopatologie clinică*. Timișoara: Ed. Helicon, 1994.
- Brown GW, Harris T. *The social origin of Depression*. London: Tavisto Press, 1978.
- Beck AT. *Cognitive Therapy and depression*. New York: Guilford Press, 1979.
- Jaspers K. *Algemeine Psychopatologie*. Berlin: Ed. Springer; 8 Aufl, 1965.
- Brüne M. *Textbook of Evolutionary Psychiatry – The Origins of Psychopathology*. New York: Oxford University Press, 2008.
- Buss DM. *Evolutionary Psychology: the new science of the mind, second ed*. Boston: Allyn and Bolton, 2004.
- Cartwright J. *Evolution and Human Behaviour. Darwinian Perspectives on Human Nature*. London: MacMillan, 2000.
- Cosmides BJ, Tooby L et al. *The adapted mind. Evolutionary Psychology and generation of culture*. New York: Oxford University Press, 1992.
- Kenlar LEO. Evolutionary Psychology and Psychopathology. *Curr Opin Psychiatr* 2003; 16:691-699.
- Murphy D. Darwinian Models of Psychopathology. In: Jennifer Radden (eds). *The Philosophy of Psychiatry. A Comparison*. New York: Oxford Univ Press 2004, 329-337.
- Nesse RM. Evolutionary biology: a basic science for psychiatry. *World Psychiatry* 2002; 1:7.
- Rossano MJ. *Evolutionary Psychology. The Science of Human Behaviour and Evolution*. Wiley, 2003.
- Stevens A, Price J. *Evolutionary Psychiatry. A New Beginning*. London: Poutledge, 1996.
- Fodor J. *The modularity of minds*. Cambridge: NIT Press Bradford Books, 1983.
- Marks IM. *Fears, Phobias and Rituals*. Oxford Univ Press, 1987.
- Dawkins R. *Ceasornicul orb*. București: Ed. Humanitas, 2009.
- Leakey R. *Originea omului*. București: Ed. Humanitas, 1995.
- Secară O. *Creierul social*. Timișoara: Ed. Artpress, 2007.
- Stanghellini G. The meanings of psychopathology. *Curr Opin in Psychiatr* 2009; 22:554-564.
- Kraus A. Phänomenologischen Anthropologischen Psychiatrie. In: Helmchen H. (eds). *Grundlagen der Psychiatrie*. Berlin, Heidelberg: Springer, 1999.
- Kinney DK, Tanaka M. An Evolutionary Hypothesis of Depression and its Symptoms. Adaptive Value and Risk Factors. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197:561-567.
- Lăzărescu M. Psihopatologia evoluționistă și depresia *Psihiatru.ro* 2009; 19 (4): 22-27.
- Nesse RM. Is depression an adaptation? *Arch. Gen. Psychiatry* 2000; 57:14-20.
- Sloman L Gilbert P et al. *Subordination and defect: an evolutionary approach to mood disorders and their therapy*. Manvah: Lawrence Erlbaum Association, 2004.
- Wolpert L. *Malignen Sadness, The Anatomy of Depression*. London: Forber and Forber, 2001.
- Watson PJ, Andrews PW. Toward a revised evolutionary adaptationist analysis of depression : the social navigation hypothesis. *J Affect Disorders* 2002; 72:1-14.
- Kinney DK. An Evolutionary Hypothesis of Depression and its Symptoms. Adaptive Value and Risk Factors. *J Nerv Ment Dis* 1971; 8:561-566.
- Gillbert P. *Depression : the evolution of powerlessness*. Have Psychopathology Press, 1992.
- O'Connor LE et al. Guilt, fear, submission and empathy in depression. *J Affect Disorders* 2002; 71:19-27.
- Wiggins JS, Trobst KK. The Field of Interpersonal Behaviour. In: Perwin JOP (eds.) *Handbook of Personality*. New York, London: The Guilford Press, 1990, 653-670.

44. Maynard Smith J. *Evolution and the Theory of Game*. Cambridge University Press, 1982.
45. Wilson DR, Cory GA. *The Evolutionary Epidemiology of Mania and Depression*. The Edwin Mellan Press, 2007.
46. Kretschmer E. *Hysteria, Reflex and Instinct*. New York: Philosophical Library, 1923/1960.
47. Sherman JA. Evolutionary Origin of Bipolar Disorder. *Psychology* 2010; 12.
48. Hagen H. The bargaining model of depression. In: Hammerstein P. (eds). *Genetic and cultural evolution of cooperation*. Cambridge, MA: MIT Press, 2003.
49. Bowlby J. *Attachment and Loss*. New York: Basic Books, 1980.
50. Husserl E. *Filosofia ca știință riguroasă*. București: Ed. Paideia, 1994.
51. Husserl E. *Meditații carteziene*. București: Ed. Humanitas, 1997.
52. Heidegger M. *Ființa și timp*. București: Ed. Humanitas, 2003.
53. Scheller M. *Nature et forme de la sympatie*. Paris: Ed. Payot, 1950.
54. Minkowski E. *Traité de psychopathologie*. Paris: P.V.F., 1966.
55. Minkowski E. *Schizofrenia*. București, Ed. Trei, 1999.
56. Zutt J. *Auf dem Weg einer antropologischen Psychiatrie*. Berlin: Ed. Springer, 1963.
57. Straus E. *Vom Sinn der Sinne*. Berlin: Springer, 1956.
58. Gebattel VE. *Prolegomena einer medizinischen Antropologie*. Berlin: Springer, 1954.
59. Binswanger L. *Ueber Ideenflucht*. Zürich: Orell Fuessli, 1933.
60. Binswanger L. *Melancholie und Manie. Phenomenologische Studien*. Neske: Pfullingen, 1960.
61. Binswanger L. *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris: Ed. De Minuit, 1971.
62. Tellembach H. *Melancholie*. Berlin 4 Aufl. Ed. Springer, 1983.
63. Krausz A. *Rollendynamische Aspekte bei Manisch-Depressiven*. 1987.
64. Blankenburg W. *Persönlichkeits Struktur - Dasein und Endogenität. Cotymia Psychiatr* 1964; 7:183-194.
65. Petrilowitsch N. *Zur Charakteriologie der zwangneurotiker*. Halle: Ed. Monhold, 1966, 607-619.
66. Stanghellini G. *Disembodied spirits and deanimated bodies. The psychopathology of common sense*. Oxford Univ Press, 2004, 225.
67. Tatossian A. *Phenomenologie des psychoses*. Paris: Ed. Masson, 1979.
68. Merleau Ponty M. *Fenomenologia percepției*. Ed. Aion, 1999.
69. Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil, 1990.
70. Fuchs Th. *A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. Psychiatry and Psychology* 2005; 12:95-107.
71. Lăzărescu M. *Despre Sărbători, Grădini și Logos*. Timișoara: Ed. Brumar, 2004.
72. Eliade M. *Aspecte ale Mitului*. București: Ed. Univers, 1978.
73. Eliade M. *Sacru și Profanul*. București: Ed. Humanitas, 1992.
74. Zuckerman M. *Vulnerability to Psychopathology*. Washington: American Psychiatric Association, 1999.
75. Leonhard K. *The Classification of Endogenous Psychoses*. Irvington Publishers, 1979.
76. Perris C, Brockington JF. Cycloid Psychoses and their relation to the major psychoses. In: Perris C, Struwe G, Jansson B. (eds). *Biological Psychiatry*. Amsterdam: Elsevier, 1981; 447-450.
77. Rosenthal H et al. Seasonal affective disorder. A description of the syndrom and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiat* 1984; 41 (1):72-80.
78. Andreasen NC, Center A. The creative writer ; Psychiatric symptoms and family history. *Compr Psychiatry* 1974; 3:131.
79. Frank E, Schwartz HA, Kupfer DJ. Interpersonal and social rhythm therapy : Managing the choose of bipolar disorder. *Biol Psychiat* 2000 ; 48 (6):593-604.
80. Janzarik W. *Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke, 1988.
81. Marneros A, Goodwin Fr et al. *Bipolar Disorders. Mixed States. Rapid Cycling and Atypical Forms*. Cambridge University Press, 2005, 395.
82. Lăzărescu M, Niresteanu A. *Tulburările de personalitate*. Iași: Polirom, 2007.
83. Kretschmer E. *La structure du corp et le caractere*. Paris: Ed. Payot, 1930.
84. Sample D, Smyth R et al. *Oxford Handbook of Psychiatry*. Oxford, 2007.
85. Kircher T, David A. *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. Cambridge University Press, 2003, 484.
86. Fujii D, Ahmed I. *The Spectrum of Psychotic Disorders*. Cambridge University Press, 2007.
87. Ey H. *Conștiința*. București: Ed. Științifică și Enciclopedică București, 1983.
88. Janzarik W. *Dinamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen*. Berlin: Springer, 1959.

\*\*\*



# TULBURAREA BIPOLARĂ ÎN PERSPECTIVA PSIHOPATOLOGIEI. DOCTRINA EVOLUȚIONISTĂ ȘI FENOMENOLOGIA EXISTENȚIALISTĂ (II)

Mircea Lăzărescu<sup>1</sup>

## Abstract:

This article summarizes the psychopathological issue of bipolar disorder from these perspectives: 1. Clinical Psychopathology; 2. Psychopathology of doctrines; 3. Addressing depression and mania in the perspective of evolutionary psychology and psychopathology; 4. Phenomenological-existential approach to the classic bipolar disorder; 5. Neo-phenomenology and possible anthropological approaches to the bipolar psychopathology; 6. Diachronic aspects and aspects regarding the intensity of bipolar disorder; the issue of psychosis in the perspective of bipolarity.

Classical and recent literature is reviewed, mainly from two perspectives, which were imposed in particular in recent years and that can combine: on one hand, contributions are tracked in the field of evolutionary psychology and psychopathology, trying to decipher the adaptive meaning of depression and mania, which supports the selection and passing them off as a psychologically adaptive model. On the other hand, current and classic phenomenological orientation analyzes the anthropological-existential specific of these states on an individual, as well as on an over-individual level, with the exemplary aspect being that of the Holiday Season.

This review aims to restore the debate and research of the traditional concept of endogenous psychosis, that has been applied to bipolar disorder, ever since its description by Kraepelin.

**Key-words:** endogenous psychosis, psychopathological issues, traditional concepts, new concepts

## Rezumat:

Articolul sintetizează problematica psihopatologică a tulburării bipolare din următoarele perspective: 1. Psihopatologia clinică; 2. Psihopatologia doctrinelor; 3. Abordarea depresiei și maniei în perspectiva psihologiei și psihopatologiei evoluționiste; 4. Abordarea fenomenologic-existențialistă clasică a tulburării bipolare; 5. Neofenomenologia și posibile abordări antropologice ale psihopatologiei bipolare; 6. Aspecte diacrone și ale intensității tulburării bipolare; problematica psihozei în perspectiva bipolarității.

Este revizuită literatura clasică și recentă, predominant din două perspective, care s-au impus în mod deosebit în ultimii ani și care se pot conjuga: pe deoparte, sunt urmarite contribuțiile în domeniu a psihologiei și psihopatologiei evoluționiste, care încearcă să descifreze sensul adaptativ al stărilor depresive și maniacale, fapt ce susține selecția și transmiterea lor ca model psihic adaptativ. Pe de altă parte, orientarea fenomenologică clasică și actuală analizează specificul antropologico-existențial al acestor stări, atât la nivel individual, cât și supraindividual, aspectul exemplar fiind cel al sărbătorilor.

Comentariul țintește readucerea în dezbatere și cercetare a conceptelor tradiționale de endogenitate în psihoză, care au fost aplicate tulburării bipolare, de la descrierea ei de către Kraepelin.

**Cuvinte cheie:** psihoza endogenă, abordări psihopatologice, concepte tradiționale, concepte noi

Pe lângă resimțirea subiectivă particulară a corporalității, în depresia psihotică se modifică radical și resimțirea de sine; precum și modul global de raportare a subiectului la lume. Se modifică un aspect fundamental al “dispoziției” (“stimmung” în germană) care este o trăire ce se corelează de obicei cu afectivitatea, dar într-un sens special, diferit de sentiment (în germană “Gefühl”). Acesta din urmă are o dinamică și o raportare țintită, de exemplu îndrăgostirea și atașamentul față de cineva urmată de tristețea la pierderea celui drag. Minkowski (54) comentând psihopatologia fenomenologică în franceză a folosit expresia de “afectivitate-contact” (pentru referința la dispoziție – “stimmung”) pe care o diferențiază de “afectivitate – conflict” – corespunzătoare dinamismului sentimentelor. În melancolie avem o modificare fundamentală a dispoziției (în sens de stimmung, afectivitate –contact) care constă în aceea că pacientul se simte ca anesteziat

psihic și afectiv, nu mai poate suferi, este incapabil să mai fie trist. S-a vorbit de “depresia fără depresie”, de o detașare afectivă care rupe subiectul de lume, nu îi mai permite să fie conectat la aceasta, atașat de lume. Trăirea se aseamănă cu cea descrisă în depersonalizare și în unele trăiri din schizofrenie. Comentată din această perspectivă, “simptomatologia” trăirilor din melancolie nu mai apare pregnant ca înscriindu-se din seria “tulburărilor afective”. Această inhibiție afectivă cu detașare de lume face ca melancolicul – spunea Minkowski – să nu mai poată “rezona” împreună cu alții la evenimentele din jur, la semnificația acestor evenimente. Dispoziția de detașare și neaderența (nerezonare) în raport cu lumea face ca melancolicul, după ce își revine, să resimtă că episodul melancolic nu face parte din biografia sa, că a fost ceva ce l-a scos temporar din traiectoria devenirii sale biografice, a “fragmentat” cursul biografiei sale. Episodul psihotic

<sup>1</sup>Senior psychiatrist, MD, PhD, University Professor, Department of Psychiatry, Victor Babes University of Medicine and Pharmacy, 21 I. Vacarescu, Timisoara 300128 Romania. Correspondence: e-mail: mlazarescu39@yahoo.com. Received September 03, 2010, Revised November 09, 2010, Accepted November 30, 2010.

depresiv capătă astfel caracteristici transbiografice, transpersonale. El e marcat de ceva impersonal, ce vine nu din specificul antropologic biografic al persoanei; ci din infrastructura egoului său abisal și constitutiv, ce crește pe solul biologic al vieții. Această zonă, care e afectată în toate psihozele (endogene-bipolare, delirante, schizofrene) e o zonă de articulare între emergența “Biosului” în persoană. Emergență în aspectul formal bazal al egoului transcendental și conștient, care însă este o instanță specific umană, o instanță a “Antroposului”.

E important să se menționeze că psihopatologia fenomenologică a subliniat, înainte de 1980 – anul de apariție a DSM-III, - caracterul psihotic al melancoliei (al episodului depresiv din psihoza maniaco-depresivă), fără nici o trimitere la delir, halucinații sau dezorganizare; ci doar prin caracterul “vital” al depresiei și prin “anestezia dispozițională”.

c) Analizele psihopatologiei fenomenologice s-au axat de la început și mult timp pe studierea felului în care e trăită spațiotemporalitatea specific antropologică – specifică persoanei conștiente - în stările psihopatologice. Felul în care e perturbat timpul trăit în depresie și manie a fost analizat mai ales de Minkowski, Gebattel și Binswanger. Centrul comentariilor a fost mereu modul de structurare și trăire a prezentului. Trăirea prezentului necesită în primul rând o “aderență” față de lumea prezentă acum și aici. Apoi, un echilibru între subiect, alții și lume, între trecut și viitor, între semnificațiile solicitante ale situației și obiectivele avute în vedere. Situația neaderenței la prezent, care a fost amintită mai sus în perspectiva detașării și lipsei de rezonanță la ambianță, se exprimă – în comentariile lui Minkowski – și prin sentimentul de vid interior, de gol, de plictis, din unele variante de manifestare a depresiei melancolice, în care subiectul ajunge să se simtă în mod paradoxal “un mort în viață”, care trebuie să facă eforturi deosebite pentru a se sinucide efectiv, corporal. Alte variante melancolice au în centrul lor o trăire monstroasă a culpei sau o angoasă vitală. În toate aceste cazuri se constată o “decontextualizare” a subiectului, cu o detașare profundă de prezent. Pt.f. consideră că în aceste cazuri “egoul empiric” este practic suprimat.

Chiar dacă egoul empiric continuă să funcționeze, analizele fenomenologice au subliniat dificultatea sau imposibilitatea de structurare la melancolic a prezentului autentic. A unui prezent care să se ancoreze într-un proiect de viitor, antrenând trecutul cunoscut și asimilat. Prin aceasta se blochează evident și devenirea. Gebattel a studiat în paralel perturbarea devenirii în anxietate, obsesionalitate și depresie (melancolie). Fenomenalitatea trăirii depinde și de gradul de afectare psihopatologică. Încă la nivelul tristeții, care implică doar egoul empiric și “afectivitatea – conflict” (sentimentul, ce e sensibil la pierderi), starea subiectului e modificată temporal. Viitorul se blochează prin lipsa de speranță; prezentul nu se mai constituie ferm, subiectul alunecă spre dezinteres și lipsă de adeziune. Preocuparea centrală este cea față de trecut. Trecutul se manifestă nu doar ca reamintire și reprezentificare a unor evenimente și persoane, ci ca și culpă. Dificultatea de constituire și exercitare a prezentului, blochează și șansa devenirii. Gebattel a analizat detaliat și pertinent cum d.p.d.v. fenomenologic trăirea obsesionalității poate fi comentată și ea ca o blocare a devenirii. Dar printr-un fel de învârtire

în cerc a existenței subiectului (în “timpul rotitor” ar fi spus Noica). Obsesivul e mai articulat de situația prezentă decât depresivul, deoarece el se agață de detalii concrete, care-l mențin într-o priză fragmentară în raport cu lumea, situația, prezentul. Dar singurul lucru pe care îl reușește, este menținerea la limită a prezentului ca atare, prin repetarea sa identică, prin ritualuri. Ansamblul conduitelor repetitive ale obsesivului sunt un efort disperat de a “menține” în funcție prezentul. Căci și pentru el viitorul e extrem de problematic, fiind dispersat în infinite eventualități. Iar trecutul nu e sub propriul control, impunându-se de la sine, ca idee intruzivă. Deficiența majoră în sinteza a prezentului – și astfel, a prezenței la lume și în lume – stă în spatele “simptomatologiei” obsesive care în cele din urmă exprimă tocmai efortul sisific de a închea o prezență activă și eficientă la lume, în lume. Varianta obsesivă e parțial diferită de cea depresivă, pentru care prezentul nu e nici măcar menținut; dar se apropie de aceasta și îi luminează înțelesurile.

Deficiența de constituire temporală a prezentului și de realizare a devenirii, a fost comentată fenomenologic și în manie, mai ales de Binswanger. Intr-o primă interpretare, (59) starea maniacoală era analizată ca o trăire în care totul se concentrează în fragmente izolate de prezent, ce sar de la una la alta, ca în salturile unui dans dezordonat; dar fără a se putea lega printr-o coerență. Totul este fragmentar, cuprins într-un flux fără structură, pentru care semnificativă e fuga de idei (Ideenflucht). Această existență superficială care alunecă mereu fără a se putea fixa, este indicatorul unei alterări de substrat, a unui eu care e lipsit de structură, profunzime, care nu are prezent, deoarece-i lipsește înrădăcinarea în trecut și deschiderea spre viitoruri reale. Deci, avem o perturbare, o destructurare, o “tasare” a structurii persoanei (egoului), care în mod firesc ar trebui să aibă o arhitectonică în care egoul transcendental să fie la distanță de egoul empiric, să se relaționeze structurat și în profunzime cu un alter ego, să poată organiza prezentul, precum și proiectele existențiale în cadrul unei devenirii cu sens. Evidențierea perturbării de ansamblu a structurii persoanei conștiente (de fapt a Dasein-ului, în formularea lui Gebattel) subliniază că în starea maniacoală nu e vorba în primul rând de o “tulburare afectivă”. Există o perturbare dispozițională, în sensul că un anumit tip de raportare globală la lume de tip expansiv (euforic) se impune rigid și decontextualizat. Dar aceasta se petrece concomitant ca o sărăcie a afectivității. De exemplu a afectivității interpersonale, a rezonanței afective cu altul, a atașamentului, dragostei, a nuanțelor afective.

d. Revenind la coordonatele infrastructurale ale perturbărilor psihismului conștient în psihoze, alături de distorsiunea timpului trăit întâlnim și pe cea a spațiului. În depresia melancolică, chiar spațiul fizic e perceput fără relief și adâncime, în cadrul dediferențierii și sărăcirii de ansamblu a percepției și trăirii lumii. Iar spațiul relațiilor interpersonale se prăbușește până la nivelul la care celălalt, persoanele intime chiar, ajung să fie rejectate și chiar ignorate, ca în autismul schizofren. Relația și “distanța” – “sine-celălalt” devine ștersă, ternă, până la dispariție.

În manie spațiul din jur este perceput cu intensitate și în detaliu. Dar, la fel ca în cazul trăirii temporalității, e vorba de o fragmentare și o lipsă a

perceperii structurale și coezive a ansamblului. Parcurgerea unor distanțe mari în spațiu e o acțiune fără rost și semnificație pentru persoană. Interpretarea inițială a lui Binswanger care comenta mania ca ancorată în prezenturi punctiforme, a făcut loc ulterior unor interpretări a aceluiași autor care analizează starea maniacală ca eșec al structurării unui prezent valid, care să articuleze trecutul rememorabil de caracteristicile semnificative a unei situații prezente în vederea elaborării și angajării într-un proiect de viitor viabil și realizabil. Un proiect cu sens e angajat și începe să se realizeze într-un prezent, într-o situație dată. Dar maniacalul e incapabil de configurarea unui astfel de prezent. Si de aceea nu e capabil nici de un proiect structurat. Proiectele sale sunt sau fantastice sau inconsistente, pornind de la premiza omnicapacității sale. Deci, perturbarea spațio-temporalității e solidară cu distorsiunea raportării la sine, la alții și la lume, cu o tasare aberantă a situației date, cu o ignorare a referințelor semnificative pe care aceasta le oferă sau le impune.

Felul în care subiectul trăiește aberant spațio-temporalitatea antropologică în depresia melancolică și în manie, s-a dezvoltat în cadrul analizelor fenomenologice ca făcând parte dintr-un complex al modurilor de manifestare ale subiectului în lume. Spațio-temporalitatea se referă la trăirea prezentului detașat și reliefat între trecut și viitor. Iar prezentul constă din trăirea de către subiect a unei situații semnificative. Subiect care e înrădăcinat în el însăși, în propria-i corporalitate biologică (ce face parte din Bios) și în propria-i biografie (ce face parte din istoria narativă a Antroposului). Sinele subiectului centrează o situație, în cadrul căreia el se raportează constant la alți subiecți (la alter egouri, la alții). Iar în genere, această prezență afirmativ-proiectivă a subiectului în situații cu sens, înseamnă o angajare în rezolvarea unei probleme. Care, odată soluționată face ca existența sa să crească și să se înscrie într-o devenire cu sens. Privitor la spațiul antropologic interpersonal al maniacalului, la acest nivel sunt prezente și alte perturbări specifice, care au fost tot timpul reținute de simptomatologia clinică. Dar, în mod ciudat, destul de puțin analizate fenomenologic. Este vorba de lipsa de reticență și familiaritatea anormală prin care maniacalul abordează orice persoană străină. Faptul se poate articula cu rolul pe care îl joacă stările hipomaniacale în derularea sărbătorilor.

e. Un moment important în dezvoltarea pt.f. privitor la patologia afectivă l-a constituit sinteza realizată de Tellembach (62) prin lucrarea sa Melancholie. În această sinteză autorul german trece de la analiza episoadelor, la cea a unei tulburări psihice de ansamblu. Fapt ce presupune o perspectivă existențială mai amplă. Tellembach a studiat amănunțit ceea ce ulterior s-a numit tulburarea monopolar depresivă. El ajunge să abordeze problema corelației dintre episod și biografie, prin intermediul trăirilor situaționale și a tipologiei caracteriale. Si de asemenea, în această sinteză de final a pt.f. clasice, el ajunge să abordeze frontal problema endogenității, invocând o instanță dinamică a “endonului”. Lucrarea reprezintă un moment de cumpănă între tradiționala psihopatologie fenomenologică configuraționistă și cea care va renaște, în paralel cu afirmarea modului de gândire promovat de DSM-III.

Terminologia lucrării lui Tellembach e parțial preluată de la Binswanger, din perioada în care acesta încerca să aplice la psihopatologie conceptualizarea

omului (a Dasein-ului) pe care o dezvoltase Heidegger în cartea Ființă și Timp. Aici, omul (Dasein-ul) este înțeles ca fiind structurat prin o serie de “linii de forță” fundamentale, denumite “existențiali”. Dintre acestea, principalul existențial este “faptul-de-a-fi-în-lume” și corolarul acestuia “faptul-de-a-fi-în-situație”. Transpunerea viziunii lui Heidegger - ce a fost elaborată pentru a servi filosofiei, ontologiei - în direcția psihopatologiei, nu s-a dovedit trainică în ansamblul ei; (ea a fost criticată de Heidegger însăși și în principiu părăsită și de Binswanger). Dar preocuparea privitor la faptul: cum se raportează omul la situația în care se găsește? era deja o importantă temă a psihologiei și psihopatologiei. Si aceasta a rămas ca atare până în prezent când e reactualizată. În trecut, ea a stat la baza comentării de către Jaspers a reacțiilor psihopatologice. De asemenea a constituit partea centrală a teoriei “câmpului psihologic” în doctrina configuraționistă a lui Lewin, fiind preluată în ideea “câmpului interpersonal” a lui Sullivan, care a influențat teoria sistemică familială actuală. Preocuparea privitoare la “faptul-de-a-fi în situație” corespundea pentru fenomenologi interesului pentru sinteza prezentului trăit și organizarea “prezenței la lume”. Această perspectivă constituie un aspect central și al psihopatologiei organo-dinamiste a lui Ey care diferențiază între structura câmpului actual al conștiinței și conștiința persoanei diacrone, morale. În sfârșit, cercetările recente privind rolul în psihopatologie a evenimentelor (stresante) de viață (L.E.) se înscrie în aceeași problematică.

Pentru Tellembach, persoana umană se organizează de-a lungul biografiei astfel încât ajunge să aibe o structuro tipologică caracterială, ce poate fi particulară. Iar în funcție de tipologie, subiectul se raportează specific la situațiile actuale și la schimbările lor. Analiza episoadelor de melancolie – interpretate acum ca și cazuri de depresie recurentă – îl conduce la concluzia că în acest caz episodul se corelează cu tipologia caracterială; mai precis ca “tipus melancolicus”, pe care îl descrie pregnant. Raportarea la situații e specifică în acest caz; iar dinamica schimbărilor relaționale, girată de “endokinezie”, joacă un rol important în apariția și evoluția bolii.

De fapt, Tellembach comentează o persoană vulnerabilă, aducând în discuție tema vulnerabilității psihopatologice. Subiect care, în deceniile ce au urmat și până în prezent a devenit un important subiect de cercetare; dar cu o orientare predominant biologică și nu fenomenologică caracterială așa cum propunea autorul german. De asemenea, Tellembach comentează rolul patogenetic al “schimbărilor de viață”, care nu sunt prin ele însuși psihotraume. Dar care obligă subiectul la un efort de readaptare. Si acest aspect a fost studiat ulterior de psihopatologia anglo-saxonă, dar mai ales dintr-o perspectivă cantitativă exterioară, prin inventarierea numărului de evenimente și schimbări de viață ce au avut loc într-o perioadă dată. În sfârșit, Tellembach este un pionier și în direcția analizei rolului ciclurilor vieții în psihopatologie, care vor constitui partea centrală a psihopatologiei dezvoltamentale.

Tipus melancolicus descris de Tellembach este un om preocupat în mod exagerat de ordine și muncă. El seamănă până la un punct cu tipul anankast descris tot de psihopatologia germană (Petriłowitsch) (65). Dar analizele recente găsesc o diferență esențială, ultimul fiind

marcat de o tendință la dispersie iar primul de una spre centralitate (Stanghelini) (66).

Tipus melancolicus e un om serios, muncitor, scrupulos, care vrea să facă totul perfect. El se dăruiește activității și cultivă puțin relațiile sociale. Este mult legat de normativitatea vieții și se identifică cu rolurile sociale mai ales cu cele profesionale (acest aspect a fost studiat în mod special de Kraus) (63). Nu are inițiativă, e dependent de deciziile ce se iau oficial și de programe. E performant dar tradiționalist, evitând schimbările.

Astfel descris tipus melancolicus se raportează bine la situații doar în măsura în care acestea sunt statice, rituale și pot fi bine controlate. Schimbarea îi induce neliniște. Iar dacă e bruscă, îl dezorientează. Dar chiar și schimbările prevăzute sunt suportate cu greu. Cel mai greu sunt suportate schimbările induse de pierderi. Acestea sunt în principiu situațiile ce induc depresie. Care în varianta sa gravă, psihotică, se manifestă ca melancolie. Situație sau episod în care timpul trăit devin imobil, cu repliere pe trecut și culpă. Dar, se poate remarca din analiza lui Tellembach, că raportarea la prezent, la prezența în situații actuale, e fragilă la tipus melancolicus și înainte de schimbări, pierdere și instalarea episodului. Prezentul este unul monoton, stereotip, lipsit de șansa devenirii. Raportarea globală la situație, la “atmosfera” situației actuale, e una standardizată, lipsită de inițiativă și spontaneitate, încremenită. Existența lui tipus melancolicus în ansamblul său, e una statică, fără noutăți, depășiri, integrări, metamorfoze, devenire. Relațiile interpersonale sunt și ele simplificate, reduse la o raportare oficială formală, ordonată de norme. Psihopatologia se infiltrează în viața curentă, ca vulnerabilitate. Iar schimbarea situațională, marcată de inițiativă creatoare, este cât se poate de mult blocată din profunzimile structurii sale, din zona “endonului”. El presimte în permanent că o “nouă situație”, poate deveni hipersolicitantă și decompensantă.

Tellembach comentează faptul că viața normală a oamenilor este una care presupune parcurgerea diverselor etape : creștere, maturizare, obținerea de competențe, intrare în diverse roluri sociale, angajarea în proiecte care prin împlinirea lor conduc spre îmbogățiri sufletești. Acest dinamism firesc pornește din adâncimile ființei biopsihice a persoanei, din zona “endonului”, care în mare parte e o moștenire biologică. Dar care are și multă specificitate umană. Dinamismul existenței personale are deci, pe de o parte, baze biologice, implică Biosul. Așa e creșterea și maturizarea, bio-psiho-ritmurile reglate cosmic, cum e veghea și somnul, alimentația, ciclurile lunare. Dar dinamismul vieții personale are și o reglare specific umană, prin ritmul muncii și al repausului, programe de învățământ și vacanțe, sărbători, cicluri ale vieții sociale, ale familiei, ale comunității. Ciclicitatea și ritmicitatea specific umană, antropologică, se înscrie și ea în structura profundă a “endonului”. Astfel încât se poate vorbi de bio-psiho-ritmuri antropocosmice. În patologia psihiatrică majoră, cea a psihozelor, intervine această “endokinezie” în care Biosul și Antroposul se întâlnesc și se întretes. Astfel, patologia psihotică endogenă se cere analizată concomitent din perspectiva biologică și antropologică.

Lucrarea lui Tellembach privitoare la Melancolie se plasează la capătul primului ciclu al psihopatologiei fenomenologice. Precum și a preocupării explicite a

psihopatologilor față de “endogenitate”. Până în acest moment, fenomenologia clasică s-a articulat mult cu psihologia gestaltistă. Ultima sinteză psihopatologică privitoare la endogenitatea psihozelor este cea a lui Janzarik, care împrumută mult din Tellembach. Dar e mai pronunțat gestaltistă încercând să asimileze noile concepte anglosaxone privitoare la vulnerabilitate, evenimente de viață, rețea de suport social etc. Noua psihopatologie fenomenologică ce s-a dezvoltat după anii 90, pune accentul pe intersubiectivitate (și intercorporeitate), narativitate și hermeneutică. Ea își are deja obiective specifice, care se bazează pe pt.f. tradițională dar le dezvoltă într-un context științific și într-un limbaj nou.

Ideile lui Tellembach au fost supuse unor diverse critici. Cazuistica analizată de el se referă la monopolarul depresiv pe când bipolarul are în spate o altă structură psihologică, un alt temperament, pe care Kretschmer îl descriese ca ciclotimie Totuși, sub influența lui Tellembach, din aceeași școală a lui Heidelberg, von Zerssen a descris “tipus manicus”, dezvoltând instrumente standardizate de evaluare, atât pentru acesta cât și pentru tipus melancolicus. Bipolaritatea se caracterizează însă printr-o importantă instabilitate dispozițională, opusă sau polarizată cu constanța rigidă a lui tipus melancolicus sau a anankastului. Aceasta se regăsește mai bine în psihopatul instabil descris de Schneider și reluat de DSM-III-IV sub cupola tulburării de personalitate borderline (având un bun correspondent în doctrina caracteriologică FFT în trăsătura “nevroticism”).

Bilanțul la care a ajuns psihopatologia fenomenologică până în perioada lui Tellembach e important din două motive :

În primul rând comentariul psihozelor endogene – așa cum apare el în sinteza lui Tattosian (67) – aduce în discuție o interferență între Bios și Antropos. Adică între acele aspecte patologice ce se bazează pe ceea ce în persoana umană e specific biologic și se transmite genetic (iar unele bio-psihoritmuri se bazează pe aceasta); iar, pe de altă parte, aspectele patologice care se bazează pe formarea și maturarea omului în ambianța socio-culturală specific umană (motiv pentru care Tellembach vorbește de bio-psihoritmuri antropocosmice). Ori, o astfel de abordare, părăsită odată cu lansarea DSM-III, poate fi reluată cu succes în prezent dacă se ține cont de cele ce ni le relevă psihologia și psihopatologia evoluționistă și neofenomenologia. Prima aduce în discuție transmiterea genetică a unor moduli psihici adaptativi (și o cauzalitate ultimă), nelimitând configurarea modulilor transmișibili la perioada antropogenezei și acceptând selecția celor dobândite în perioada istorică. Pe de altă parte noua fenomenologie abordează intersubiectivitatea intercorporală ca și constituindu-se din primele zile de după naștere (ba și de dedinaintea nașterii) și o urmărește în dezvoltarea sa în primii ani de viață, în direcția formării atașamentului și structurării capacității de mentalizare. În plus, narativitatea pe care o susține în prezent fenomenologia hermeneutică și teoriile narrative ale persoanei, aduc importante lumini asupra structurării sinelui (self-ului) biografic și a identității persoanei. Pe aceste baze vechea idee a endogenității poate fi reluată, cu adecvate precauții metodologice și cu rigoare științifică.

În al doilea rând felul în care abordează Tellembach problema prezentului trăit, ca fiind articulat

cu “faptul de a fi în situație” (situație trăită “atmosferic”, în conformitate cu comentariile lui Minkowski) ridică și menține în fața unei cercetări metodice problema psihologică și psihopatologică a “duratei” situațiilor în care subiectul e implicat la un moment dat. Mai ales că fiecare persoană e implicată în același timp în trăirea și rezolvarea concomitentă a mai multor situații problematice, cu semnificație specific umană de diverse amplitudini și complexități. Astfel, există situații problematice zilnice, situații a căror obiectiv de realizare se fixează pe săptămâni și luni; apoi, cicluri ale vieții, cum ar fi ciclul profesional, marital, ciclul planificării și creșterii unui copil; și încă, perioade ce se definesc prin vârstă și poziție socială. Descifrarea rețelei de situații cu semnificație specific umană pe care subiectul le parcurge, în cadrul proiectelor sale de viață, poate clarifica o serie de oscilații psihice în timp, corelate evenimentelor de început și sfârșit ale acestora. Astfel “endokinezia” se bazează foarte probabil pe o rețea de dimensiuni psihice, temporale pe care diverse doctrine psihologice, proiecte de cercetare și metodologii de evidențiere caută să le descifreze în prezent.

5. Noi orientări fenomenologico-antropologice. Psihopatologia fenomenologică clasică a intrat după 1980 într-un con de umbră. Ea s-a reactivat după 1990 în conjuncție cu psihologia și psihopatologia dezvoltată (p.pt.d.) care a absorbit o mare parte din contribuțiile psihanalizei și a teoriei sistemelor. Noua fenomenologie se bazează pe ideea de “intersubiectivitate intercorporeală” ce își are originea în ultimele lucrări ale lui Husserl (mai ales Meditații cartesiene, meditația a cincea) și în lucrarea lui Merleau Ponty “Phenomenology of perception” (68). De asemenea, ea se bazează mult pe hermeneutica narativității (Ricoeur) (69) și pe teoriile narrative ale personalității.

În acest context s-a subliniat specificul uman subiectiv al copilului încă de la naștere, vorbindu-se de o intersubiectivitate primară (între 0-6 luni) și una secundară (între 16-18 luni), deci într-o perioadă bazală a dezvoltării psihismului și creierului social, când nu e încă structurată conștiința eului (sinele, “self”-ul nuclear) iar relația de atașament e în curs de formare (70). Această abordare din perspectiva dezvoltată și a ciclurilor vieții este importantă pentru înțelegerea TB, deoarece în această patologie e vorba de tulburări delimitate în timp și ciclice. Felul în care Tellembach a adus în discuție endokinezia ca fenomen important în psihopatologia condiționată endogen, e abordat în prezent din perspectiva p.pt.e. și a ciclurilor vieții. Faptul aduce în discuție și felul natural, firesc, în care decurge viața oamenilor, la nivelul pe care fenomenologia îl considera ca centrat de “eul empiric”; adică la nivelul “lumii vieții”.

a. Dincolo de parcurgerea unor ani biologici, dezvoltarea copilului constă din parcurgerea unor etape de formare în care intervin rețelele sociale și tipuri de probleme relativ standardizate social. Ciclul educativ și cel instructiv ar fi un exemplu.

Programele de achiziționare a competențelor, dintre care unele sunt expectate, altele obținute prin antrenamente, altele însușite deliberat, toate au la bază “proiecte” a căror desfășurare presupune o structură, un început și un sfârșit, ansamblul fiind evaluat. În paralel cu proiectele exterioare și standardizate social, individual parcurge de-a lungul întregii vieți și proiecte personale, în care se angajează mai mult sau mai puțin voluntar. Si la fel,

el trăiește evenimente și schimbări de viață neprevăzute. Toate aceste secvențe mobilizează în psihismul individului anumite modele de receptare și manifestare. Astfel:

- Începutul entuziast a unui proiect promițător poate declanșa o stare de energie, angajare, tensiune psihică crescută, cu performanțe apreciabile, pe baza aspirațiilor, speranțelor pe care subiectul le întrevede. Acestea au parțial caracteristici de tip maniacal (t.M.).

- În cursul desfășurării unui proiect, mai mult sau mai puțin personal dar care presupune creativitate mentală, subiectul ce se implică poate dezvolta stări de dezinhibiție creativă puternice care, formal și structural, au și ele elemente comune cu unele manifestări t.M. Similitudinea dintre starea psihică din timpul creativității mentale și cea din episodul maniacal (și alte stări psihotice) a fost relevată prin studii clasice.

- În cazul eșecului unui proiect în care subiectul a investit mult din personalitatea sa – ca speranță, atașament, așteptare, efort, bunuri materiale etc. – decepția sa se poate manifesta explicit depresiv.

- În cazul succesului unui proiect important în care subiectul a fost intens angajat afectiv sau creativ, el trăiește o stare de satisfacție și bucurie care are caracteristicile trăirilor de tip maniacal din timpul sărbătorilor.

Astfel, pe lângă analizele fenomenologice structurale ale “stărilor” sau “episoadelor” franc psihopatologice, care relevă, așa cum s-a arătat, o deconstructură de ansamblu a modului de trăire, (a spațiotemporalității, organizării ierarhice a eului, a relaționării intersubiective cu alții, a aderenței față de realitate, a structurării prezenței la un prezent trăit cu sens) se poate comenta, plecând de la felul în care se derulează “lumea vieții” de zi cu zi, în care se manifestă constant “eul empiric”, o dinamică a proiectelor. Si în care, dinamica acțiunilor sau situațiilor, ocazionează constant trăiri de tip maniacal și de tip depresiv. Aceste trăiri fac parte din recuzita firească și normală a vieții oamenilor. Motiv pentru care ele sunt exersate, cultivate, reproduse, utilizate etc. Starea psihopatologică reprezintă doar manifestarea disfuncțională – excesivă, simplificată, decontextualizată a utilizării acestor “organe sau instrumente funcționale” utile și necesare ale psihismului uman, adaptative și creatoare.

b. Felul în care a fost pusă problema mai sus lărgeste perspectiva clasică a psihopatologiei fenomenologice înspre aspectele existențiale ale vieții de zi cu zi (“lumea vieții”) în care se manifestă “eul empiric”. Iar pe de altă parte, readuce în discuție problema funcțiilor adaptative creatoare a manifestărilor psihice, asupra cărora insistă p.pt.e. în ideea că astfel de aspecte sunt promovate, selecționate și transmise. În măsura în care această idee e acceptată și se extinde nu doar asupra perioadei de constituire a speciei om ci și asupra celei a omului istoric, apar probleme noi. Între acestea e de reținut tensiunea modelelor adaptative, care se mută treptat de la transmisia genetică spre transmisia culturală, supraindividuală. În continuare va fi comentat modelul cultural al sărbătorii în perspective selecționării comportamentelor t.M. și t.D.

Comportamentul și trăirile maniacale se aseamănă mult, până la identificare cu cele ce sunt obișnuite în timpul sărbătorilor dezlănțuite.

Pentru psihopatologia bipolarității e semnificativă invocarea sărbătorii care e un fenomen

specific uman, ce se derulează la un nivel supraindividual (71). Sărbătorile, în interpretarea lui Eliade, (72, 73) sunt evenimente ciclice pe care umanitatea organizată în colectivități culturale, le derulează de obicei la date fixe pentru a invoca și capta bunăvoința sacralității. Fapt resimțit ca fundamental pentru menținerea ordinii existenței umane : a colectivității respective și a lumii ei corelative. În algoritmul ce definește existența oamenilor culturii neolitice și istorice, succesul supraviețuirii comunității depinde de o instanță cu valoare de criteriu și garant, instanța omnipotentă, care e sacralitatea.

Ansamblul eforturilor practice pe care grupul uman le desfășoară prin acțiuni ce vizează direct sau indirect supraviețuirea (obținerea resurselor, adăpost protejat, multiplicarea) precum și organizarea autoreproducerii prin practici ca educația, justiția, medicina, politica, cercetarea etc., toate se cer garantate și susținute de un principiu suprem care să fie considerat și creator și garant. Aceasta e instanța sacralității, cu care se cere menținut un contact constant, ceea ce se realizează prin ritualuri de invocare. În cursul acestor ritualuri este de obicei derulată o poveste mitică, până se ajunge la momentul suprem de contact între muritori și zeu (Eliade). Este vorba acum de perioada sărbătorii invocative a zeului, esențială și definitorie pentru existența condiției umane.

Sărbătoarea sacrală are două faze. Prima este aceea în care zeul este invocat prin penitență și ritualuri ascensionale. A doua, care urmează după momentul culminant al theofaniei – care după Eliade e semnificativ paradigmatic de intrarea în haos a lumii și recreerea ei – constă într-o dezlănțuire euforică, plină de speranța noului început. Aceasta a doua fază carnavalescă a sărbătorii, își are și ea regulile ei. Mai precis, se acceptă temporar transgresarea ierarhiilor și normelor curente de conviețuire, suspendarea comportamentului structurat și ordonat după care se derulează munca productivă și realizările eficiente, cu sens ale practicilor umane. E permisă pentru o scurtă perioadă de timp o “anomie” similară haosului începuturilor.

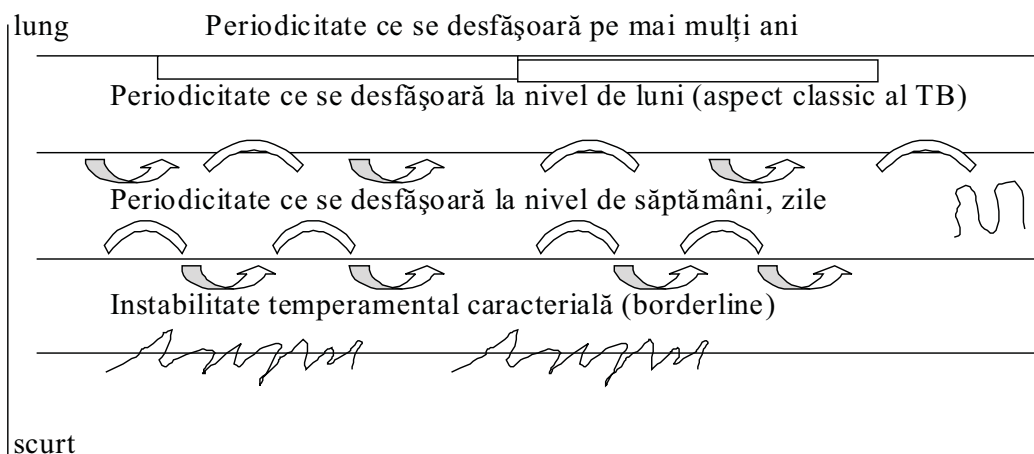
Acest model al suspendării temporare a structurilor ierarhice în timpul sărbătorii carnavalesci se desfășoară pe multiple planuri, incluzând : - relaționarea socială după formula ordinii curente (săracul ia locul bogatului, adresața interpersonală devine permisivă,

intimă, indiferent de distanța social reală; - nivelul instintiv biologic al psihismului uman capătă permisivitate în toate planurile : (mâncare, băutură, sex); - e cultivată buna dispoziție și o sociabilitate gregară care suspendă structura organizată a muncii performante etc. Aceste caracteristici ale “răsturnării de tip carnavalesc” (sau orgisiac) sunt de obicei potențate de alcool. Valoarea lor adaptativă este de a crește coeziunea socială. Prin definiție acest model de sărbătoare e delimitată în timp. Această secvențialitate și periodicitatea ciclică a sărbătorilor se regăsesc, se reflectă, în patologia bipolară.

Sărbătoarea sacrală, care e prototipul tuturor sărbătorilor, se derulează deci în doi timpi. Faza de pregătire, cu invocarea ritualică a zeului, se realizează ordonat, cu retragere, privațiuni și chiar jertfe; comportamentul se apropie de cel depresiv și de cel obsesiv. E o perioadă de post, reculegere, meditație, invocări, inhibiții. Aproximarea dintre patologia obsesivă și cea depresivă este o constantă a observațiilor clinice. Ea apare în comentariile asupra temporalității ale lui Gebattel și în descriere de către Tellembach a lui “tipus melancolicus”. Cealaltă fază a sărbătorii, cea dezlănțuită, ne apropie de comportamentul de tip maniacal, așa cum s-a menționat mai sus.

#### 6. Aspectul diacron și al intensității TB. TB și problematica “psihozelor endogene”

Evoluția în timp și intensitatea tulburării au particularități specifice TB. Dar ele sunt teme valabile pentru întreaga psihopatologie. Ele vor fi abordate parțial în corelație cu perspectivele urmărite de p.pt.e. și pt.f.ex. Se va încerca să se sublinieze felul în care studierea TB poate arunca lumini asupra tradiționalelor probleme ale psihozei și endogenității. Comentariul va avea în vedere 2 scheme extreme, abstracte și vagi, dar sperăm destul de orientative : Una e ordonată pe verticală, privind intensitatea, gravitatea tulburărilor psihopatologice, care are ca referențial superior psihoza; Alta e ordonată pe orizontală, având în vedere specificul secvențial ciclic al TB, care se plasează însă între oscilațiile extrem de ample ale raportării dispoziționale față de lume și cele extrem de rapide (Schema 1). Perspectiva de ordonare rămâne dublă, antropologico-biologică. Iar marea temă în dezbateri, pentru care nu se oferă o soluție ci se intenționează a se degaja un teren de investigare, este cea a “determinismului endogen”.



Schema 1 : aspecte ale duratei episoadelor din TB (și a spectrului său)

ușor

- temperament, oscilații endotime, reacții copleșibile
- tulburări ale personalității (borderline, depresivă,
- psihopatul Cleckley); doliul prelungit
- ciclotimia, distimia
- episoade maniacale și depresive de diferite intensități:
- Bipolar I, II
- nivelul psihotic al bipolarității
- patologia schizo-afectivă, psihoze cicloide diverse
- tulburări psihotice neciclice și nonbipolare (schizophrenia, paranoia etc.)

grav

Schema 2 : nivele ale intensității TB

D.p.d.v. diacron, aspectul specific psihopatologic al TB constă în faptul că se manifestă prin episoade delimitate în timp (cu durate variabile), care în principiu nu sunt unice ci apar intermitent, cu tendință la ciclicitate; și care au un caracter polar, între manie și depresie, cu manifestarea frecventă a stărilor mixte. Aceste caracteristici se suprapun pe cele ale intensității (între subclinic și “psihotic”) și ale condiționării “endogene”. TB este o manifestare psihopatologică ce poate ocaziona o dezbatere, prin comparație și contrast cu alte tulburări, privitor la toate aceste aspecte. De precizat faptul că “endogenitatea” semnifică o independență, cel puțin relativă, față de condiționările conjuncturale exterioare sau o condiționare organic-cerebrală precizabilă. Ea este în prezent relativ acoperită de conceptul de “vulnerabilitate” crescută pentru anumite stări psihopatologice (74). Această vulnerabilitate presupune desigur și un grad (mai mare sau mai mic) de implicare a factorilor circumstanțiali, considerați acum drept favorizanți sau declanșatori.

În biologie există foarte multe manifestări periodice și ciclice, fiziologice și instinctive, o parte manifestându-se ca și biopsihoritmuri. Referențialul pentru acestea a ajuns să fie oscilația somn veghe, deci biopsihoritmul (bpr) circadian. El include și ciclicitatea somnului, cu perioadele sale REM și non REM. Bioritmuri infradiene sunt respirația, ritmul cardiac, ritmurile corelate alimentației și o serie de bioritmuri endocrine metabolice. Un bioritm supradian e ciclul menstrual. La animale și om au fost identificate biopsihoritmuri supradiene normale în ceea ce privește energia, afectivitatea, activitatea. În biologie cel mai pregnant biopsihoritm e cel care polarizează perioada de hibernare cu cea de migrație și fecundare. Biopsihoritmurile sunt “endogene” în sensul că depind de mecanisme innăscute, transmise genetic, care sunt cotate ca funcții adaptative. Manifestările M și D din TB prezintă acest caracter “endogen”, în sensul că în forma lor tipică se impun și se manifestă indiferent de influențele biopsihice circumstanțiale, exprimând un fel de ceasornic interior. În mod firesc trebuie presupus că acest ceasornic există și funcționează în oameni într-o manieră normală, adaptativă. În mod obișnuit, “modulul” și – desigur modelul – de manifestare depresivă și maniacală (de t.D. și t.M.) apar, se declanșează și funcționează, în contexte exterioare adecvate, în care e adaptativ. Psihopatologia era

de studiat două probleme : - cum se structurează “modulele” D și M ca moduri de manifestare psihică (în principiu adaptative), delimitate în timp; de ce se manifestă ele uneori aberant, decontextualizat, excesiv, neadaptativ.

Episoadele M și D de diverse intensități și durate, au o poziționare specială printre manifestările psihopatologice ce se manifestă secvențial, paroxistic, episodic, ciclic, Între acestea pot fi amintite :  
 -atacurile de panică care sunt scurte și care dacă sunt incluse într-o patologie fobică, pot fi influențate mult circumstanțial;  
 -manifestările obsesiv-compulsive (OC), care în esență sunt paroxisme repetate, necondiționate de ambianță. Deși, parțial și uneori pot să se apropie de fobii. În plus “episoadele” de tulburare OC pot avea durate variate.  
 -comportamentele impulsive sunt mai corelate cu contextul decât manifestările OC și implică mai mult decât acestea deliberarea și controlul. Ele se desfășoară după schema unui ciclu : tensiune, deliberare, lupta interioară, cedare, comportament fascinat, descărcare hedonică, detensie cu culpă; reluarea ciclului. Manifestarea periodică le apropie de TB, mai ales în cazurile apropiate de adicție (joc de noroc patologic, dipsomanie).

Există manifestări psihopatologice de tip predominant “psihotic” și nu dispozițional afectiv, care se manifestă cu o clară periodicitate și tendință de delimitare în timp, prin debut relativ rapid, durata limitată și încheiere circumscrisă. Așa sunt unele din clasicele bufee delirante ale francezilor dar mai ales cea ce Leonhard (75) a descris ca psihoze cicloide (anxietate/extaz).

Tema psihozelor ciclode a fost reluată într-un sens mai sintetic de către Perris și Brockington (76), păstrând ideea de polaritate între modalități de manifestare opuse. Sinteze mai recente, cum e cea din ICD-10 a “psihozelor scurte și tranzitorii” e mai eclectică, admițând delimitarea în timp dar cu polimorfism simptomatologic, fapt ce presupune subtipuri inclusiv unul “schizofreniform”. Atât acest ultim concept cât și bufeurile delirante și unele psihoze cicloide de tip Perris – Brockington acceptă prezența unor manifestări subsindromatice de tip maniacal sau depresiv iar evoluția pe termen lung se dovedește a fi de multe ori în direcția bipolarității.

Cazul patologiei etichetată ca “schizo afectivă” sau “afectivă cu manifestări psihotice” (DSM-IV-TR și ICD-10), sugerează mai degrabă intersecția comorbida între două linii distincte de patologie.

Aspectul “episodic”, delimitat în timp a multor manifestări psihopatologice necesită câteva comentarii. Cea mai importantă ar fi cea dintre manifestările paroximale de tipul atacului de panică și cele episodice în sensul tradițional de “fază psihotică”, așa cum a fost etichetat TB în vremea lui Kraepelin și Jaspers. În sfârșit ciclurile lungi ar constitui și el un capitol aparte.

Aspectul paroxistic se apropie mai mult de manifestările bioritmice infradiene întâlnite în biologie, așa cum sunt bătăile cardiace și respirația. Similară atacului de panică ar fi criza epileptică majoră. În TB se întâlnesc uneori, e adevărat, și episoade sau cicluri foarte scurte. Dar ele pot fi apropiate cel mai mult de oscilațiile somn veghe. Iar în psihopatologie, similitudinea cea mai mare o au cu patologie impulsivă.

Fazele M și D întâlnite în TB erau etichetate

clasic ca având o durată de câteva luni, în medie 6 luni. Echivalentul lor biologic cel mai sugestiv e trimiterea la ritmurile organismului prin succesiunea anotimpurilor. Se poate avansa ideea că un astfel de biopsihoritm adaptativ s-a fixat în genomul uman, el având deci adânci rădăcini biologice, ce au fost continuate în mare măsură în stilul de viață a omului istoric.

Modelul ciclic biologic cel mai pregnant este cel al alternanței iarnă vară din zonele temperate ale globului, marcat de polarizarea între perioadele de hibernare și cele ale rutului (inclusiv a migrațiilor). În patologia afectivă acesta nu e foarte vizibil, fiind sugerat doar de depresia sezonieră, de iarnă (77). Ar fi de reținut însă și observația făcută de unii autori privitor la frecvența crescută a episoadelor maniacale în zonele subtropicale. Modelul e corelat cu alternanța căldurii și mai ales a luminozității. El se prelungește la om odată cu sedentarismul și agricultura, cu faza omului cultivator, ce se dezvoltă în ultimii 10.000 ani. Muncile agricole de vară sunt urmate de o retragere hibernală de consum și supraviețuire încetinită, la domiciliu. Ciclicitatea vieții în societățile agrare e marcată și de ciclicitatea periodică a sărbătorilor cu structura lor bipolară, așa cum s-a comentat.

O a doua secvențialitate periodică care se regăsește și în biologie și în universal uman e corelată cu secvențele mai scurte ale căutării resurselor a satisfacerii nevoilor bazale. Iar în plan uman, cu realizarea proiectelor. La nivel biologic se poate formula un model comportamental ce se derulează în următoarele secvențe : - investigare, căutare; - acțiune efectorie, confruntare cu risc, reușită; - retragere pentru consum, metabolizare, refacere, reorganizare. Acest model care s-ar aplica mai ales predatorilor, are în prim plan manifestări de tip maniacal. Procesul de investigare psihomotorie e deosebit de activ la copil, iar modalitatea sa aberantă de manifestare conduce la sindromul ADHD, care e frecvent comorbid cu TB. Confruntarea agresivă, mobilizează energiile ca și comportamentul t.M., dar e flancată de anxietate; faptul ar putea explica marea comorbiditate a TB cu tulburări anxioase (1).

La om, acest model secvențial e aplicabil în procesul inițierii și realizării unui proiect, proces care are multe elemente comune cu comportamentele t.M. Mai ales, similitudinea cu procesul de creație este mare (Andreasen, (78); Jamison, (5)). Depresia ar fi echivalentă cu perioadele de retragere după realizarea și împlinirea proiectului și sărbătoarea consecutivă, retragere necesară reculegerii și reorganizării psihice pentru declanșarea a noi proiecte. E de subliniat că la om, mare parte din proiecte se realizează în cadrul practicilor sociale, implicând statutul și rolul social; dar și întreaga ritmicitate specifică programelor sociale de activitate, muncă, odihnă, sărbătoare. În analiza TB au fost luate în considerare și ritmurile interpersonale și sociale într-o perspectivă terapeutică în TAB (79).

Aspectele psihologice dinamice menționate mai sus, conduc în mod firesc la concluzia că în psihismul uman se sedimentează, datorită funcțiilor lor adaptative, un ansamblu de raportări secvențiale (periodice, ritmice) la realitate, centrate de o anumită poziționare atitudinală, ce se desfășoară între doi poli. Aceasta ar constitui baza “endogenității” biopsihoritmurilor antropocosmice (în continuitatea ideilor lui Tellembach) ce stau la fundamentul desfășurării ritmic periodice a mai multor

stări psihopatologice; și în primul rând a T.B.

În ceea ce privește TB ar mai fi de menționat un aspect. Pe lângă ciclurile lungi și medii, e caracteristică nu atât desfășurarea după modelul paroxistic ci cea bazată pe instabilitate, Janzarik, (80). Varianta opusă ciclurilor ample, ar fi pronunțată instabilitate atitudinală, care ar explica atât stările mixte Marneros (81), Goodwin, (5) cât și corelația cu tulburarea de personalitate borderline Lăzărescu, Nireșteanu, (82). Iar pentru unele cazuri, importanța factorului “nevroticism” (=instabilitate) din sistemul caracterial al “celor cinci mari factori” (Five Factor Model).

În ce privește intensitatea, principalul comentariu necesar e cel privitor la nivelul “psihotic”. În tradiția kraepeliană, TB era considerată o “psihoză endogenă” ce se polarizează cu schizofrenia și cu delirurile cronice sistematizate (tip paranoia, parafrenie). Lucrurile s-au schimbat după 1980 când a apărut DSM-III iar conceptual de endogenie a fost părăsit. Cel de psihoză s-a păstrat dar a rămas insuficient de clar și nu a beneficiat până în ultimii ani de abordări științifice sistematice, fiind utilizat în clinică cu un înțeles central – corelat delirului și halucinațiilor – și cu alte înțelesuri periferice. Tradiția avea în vedere eticheta de “psihotic” pentru cazuri grave, în care raportarea la realitate (“testarea realității”) este serios perturbată. Aceste aspecte sunt prezentate succint în Glosarul de la sfârșitul manualului DSM-IV-TR. Ceea ce însă nu se subliniază la acest nivel – și nici în alte contexte – este că psihopatologia psihotică se referă la tulburările (grave) a unor “aspecte specific umane” ale psihismului persoanei, greu sau imposibil de reprodus pe modele animale, așa cum sunt convingerile delirante și fenomenele de transparență influență.

Asimilarea tradițională a TB categoriei “psihozelor endogene” era făcută și datorită faptului că această boală a fost descrisă pe cazuri grave, internate în spital. Și aceasta cu toate că, încă din anii 20, Kretschmer (83) a lansat o viziune a continuumului între normalitate, tulburări de personalitate și psihoze, aplicabile în egală măsură TB cât și a constituției corporale. Adevărul e că și în prezent criteriul internării e oficial recunoscut pentru definirea episodului maniacal din TB (vezi DSM-IV-TR). Totuși, se acceptă și diagnosticul de stare hipomaniacală, ciclotimie, distimie. Iar în ultimele decenii a fost reactivat conceptul de temperament afectiv, în contextul studierii spectrului TB (4). În acest context, eticheta de “psihoză” nu se mai aplică automat TB. În plus, DSM-III-IV a făcut un fel de echivalare (neformulată oficial clar dar totuși prezentă și în text) dintre psihoză și schizofrenie, ultima înțelesă în sens larg. Astfel a apărut în sistemul DSM (DSM-IV-TR dar și ICD-10) conceptul de episod maniacal și depresiv, cu și fără manifestări psihotice.

În DSM-IV-TR se specifică că atât Episodul Depresiv Major cât și Episodul Maniacal și Starea Mixtă pot avea o gravitate (a 4-a) “cu aspecte psihotice” (with Psychotic Features) care înseamnă : halucinații și deliruri congruente sau incongruente cu tematica (ultimele incluzând și inserția sau înregistrarea gândurilor, delirul de control). Separat, se diagnostichează aceste episoade în cazul în care au aspecte catatone; și separat depresia cu trăsături melancolice (anhedonie, areactivitate, o calitate deosebită a depresiei, modificarea de bioritm diurn, inhibiție sau agitație motorie).

În manualul Oxford (84) avem o altă abordare.



La caracterizarea generală a Episodului Maniacal se poate adăuga o “severitate psihotică”, cu următoarele simptome : - idei grandioase ce pot fi delirante; - suspiciune ce se poate dezvolta într-un delir; - presiunea vorbirii ce devine incomprehensibilă; - instabilitate și agresivitate; - preocupare cu gânduri și scheme ce pot conduce la autonegligare; - comportament cataton (stupor maniacal); - lipsa totală a insight-ului. Deci, cataton, intensitatea delirantă a ideății nu e obligatorie și nici nu sunt menționate separat, simptomele de prim rang Schneider nu sunt incluse dar e menționată dezorganizarea gândirii. Nici pentru depresia psihotică nu sunt menționate tulburări ca inserția și înregistrarea gândurilor sau fenomene de control. Acestea sunt considerate ca specifice schizofreniei și prezența lor ar conduce la etichetarea unui episod schizo-afectiv.

Comentarea nivelului psihotic al episodului M și D e tributară actualei confuzii în ceea ce privește conceptul de psihoză. Schizofrenia nu e nici ea delimitată principial în sistemul DSM-IV-TR de patologia delirant halucinatorie. Totuși, psihopatologia britanică încearcă să sublinieze că pentru diagnosticul de schizofrenie sunt necesare pe de o parte simptomatologia de prim rang Schneider (grupată în prezent în jurul disfuncției sinelui – “self”-ului nuclear, care susține funcția Theory of Mind); Kircher, Davis, (85) iar pe de altă parte dezorganizarea psihică și aplatizarea motivațională.

Rămân deci în discuție, atunci când se comentează nivelul psihotic al tulburărilor psihice, inclusiv a TB, următoarele aspecte :

- prezența trăirilor halucinator delirante predominant paranoide, dar și cu tematica de grandiozitate și vinovăție;
- prezența simptomelor de prim rang Schneider de pasivitate, transparență, supraveghere intimă dar și de referință și depersonalizare;
- dezorganizarea, predominant în plan ideo-verbal și motivațional, care se cere diferențiată de fuga de idei maniacală;
- inhibiția psihomotorie de tip cataton dar și anestezia afectivă și nerezonanța la stimuli ambientali, care e o importantă zonă de interferență între depresie și schizofrenie deficitară.

O trecere în revistă amplă și sugestivă a simptomatologiei psihotice din TB, bazată în bună măsură pe literatură tradițională, e realizată în recenta monografie a lui Goodwin și Jasmin (5).

Concluzia ar fi că patologia de tip bipolar se înscrie într-o linie psihopatologică ce poate atinge un nivel psihotic, la fel cu linia schizotipie-schizoidie ce poate atinge nivelul psihotic schizofren; sau ca linia tulburărilor convingerilor (articulate de situație prin percepții), ce poate atinge nivelul ideății supraevaluate, a trăirilor relaționale prevalențiale paranoiei și a psihozelor delirante (și halucinatorii) neschizofrene. Același lucru poate fi comentat și din perspectiva manifestărilor grave ale patologiei obsesiv-compulsive (nedelirantă) sau a manifestărilor disociative de conștiință (deseori marcate de confabulații și halucinații vizuale). Instanța “psihotică” a psihopatologiei se cere analizată ca o problemă separată de liniile de patologie ce se regăsesc în modalitățile lor grave de manifestare, clasicele psihoze endogene (86). Acest nivel psihotic se cere studiat, înțeles și caracterizat prin modificarea de structură a psihismului ce îi este caracteristică, prin deficitul său specific: inpenetranță la context, rigiditate, “mutare pe o orbită inferioară” a

funcționării psihismului etc.

Psihopatologia clinică nu își poate refuza reluarea acestui proiect de studiu care a preocupat psihopatologia Europei între Kraepelin și Jaspers (17) pe de o parte și Ey (87) și Janzarik (88) pe de altă parte. Tulburarea bipolară este un teren propice pentru reluarea cercetărilor teoretice și practice privitoare la tradiționalul concept de psihoză endogenă.

## BIBLIOGRAFIE

1. Lăzărescu M. *Bazele Psihopatologiei Clinice*, București: Ed.Academiei Române, 2010.
2. DSM-IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. Washington, 1994.
3. Akiskal HA, Pinto O. The soft bipolar spectrum: footnotes to Kraepelin on the interface of hypomania, temperament and depression. In: Marneros A, Angst J (eds). *Bipolar Disorders. 100 years after manic-depressive insanity*. New York, Boston: Kluwer Academic Publisher, 2002, 37-62.
4. Angst J. Temperament and personality types in bipolar patients: a historical review. In: Marneros A, Angst J (eds). *Bipolar Disorders. 100 years after manic-depressive insanity*. New York, Boston: Kluwer Academic Publisher, 2002, 17-200.
5. Goodwin F, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. Oxford University Press, 2007.
6. Hantouche EG. *Troubles bipolaires, obsessions et compulsions – les reconnaître et les soigner*. Paris: Odile Jacob, 2006.
7. Hollander E, Wong CM. *Obsessive-compulsive related disorders*. Washington: Am Psychiat Press, 1993.
8. Marneros A, Akiskal HS. *The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra*. Cambridge University Press, 2009.
9. ICD-10. *The ICD -10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. WHO Geneva, 1993.
10. Marneros A, Andreasen C, Tsuang MT et al. *Psychotic Continuum*, Springer Verlag, 1995.
11. Mundt Ch, Sass H. *Fur Wider der Einheitspsychose*. Stuttgart: Georg Thieme, 1992.
12. Gabbard GO. *Tratat de psihiatrie psihodinamică*. București: Ed.Trei, 2007.
13. Cicchetti D, Toth ShL. Developmental Psychopathology and Disorder of Affect. In: Cicchetti D, Cohen DJ. *Developmental Psychopathology, vol.II*. New York: John Willey and Sons Inc, 1995, 369-420.
14. Lăzărescu M. *Psihopatologie clinică*. Timișoara: Ed. Helicon, 1994.
15. Brown GW, Harris T. *The social origin of Depression*. London: Tavisto Press, 1978.
16. Beck AT. *Cognitive Therapy and depression*. New York: Guilford Press, 1979.
17. Jaspers K. *Algemeine Psychopathologie*. Berlin: Ed. Springer; 8 Aufl, 1965.
18. Brüne M. *Textbook of Evolutionary Psychiatry – The Origins of Psychopathology*. New York: Oxford University Press, 2008.
19. Buss DM. *Evolutionary Psychology: the new science of the mind, second ed*. Boston: Allyn and Bolton, 2004.
20. Cartwright J. *Evolution and Human Behaviour. Darwinian Perspectives on Human Nature*. London: MacMillan, 2000.
21. Cosmides BJ, Tooby L et al. *The adapted mind. Evolutionary Psychology and generation of culture*. New York: Oxford University Press, 1992.
22. Kenlar LEO. Evolutionary Psychology and Psychopathology. *Curr Opin Psychiatr* 2003; 16:691-699.
23. Murphy D. Darwinian Models of Psychopathology. In: Jennifer Radden (eds). *The Philosophy of Psychiatry. A Comparison*. New York: Oxford Univ Press 2004, 329-337.
24. Nesse RM. Evolutionary biology: a basic science for psychiatry. *World Psychiatry* 2002; 1:7.
25. Rossano MJ. *Evolutionary Psychology. The Science of Human Behaviour and Evolution*. Wiley, 2003.
26. Stevens A, Price J. *Evolutionary Psychiatry. A New Beginning*. London: Poutledge, 1996.
27. Fodor J. *The modularity of minds*. Cambridge: NIT Press Bradford Books, 1983.
28. Marks IM. *Fears, Phobias and Rituals*. Oxford Univ Press, 1987.
29. Dawkins R. *Ceasornicul orb*. București: Ed. Humanitas, 2009.
30. Leakey R. *Originea omului*. București: Ed. Humanitas, 1995.
31. Secară O. *Creierul social*. Timișoara: Ed. Artpress, 2007.
32. Stanghellini G. The meanings of psychopathology. *Curr Opin in Psychiatr* 2009; 22:554-564.

33. Kraus A. Phänomenologischen Anthropologischen Psychiatrie. In: Helmchen H. (eds). *Grundlagen der Psychiatrie*. Berlin, Heidelberg: Springer, 1999.
34. Kinney DK, Tanaka M. An Evolutionary Hypothesis of Depression and its Symptoms. Adaptive Value and Risk Factors. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197:561-567.
35. Lăzărescu M. Psihopatologia evoluționistă și depresia *Psihiatru.ro* 2009; 19 (4): 22-27.
36. Nesse RM. Is depression an adaptation? *Arch. Gen. Psychiatry* 2000; 57:14-20.
37. Sloman L Gilbert P et al. *Subordination and defect: an evolutionary approach to mood disorders and their therapy*. Manvah: Lawrence Erlbaum Association, 2004.
38. Wolpert L. *Malignen Sadness, The Anatomy of Depression*. London: Forber and Forber, 2001.
39. Watson PJ, Andrews PW. Toward a revised evolutionary adaptationist analysis of depression : the social navigation hypothesis. *J Affect Disorders* 2002; 72:1-14.
40. Kinney DK. An Evolutionary Hypothesis of Depression and its Symptoms. Adaptive Value and Risk Factors. *J Nerv Ment Dis* 1971; 8:561-566.
41. Gillbert P. *Depression : the evolution of powerlessness*. Have Psychopathology Press, 1992.
- 42 O'Connor LE et al. Guilt, fear, submission and empathy in depression. *J Affect Disorders* 2002; 71:19-27.
43. Wiggins JS, Trobst KK. The Field of Interpersonal Behaviour. In: Perwin JOP (eds.) *Handbook of Personality*. New York, London: The Guilford Press, 1990, 653-670.
44. Maynard Smith J. *Evolution and the Theory of Game*. Cambridge University Press, 1982.
45. Wilson DR, Cory GA. *The Evolutionary Epidemiology of Mania and Depression*. The Edwin Mellan Press, 2007.
46. Kretschmer E. *Hysteria, Reflex and Instinct*. New York: Philosophical Library, 1923/1960.
47. Sherman JA. Evolutionary Origin of Bipolar Disorder. *Psychology* 2010; 12.
48. Hagen H. The bargaining model of depression. In: Hammerstein P. (eds). *Genetic and cultural evolution of cooperation*. Cambridge, M.A: MIT Press, 2003.
49. Bowlby J. *Attachment and Loss*. New York: Basic Books, 1980.
50. Husserl E. *Filosofia ca știință riguroasă*. București: Ed. Paideia, 1994.
51. Husserl E. *Meditații carteziene*. București: Ed. Humanitas, 1997.
52. Heidegger M. *Ființa și timp*. București: Ed. Humanitas, 2003.
53. Scheller M. *Nature et forme de la sympatie*. Paris: Ed. Payot, 1950.
54. Minkowski E. *Traité de psychopathologie*. Paris : P.V.F., 1966.
55. Minkowski E. *Schizophrenia*. București, Ed.Trei, 1999.
56. Zutt J. *Auf dem Weg einer antropologyschen Psychiatrie*. Berlin: Ed. Springer, 1963.
57. Straus E. *Vom Sinn der Sinne*. Berlin: Springer, 1956.
58. Gebssattel VE. *Prolegomena einer medizinischen Antropologie*. Berlin: Springer, 1954.
59. Binswanger L. *Ueber Ideenflucht*. Zürich: Orell Fuessli, 1933.
60. Binswanger L. *Melancholie und Manie. Phenomenologische Studien*. Neske: Pfullingen, 1960.
61. Binswanger L. *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris: Ed. De Minuit, 1971.
62. Tellembach H. *Melancholie*. Berlin 4 Aufl. Ed. Springer, 1983.
63. Krausz A. *Rollendynamische Aspekte bei Manisch-Depressiven*. 1987.
64. Blankenburg W. *Persönlichkeits Struktur - Dasein und Endogenität. Cotymia Psychiatr* 1964; 7:183-194.
65. Petrilowitsch N. *Zur Charakteriologie der zwangneurotiker*. Halle: Ed. Monhold, 1966, 607-619.
66. Stanghellini G. *Disembodied spirits and deanimated bodies. The psychopathology of common sense*. Oxford Univ Press, 2004, 225.
67. Tatossian A. *Phenomenologie des psychoses*. Paris: Ed. Masson, 1979.
68. Merleau Ponty M. *Fenomenologia percepției*. Ed. Aion, 1999.
69. Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil, 1990.
70. Fuchs Th. *A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. Psychiatry and Psychology* 2005; 12:95-107.
71. Lăzărescu M. *Despre Sărbători, Grădini și Logos*. Timișoara: Ed.Brumar, 2004.
72. Eliade M. *Aspecte ale Mitului*. București: Ed.Univers, 1978.
73. Eliade M. *Sacral și Profanul*. București: Ed.Humanitas, 1992.
74. Zuckerman M. *Vulnerability to Psychopathology*. Washington: American Psychiatric Association, 1999.
75. Leonhard K. *The Classification of Endogenous Psychoses*. Irvington Publishers, 1979.
76. Perris C, Brockington JF. Cycloid Psychoses and their relation to the major psychoses. In: Perris C, Struwe G, Jansson B. (eds). *Biological Psychiatry*. Amsterdam: Elsevier, 1981; 447-450.
77. Rosenthal H et al. Seasonal affective disorder. A description of the syndrom and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiat* 1984; 41 (1):72-80.
78. Andreasen NC, Center A. The creative writer ; Psychiatric symptoms and family history. *Compr Psychiatry* 1974; 3: 131.
79. Frank E, Schwartz HA, Kupfer DJ. Interpersonal and social rhythm therapy : Managing the choose of bipolar disorder. *Biol Psychiat* 2000 ; 48 (6):593-604.
80. Janzarik W. *Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke, 1988.
81. Marneros A, Goodwin Fr et al. *Bipolar Disorders. Mixed States. Rapid Cycling and Atypical Forms*. Cambridge University Press, 2005, 395.
82. Lăzărescu M, Niresteanu A. *Tulburările de personalitate*. Iași: Polirom, 2007.
83. Kretschmer E. *La structure du corp et le caractere*. Paris: Ed.Payor, 1930.
84. Sample D, Smyth R et al. *Oxford Handbook of Psychiatry*. Oxford, 2007.
85. Kircher T, David A. *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. Cambridge University Press, 2003, 484.
86. Fujii D, Ahmed I. *The Spectrum of Psychotic Disorders*. Cambridge University Press, 2007.
87. Ey H. *Conștiința*. București: Ed. Științifică și Enciclopedică București, 1983.
88. Janzarik W. *Dinamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen*. Berlin: Springer, 1959.

\*\*\*