

Sindromul depersonalizării și depersonalizarea disociativă

Abordare fenomenologică evoluționistă – partea I *Depersonalization syndrome and dissociative depersonalization Evolutionary phenomenological approach – Part I*

Mircea Lăzărescu

Clinica Psihiatrică Timișoara

Abstract

Depersonalization/derealization syndrome has a special importance in psychopathology. Although it is the central aspect for the identity disorder, it has a conspicuous symptomatology and it is noted as a distinct category in the ICD-10 as well as the DSM-5, its position in the dynamic of psychopathological classification and its psychoneurological basis remaining unclear. The disorder described in the manuals is very rarely encountered without comorbidities and its assignment within the Dissociative Disorders category - as it is seen in the DSM-5 - excluding its role in the pathology of psychosis, is contradicted by the clinical evidence and by the studies of the illnesses spectra. Discussion on this syndrome from the perspective of operational diagnoses proves to be insufficiently productive, suggesting that a structural phenomenological approach may be more appropriate. In this article, there is an attempt of analyse of the non-psychotic manifestations of this syndrome, from the evolutionist-cultural perspective, that the author has developed in the late years.

Keywords: *depersonalization, derealization, dissociative disorders, evolutionist psychopathology, existential feeling*

Rezumat

Sindromul de depersonalizare/ derealizare ocupă un loc aparte în psihopatologie. Deși ocupă un loc central în perturbarea identitară a persoanei, are o simptomatologie pregnantă și este circumscrisă ca o categorie distinctă în ICD-10 și DSM-5, poziția sa în dinamica psihopatologică a nosologiei și bazele sale psihoneurologice rămânând neclare. În manuale, tulburarea se întâlnește foarte rar fără comorbidități, iar circumscrierea sa la clasa Tulburărilor disociative – cum face DSM-5 –, cu excluderea participării sale la patologia psihotică, e contrazisă de evidența clinică și de studierea spectrelor malade. Comentarea acestui sindrom în perspectiva diagnosticilor operaționale se dovedește insuficient de productivă, fapt ce sugerează o abordare fenomenologică structurală. În articol se încearcă o astfel de analiză pentru manifestările nepsihotice ale acestui sindrom, în perspectiva doctrinei evoluționist-culturale pe care autorul a dezvoltat-o în ultimii ani.

Cuvinte-cheie: *depersonalizare, derealizare, tulburări disociative, psihopatologie evoluționistă, sentimente existențiale*

Sindromul de depersonalizare a fost circumscris în secolul al XIX-lea și comentat pe tot parcursul secolului XX, împreună cu derealizarea, ca prezent în diverse categorii nosologice psihiatrice, psihotice și nepsihotice. Simptomatologia acestui sindrom a fost identificată și în normalitate, mai ales în stări de epuizare și stres intens, precum și în consumul de substanțe psihoactive, epilepsie, migrene și în alte suferințe organice cerebrale. În urma unei analize conceptuale istorice, Berrios și Sierra⁽¹⁾ concluzionează că „depersonalizarea constă în experimentarea unui sentiment de irealitate, detașare și straniețe în raport cu sine, cu propriul corp (și lumea), de obicei cu sentimentul de a fi un observator exterior al acestora“. O altă definiție sintetică o oferă Oyeboode⁽²⁾: „Depersonalizarea se referă la o schimbare ciudată a conștiinței sinelui, în care subiectul se simte ca și cum ar fi nereal“. Sistemele de diagnostic internaționale DSM și ICD circumscriu și o tulburare psihică distinctă de depersonalizare/ derealizare, care e plasată în DSM-5

în clasa tulburărilor disociative, iar în ICD-10 în grupa tulburărilor nevrotice, distinctă de cele disociative.

În prezentul articol ne vom concentra asupra acestei tulburări în aria în care ea nu interferează cu tulburările psihotice, temă ce va fi abordată separat. Aceasta, deoarece suntem de părere că sindromul de depersonalizare/derealizare, pe lângă varianta nepsihotică, are și o variantă ce se manifestă în strânsă legătură cu patologia delirantă, în primă instanță, în faza intrării în delir prin atmosfera delirantă și delirul primar; moment care continuă cu un proces de „transpersonalizare“ delirantă, precum și o variantă care se regăsește în simptomatologia schizofreniei deficitare ca „depersonalizare anonimizantă“. Cercetările din ultimul timp privitoare la tulburarea (sindromul) de depersonalizare/derealizare sunt reduse, majoritatea fiind realizate din perspectiva DSM-IV-5, cu utilizarea Scalei Cambridge (vezi Anexa). O importantă sinteză informativă asupra acestei teme se găsește în monografia lui Sierra⁽⁶⁾. Ne-am permis câteva încercări de interpretare fenomenologică



FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

Caseta 1 Sindromul (tulburarea) de depersonalizare/derealizare în ICD-10 (1992)

(Cod 48.1, Alte tulburări nevrotice F 48)⁽³⁾

Îndreptar diagnostic: trebuie să fie prezente criteriile a și b, fie separate, fie împreună, plus c și d.

- a. Simptome de derealizare: pacientul simte propriile sentimente și/ sau trăiri ca fiind detașate, distante, străine lui însuși etc.
- b. Simptome de derealizare: pacientul percepe obiectele, oamenii, ambianța ca fiind ireale, distanțate, artificiale, lipsite de culoare, de viață etc.
- c. Acceptarea că acestea reprezintă o schimbare subiectivă și spontană, și nu impusă de forțe exterioare sau de alte persoane (comprehensiune intuitivă „insight“).
- d. Senzorialitate clară, absența unei stări confuzionale toxice sau epileptice.

Diagnostic diferențial. Tulburarea trebuie deosebită de alte tulburări în care „schimbarea personalității“ este trăită sau relatată ca în schizofrenie (deliruri de transformare sau pasivitate, trăiri de control), în tulburările disociative (unde lipsește conștientizarea tulburării) și în unele momente ale demenței timpurii. Aura proiectată a epilepsiei de lob temporal și unele stări postictale pot include depersonalizarea și derealizarea ca fenomene secundare.

Dacă sindromul de depersonalizare/derealizare apare ca o parte a unei tulburări depresive, fobice, obsesiv-compulsive sau schizofrene diagnosticabile, acestea trebuie să fie menționate ca diagnostic principal.

Descrierea tulburării: Pacientul se plânge că propria sa activitate mentală, propriul corp și/ sau ambianța proprie sunt schimbate în calitățile lor, astfel încât apar ireale, îndepărtate sau autonomizate. El poate simți că nu mai elaborează propriile gânduri, imagini sau amintiri, că mișcările și comportamentul său nu-i mai aparțin, corpul său îi pare devitalizat, detașat sau anormal, ambianța pare să-și fi pierdut culoarea și viața îi apare ca artificială sau ca o scenă pe care oamenii interpretează roluri impuse (s.n.). În unele cazuri, subiectul poate să se simtă ca și cum s-ar vedea pe sine de la distanță, sau ca și cum ar fi mort. Cea mai frecventă e acuza de pierdere a emoțiilor.

Numărul celor care trăiesc tulburarea într-o formă pură și izolată este mic.

ICD-10 Manualul pentru cercetare (1998) încurajează diagnosticul dublu sau multiplu.

Criterii DSM-5 pentru Tulburarea de depersonalizare/derealizare (încadrată la Tulburările disociative)⁽⁴⁾

A. Prezența unor experiențe persistente sau recurente de depersonalizare și/ sau derealizare.

1. Depersonalizarea constă dintr-o experiență de irealitate, detașare sau de a fi observator exterior al propriilor gânduri, sentimente (*feelings*), senzații, al propriului corp sau acțiuni (e.g. alterări percepționale, sens modificat al timpului, sine nereal sau absent, amorțeală („*numbing*”) emoțională sau fizică).

2. Derealizarea constă dintr-o experiență de nerealitate sau detașare privitoare la ambianță (e.g. indivizii sau obiectele sunt trăite ca nereale, ca în vis, ca în ceață, lipsite de viață sau distorsionate vizual).

B. În timpul acestor experiențe, testarea realității rămâne intactă.

C, D, E. Tulburarea determină o suferință semnificativă clinică sau deficiențe în funcționarea ocupațională sau socială; ea nu se datorează altor condiții medicale somatice, consumului de substanțe psihoactive și nu poate fi mai bine explicată prin alte tulburări mintale (ca schizofrenia, tulburarea de panică, depresia majoră, tulburarea acută de stres sau de stres posttraumatic, sau alte tulburări disociative).

Manualul DSM-5 detaliază simptomatologia:

Episodul de depersonalizare se caracterizează prin sentimentul (*feeling*) de nerealitate sau detașare de..., ori nefamiliaritate cu întreg sinele sau aspecte ale sale. El se poate simți detașat de întreaga sa ființă (e.g. „eu nu mai sunt”, „eu nu mai am sine”); sau de sentimente, cu hipoemoționalitate (e.g. „eu știu, am sentimente, dar nu le simt”); detașat de gânduri (e.g. „gândurile mele nu mai seamănă cu ale mele”; „capul e umplut cu bumbac”), de întregul corp sau părți ale sale sau de senzații (e.g. de simțul tactil, sete, libido). Poate avea un sentiment redus al atenției (e.g. se simte ca un robot, ca un automat, cu pierderea controlului asupra mișcărilor și vorbirii). Uneori, sinele pare împărțit, într-o parte care observă și alta care participă, cu experiența de a fi în afara corpului în formele extreme. Simptomatologia depersonalizării constă în câțiva factori simptomatici: anormalități ale experienței corpului (i.e. nerealitatea sinelui și alterări percepționale): amorțeală, inhibiție emoțională și fizică; și distorsiuni temporale cu anomalii subiective de autonarativitate.

Episoadele de derealizare se caracterizează prin sentiment de nerealitate și detașare sau nefamiliaritate cu lumea, atât cu alte persoane, cât și cu obiecte inanimat și orice altceva. Subiectul se simte ca și cum ar fi în ceață, în vis, într-un balon de săpun sau ar exista un perete de sticlă între el și lumea înconjurătoare. Ambianța poate fi experimentată ca artificială, lipsită de culoare sau viață. De obicei există distorsiuni percepționale vizuale, oscilații ale acuității vizuale, îngustări sau largiri ale câmpului vizual, percepție bidimensională aplatizată sau exagerare a tridimensionalității, alterări ale percepției distanței și mărimii obiectelor (i.e. macropsie, micropsie). Pot fi prezente și disfuncții auditive, vocile fiind resimțite de intensitate redusă sau îndepărtate.

Se mai poate întâlni: un sens alterat al timpului (ce curge prea rapid sau prea încet), deficit de investire afectivă în reamintirea trecutului. Văgi simptome somatice: capul plin, iluminat, țiuit. Ruminații sau preocupări obsesionale (e.g. dacă realitatea există sau nu, verificări ale percepției pentru a determina dacă e reală). Hiporeactivitate fiziologică la stimuli emoționali.

a trăirilor de depersonalizare/ derealizare, pornind de la datele semiologice clasice privite din perspectiva fenomenologică și de la compararea acestora cu cele mai importante comorbidități psihiatrice: anxioasă, depresivă, disociativă, obsesivă. Din punct de vedere doctrinar, ne-am plasat pe o poziție doctrinară evoluționist culturală (nota 1). Expunerea utilizează casete și note.

Aspecte istorice.

Istoricii psihiatriei comentează analiza făcută de către Griesinger în prima jumătate a secolului al XIX-lea unei paciente depresive a lui Esquirol, care afirma o formă specială de anestezie psihică: „Eu văd, îmi amintesc..., dar nimic nu mă atinge, sunt incapabilă să percep senzațiile, am sentimentul că există un perete între mine și lumea exterioară”. Atenția specialiștilor

e atrasă apoi de descrierea făcută de Krishaber (1873), sub denumirea de neuropatie cerebrocardiacă, a 38 de pacienți cu anxietate, astenie și depresie, dintre care o treime se plâneau de experiențe mintale dezagreabile constatând din pierderea sentimentului realității. Dugas individualizează acest fenomen, publicând în 1898 un studiu asupra „unui caz de depersonalizare”, termenul fiind împrumutat din jurnalul filosofului elvețian Amiel. Ulterior, el publică împreună cu neurologul Moutier o carte cu titlul „La dépersonnalisation” (1911). Janet⁽⁶⁾ invocă în „Les obsessions et la psychasténie” (1901) depersonalizarea ca „sentiment de incompletitudine” trăit de unii pacienți cu psihastenie care nu pot sintetiza „funcția realului”, insistând asupra ruminațiilor mintale și a dedublării psihice. Jaspers, în Psihopatologia Generală⁽⁷⁾, comentează depersonalizarea predominant în relație cu fenomenele psihotice



FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

care perturbă structura eului conștient (*Ichstörung*): activitatea, coerența, identitatea în timp și limitele acestuia. Chaslin (1912) consideră depersonalizarea ca alterare a sentimentului intim al sinelui, ce „se simte transformat, posedat, dedublat, mort”, făcând astfel trimitere tot la trăiri predominant psihotice, delirante, ce include sindromul Cotard. Regis (1914) definește depersonalizarea ca o alterare a sentimentului intim al eului, punând accent pe aspectul lucid, conștient autocritic al trăirilor. Se deschide astfel calea pentru ipoteza că o variantă a depersonalizării ar putea asigura, prin luciditatea insight-ului, controlul psihismului, frânând alunecarea sa în psihoză.

În prima jumătate a secolului XX, sindromul atrage atenția psihanaliștilor, ocazionând importanta contribuție a lui Schilder (1928, 1935), care îl comentează cu următoarele caracteristici (după Oyebode, 2015⁽²⁾): „Subiectul se simte complet schimbat, nu se mai recunoaște ca o personalitate... acțiunile sale îi apar automate și le observă ca un spectator... lumea exterioară îi apare nereală, ca în vis... imaginarea e pală, lipsită de culoare... se simte lipsit de viață, ca un mort...”. Marphater și Mayer Gross (1935) diferențiază conceptul de derealizare și sugerează că sindromul este expresia unui răspuns preformat adaptativ al creierului, analog cu deliriumul, catatonia sau criza epileptică. În 1950, la Congresul Mondial de Psihiatrie de la Paris, Follin și Krapf susțin că sindromul de depersonalizare e un moment în procesul psihopatologic de evoluție spre psihoză. În a doua jumătate a secolului XX, o serie de autori, între care Tousek, dezvoltă ideea că depersonalizarea e un sindrom ce se întâlnește esențialmente în schizofrenie.

După pulverizarea conceptului de histerie, odată cu publicarea DSM III (1980), în literatura anglo-saxonă s-a dezvoltat, în paralel cu creșterea interesului pentru tulburarea de identitate disociativă, o interpretare a sindromului de depersonalizare/derealizare, ca o tulburare disociativă subiectivă, interpretare ce e și actualmente prezentă în DSM-5.

De la circumscrierea sa, sindromul de depersonalizare/derealizare a beneficiat de multiple interpretări. Au fost invocate deficiențele și tulburările în domeniul percepției, cenesteziei, imaginii și schemei corporale, atenției, memoriei, afectivității, a experimentării sinelui, precum și o interpretare psihanalitică a regresiei narcisice. În ultimul timp s-au încercat interpretări neurocognitive și fenomenologice.

Simptomatologia sindromului de depersonalizare/derealizare ca expresie a perturbării infrastructurii spațio-temporale a sinelui

Simptomatologia sindromului de depersonalizare/derealizare e prezentată în toate manualele și sintezele de psihopatologie descriptivă^(2,8,9,10,11,12,13), fiind în esență inclusă în criteriile de diagnostic din ICD-10 și DSM-5. De-a lungul timpului, în selectarea, sistematizarea și interpretarea acestei simptomatologii au existat diferite accente. De aceea este ilustrativ a se vedea astfel de prezentări la distanță de 50 de ani. În acest sens, prezentăm descrierea acestui sindrom făcută în 1961 în Enciclopedia medico-chirurgicală franceză de către Follin și Azoulay⁽¹⁴⁾ și cea din recenta monografie a lui Sierra (2009)⁽⁵⁾.

Casetă 3

O sinteză clasică asupra depersonalizării, din 1961
Follin S., Azoulay J., La dépersonnalisation, EMC 37125 A 30, 11-1961

E conservată conștiința de sine și tulburarea se exprimă prin alterarea sentimentului de a fi și a avea un corp, de a fi o persoană care are o identitate și percepe lumea ca apropiată, familiară, reală, ca mediul actelor prin care subiectul se realizează. Descrierea clinică insistă asupra a patru aspecte:

1. Sentimentul de alterare a eului psihic: sentiment de straniețate și schimbare; îndoială asupra identității, faptul de a nu se recunoaște, vid interior, indecizie în acțiuni, pierderea voinței, automatism, irealitatea amintirilor și a activității intelectuale; sentiment de transformare și dispariție a afectivității, devalorizare, neant, vid, dedublare interioară; sentimentul dedublării poate ajunge la autoscopie și uneori se apropie de automatismul mintal; vidul interior se apropie de o „des-animare”, de scădere a intensității vieții.

2. Sentimentul de alterare a eului corporal: se exprimă prin angoasa subiectului de a avea un corp transformat, straniu, ireal, care nu-i mai aparține, cu limite vagi, pe cale de a se aneantiza, ca și cum din el s-ar retrage toată viața; spre deosebire de sentimentul de imortalitate din sindromul Cotard, în depersonalizare, subiectul e angosat de posibilitatea de a dispărea; pot fi prezente cenestopatii, dar mai ales senzații stranii, de modificare a densității corporale de devitalizare, de a fi imaterial; sunt resimțite modificări ale limitelor corpului, sentimentul de a fi în afara corpului; schimbarea vizează întregul corp, dar mai ales fața (fața nu mai e cum era altădată).

3. Sentimentul de derealizare: lumea apare ca străină, fără realitate („obiectele nu sunt schimbate, eu sunt cel care le vede dintr-o altă lume”, „mă învăluie o atmosferă, un strat, ceva ce mă izolează de lumea exterioară”). Persoanele sunt și ele vizate ca bizare, ca marionete, ca în vis, cu fețele deformate: „noi suntem toți niște morți vii”; obiectele par să-și piardă raportul reciproc, apare sentimentul de dezorientare, de a „fi pierdut în spațiu”. Foarte frecvent e prezentă o modificare a percepției timpului; sentimentul subiectului că timpul nu mai curge, că el nu mai trăiește în ritmul lumii, ci într-un mare vid; apar fenomene de „délà vu” și „jamais vu”. Un pacient afirmă: „trec ca o umbră într-o lume de aparențe, populată de fantome”.

4. Autoanaliza caracterizează efortul disperat al depersonalizatului de a se regăsi pe sine, de a rezolva sentimentul de straniețate a corpului și realității, a îndoielii. Ea se concretizează deseori în jurnale intime. Autoanaliza întreține cu depersonalizarea un cerc vicios, accentuând-o. Insatisfăcut de realitate, subiectul apelează la autoanaliză, dar nu găsește repere precise; el se exprimă prin metafore, prin expresia: „ca și cum”. Autoanaliza întreține ruminății mentale: scrupule, interogații, îndoieli, obsesii; ea vizează starea de irealitate depersonalizantă.

În concluzia părții descriptive a articolului, autorii comentează că starea de depersonalizare poate evolua spre un delir constituit, caz în care se instituie o mutație, starea de perplexitate anxioasă dispărând, făcând loc certitudinii delirante. „Luată în totalitatea mișcării sale evolutive, depersonalizarea apare clinic ca un proces ce tinde spre delir” (sublinierea autorilor).

Autorii mai comentează: „Depersonalizarea e în mod fundamental o criză, un moment evolutiv al unei dezagregări a conștiinței și un mod de a delira (în sens etimologic – de a sări de pe cale, drum...)” „Dispoziția delirantă se suprapune cu un mod de depersonalizare... limita între depersonalizare se lămurește în sens evolutiv. Procesul depersonalizării reprezintă astfel articularea dintre nevroză și psihoză, se plasează în însuși centrul psihopatologiei psihotice delirante (subacute, oneiroide, după Ey) la frontiera unei psihopatologii a conștiinței și a personalității (sublinierea autorilor).

Sistematizarea lui Follin diferențiază sentimentul de alterare a resimțirii eului – psihic și corporal – ce reprezintă depersonalizarea, de derealizare, adăugând și dimensiunea autoanalizei. Sistematizarea lui Sierra fragmentează sentimentul de alterare a simțirii sinelui în patru componente, cu accent pe dezinvestirea afectivă, fapt util evaluării prin itemii Scalei Cambridge, și nu insistă asupra autoanalizei. Centrarea analizei depersonalizării pe conștiința de sine, psihică și corporală, derivă din concepția lui Jaspers privitoare la perturbarea eului (*Ichstörung*) în psihoze, depersonalizarea fiind considerată, ca în comentariul lui Follin, ca o punte între nevroze și psihoze. La fel comentează Le Coc-Diaz⁽¹⁵⁾ sindromul, tot

în Enciclopedia franceză, în 1988. Sistemul DSM-III-5 nu mai folosește însă explicit în psihopatologie conceptul de conștiință de sine – sau echivalentul său anglo-saxon „self” – optând pentru configurarea sindroamelor prin cumul semnificativ de itemi simptomatici (cum ar fi cei din Scala Cambridge); și nu pe ideea perturbării deficitare a unei structuri funcționale a psihismului conștient care, prin ea însăși, ar fi în normalitate adaptativă și creatoare. În continuare vom încerca să dezvoltăm ultima variantă menționată, printr-o abordare fenomenologică.

Semiologia sindromului de depersonalizare/derealizare, comentată în toate manualele și invocată din DSM-5 și ICD-10, evidențiază câteva caracteristici specifice:

Caseta 4

O sinteză recentă a simptomatologiei sindromului de depersonalizare/derealizare (după Sierra – 2009)

■ **Asomatizarea:** pierderea sentimentului de apartenență la sine a corporalității: corpul e resimțit parțial sau total străin; pierderea sentimentului că subiectul este agentul mișcărilor pe care le face, simțindu-se ca un automat (fără ca „agenția” să fie atribuită altora, ca în simptomele de prim rang Schneider); sentimentul de a se simți în afara propriului corp (halucinațiile autoscopice sunt rare – 15%); autoobservarea detașată a propriului comportament, cu dedublarea eului: unul din euri acționează, celălalt observă; distorsiuni perceptiv corporeale: părți ale corpului sunt resimțite mai mici sau mai mari, deformate, cu senzații particulare („ca și cum capul ar fi mare și de vată”).

■ **Dezafectualizarea, indiferența emoțională:** trăirile emotive nu mai sunt resimțite, subiectul nu mai simte plăcere sau bucurie (anhedonie), nu mai e impresionat de muzică, nu se mai bucură de prezența altora și nu mai rezonază afectiv împreună cu ei (deși poate înțelege starea lor afectivă); anestezia afectivă nu se manifestă corporal și nu e evidentă expresiv, ca în schizofrenie.

■ **Dezinvestirea afectiv-personală a reamintirilor și a imaginărilor ce-l implică pe pacient, pe care subiectul le trăiește detașat, fără semnificație personală:** „îmi amintesc lucrurile ca și cum nu mi s-ar fi întâmplat mie”; alterarea sensului duratei: timpul apare ca lipsit de relief și direcție; pot apărea fenomene de „désjà vu”, „jamais vu”. Fenomenele se corelează nu doar cu tulburările temporale ale reamintirii, ci și cu cele spațiale, corelate perturbării resimțirii corporalității;

■ **Sentimentul de „gol mintal”, însoțit de dificultăți ale atenției, concentrării, sintezei;** subiectul trebuie să facă un efort conștient pentru a realiza diverse sarcini, fapt ce favorizează „hiperreflexia”. Minteaa apare „rece”, „înghețată”, opusă efervescenței entuziasmului creator.

■ **Derealizarea:** sentimentul de a fi rupt de lumea înconjurătoare. Aceasta e resimțită „nereală”, îndepărtată, ca în vis, stranie, nefamiliară. Poate apărea sentimentul că oamenii se comportă mecanic, ca păpușile. Se poate menționa un obstacol invizibil între subiect și lumea înconjurătoare, metafora clasică fiind: „mă simt ca sub un clopot de sticlă”.

Notă. Această sistematizare a fost sugerată de studierea sistematică a 200 de cazuri de depersonalizare cronică publicate în literatură începând cu secolului al XIX-lea și studierea directă a 45 de cazuri⁽¹⁴⁾, (Sierra și Berrios, 2001).

- a. caracterul eminent subiectiv, reflexiv al trăirilor, neînsoțite de manifestări corporale, expresive sau comportamentale;
- b. sentimentul perceptiv de nefamiliaritate cu lumea și cu sine, de schimbare, de straniețe, neobișnuit, nefiresc, ireal; modificare ce include iluzii, dar e greu precizabilă; și pentru care sunt invocate comparații și metafore introduse prin expresia „ca și cum”;
- c. sentimentul de neimplicare, afectivă și problematică; subiectul nu se mai simte aderent și „acordat” afectiv în raport cu lumea și evenimentele, nu mai „rezonază” la ce se întâmplă; această „dezafectualizare” marchează și amintirile și reprezentările proiective ce se referă la sine, reprezentând o schimbare în raport cu situația anterioară (și fiind distinctă de neparticiparea la ambianța a autistului developmental); subiectul nu se mai simte implicat nici ca „agenție” în raport cu comportamentul său, al cărui autor nu se mai resimte;
- d. sentimentul de detașare și distanțare observațională, constatativă, în raport cu starea prezentă, cu sine, cu propriul corp, cu propria existență; detașarea observațională e dublată însă de receptarea neplăcută, ca suferință, a situației sale anormale.

Caracteristicile menționate se întretes rămânând totuși distincte până la un punct. Caracterul esențialmente subiectiv (a) diferențiază sindromul de depersonalizare/derealizare de anxietatea fobică, depresie, sindromul obsesiv-compulsiv și celelalte tulburări disociative. În afara relatărilor, a informațiilor obținute de la pacient, diagnosticul nu e posibil și nici măcar sugerat. Iar aceste relatări lingvistice sunt marcate de trimiterile comparative metaforice, formulate prin expresia „ca și cum”. Trăirea subiectivă din acest sindrom este o expresie a reflexivității ce caracterizează prin definiție psihismul conștient al omului, absentă la psihismul animal; reflexivitatea este accentuată de atitudinea de detașare observațională, constatativă (d). Aceasta (d) se manifestă cel mai pregnant și spectaculos în raport cu sine, culminând cu sentimentul dedublării: un „eu” trăiește și se comportă, alt „eu” al subiectului observă și constată de la distanță, uneori dintr-o lume paralelă (simptomul include și autoscopia). De obicei, autoobservarea, autocontrolul și automonitorizarea sunt trăite implicit, neplasându-se în centrul atenției. Simptomul poate fi comentat ca o „des-implicare” a unei trăiri ce în mod normal e integrată și care trece pe primul plan, impunându-se rigid ca anormală. Mai ales atitudinea de detașare observațională în raport cu propriul corp (cu

sinele corporal) se impune printre simptomele acestui sindrom, fapt corelat desigur și cu condiția specială a corpului de a fi perceput în permanență, deși doar preconștient, în fundalul percepției variate a obiectelor și evenimentelor din ambianța situațională. Subiectul trăiește sentimentul nefamiliarității cu propriul corp, senzații corporale neplăcute, iluzii de schemă corporală, trăiri devitalizante **(b)**.

Sentimentul și atitudinea de detașare constatativă **(d)** atrag atenția că în acest sindrom subiectul menține constant o raportare observațională față de ceea ce e prezent, față de lumea abordată ca prezentă actuală, fapt ce diferențiază acest sindrom de repliere pe trecut a depresivului și propulsarea în viitor a maniacalului. Dar „prezența la prezent“ a depersonalizatului e una particulară, anormală, caracterizată prin trăirea unei detașări, a unei neimplicări (afective și problematice) **(c)**, a neaderenței, „ne-acordării“ și nerezonării în raport cu această lume pe care actualmente o percepe. În mod normal, subiectul este afectat de evenimente. Acestea au pentru el o semnificație, îl vizează, „îl ating“. Drept urmare, el ajunge să trăiască variate emoții actuale. Apoi, în raport cu semnificația evenimentelor, subiectul se implică circumstanțial în rezolvarea acestora. Pacientul cu sindrom de depersonalizare/derealizare resimte însă lucid că nu mai este afectat de evenimente. El nu mai poate rezona nici estetic – de exemplu, la muzică –, nici la ceea ce îi producea înainte plăcere sau suferință, simțindu-se „amorțit“ afectiv. Totuși, recepționează cu obiectivitate prezentul, fiind blocată doar participarea la datele prezente: acordarea, rezonarea, implicarea ca agenție, sentimentul că el este autorul mișcărilor și comportamentului său, astfel încât se simte ca un automat, dar fără sentimentul manipulării sale xenopatice, ca în simptomele de prim rang Schneider. În sfârșit, blocarea „participării“ la prezentul pe care subiectul îl observă constatativ se produce și în plan ideativ. La acest nivel, blocajul se repercutează asupra fluxului ideativ, ce pierde accesul la fundalul conștiinței, pentru a întâmpina și a se conecta cu problematica ideativă pe care în mod firesc o induc situațiile actuale. Rezultă simptomul golului mintal.

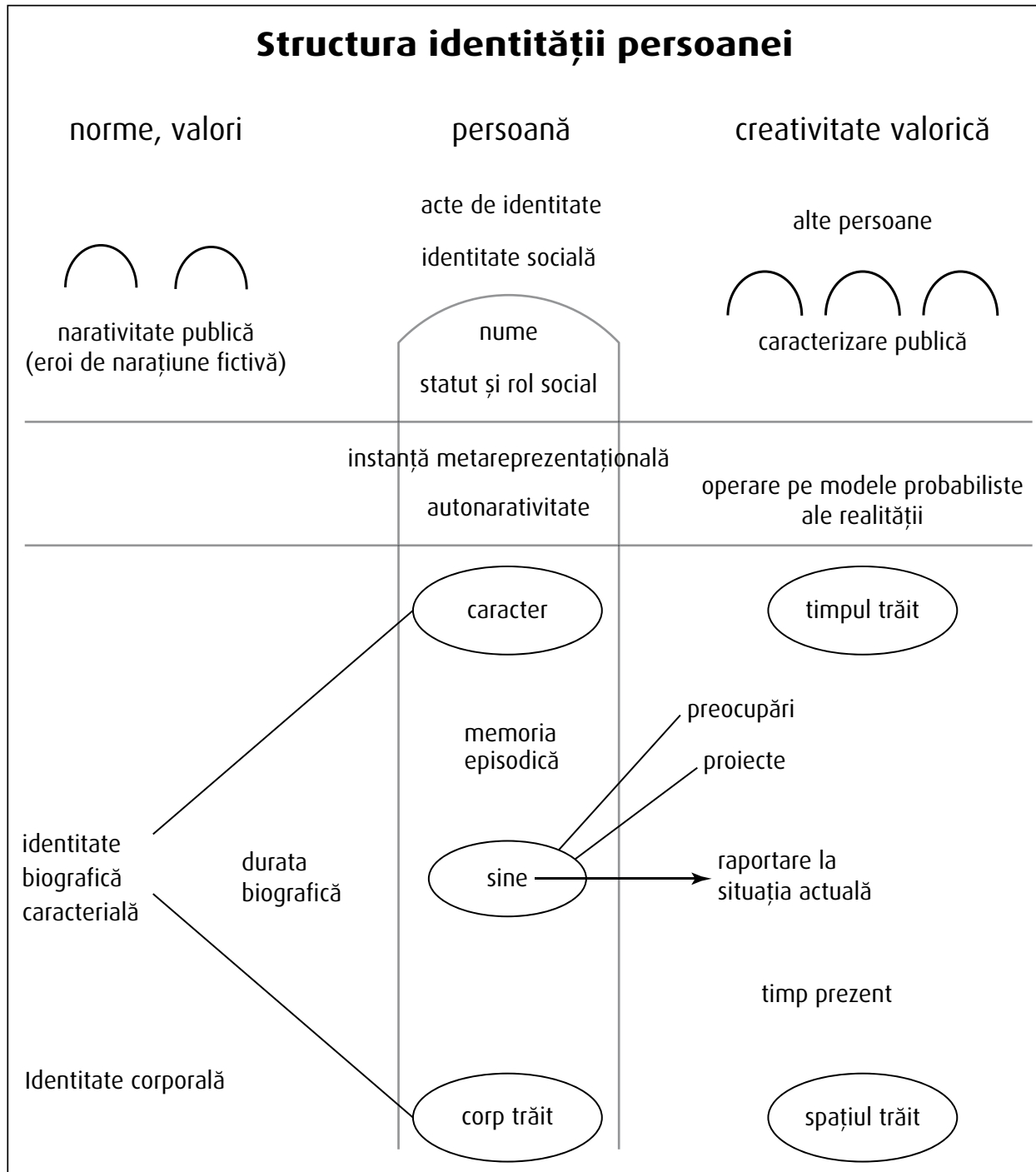
Sentimentul de nefamiliaritate cu lumea și cu sine și distorsiunile perceptivă **(b)** sunt, din punct de vedere semiologic, aspectul cel mai specific și impresionant al sindromului. Totul apare neobișnuit, straniu, parcă subiectul s-ar afla pe altă lume. Sau, cel puțin, „la poarta“ altei lumi, diferită de cea familiară, a altei identități, a altor angajări. El percepe ambianța ca prezentă; dar cu sentimentul că e ciudată, nefamiliară, nereală, marcată uneori de iluzii formale. Deformările și particularitățile perceptivă vizează în primul rând propriul corp, mărimea și limitele acestuia, senzațiile intero- și proprioceptive. Un element esențial al sentimentului de nefamiliaritate îl constituie limitele ce despart propriul sine – mai ales sinele corporal – de lumea înconjurătoare. Aici se plasează clasicele metafore: „mă simt ca sub un clopot de sticlă“, „ca într-un balon de săpun“, „ca în vis“, „ca într-o piesă de teatru“, „ca într-o lume

paralelă“ etc. Resimțirea acestui prag sau înveliș care împiedică accesul la lumea perceptibilă ca familiară e strâns corelată și cu trăirea neimplicării, a neaderenței și neparticipării la această pseudorealitate **(c)**. Uneori limitele corporale sau ale sinelui sunt resimțite ca diluate sau pierdute; dar stranietatea, „depărtarea“, neaderența față de lume se păstrează. Sentimentul de nefamiliaritate, de irealitate **(b)** și neaderența, neimplicarea în lumea prezentă **(c)** se presupun reciproc, corelându-se cu atitudinea observațională **(d)** și cu aspectul esențialmente subiectiv al simptomatologiei **(a)**.

Nefamiliaritatea este o trăire negativă, care presupune un punct de plecare, un nivel al normalității în care perceperea și trăirea lumii și a sinelui ce o centrează sunt însoțite de sentimentul familiarității. Această observație sugerează cercetări psihoneurologice pentru clarificarea funcției ce se perturbă în sindromul de depersonalizare-derealizare, considerat în ansamblu. Aceasta, cu atât mai mult cu cât în unele sindroame psihopatologice, cum e cel de substituție a persoanelor – sindromul Capgras – s-a putut localiza destul de precis cortical sediul disfuncției acestei nefamiliarități selective.

Sistematizarea tradițională a simptomatologiei sindromului de depersonalizare/derealizare plasează separat derealizarea de depersonalizare, aceasta fiind de obicei subîmpărțită în corporală și psihică, ca în sinteza lui Follin. Diferențierea dintre depersonalizarea corporală și cea psihică are sens până la un punct, pentru a distinge aspectele semiologice care se referă la trăirea spațialității de cea a temporalității. Propriul corp cu limitele sale este „locusul“ de inserție spațială a sinelui în lume, și în același timp referențialul de bază pentru evaluarea distanțelor și poziției în care se plasează spațial obiectele lumii exterioare în raport cu subiectul, care le percepe, le abordează și le utilizează cu toate anormalitățile și ciudățeniile percepției corporale din sindromul de depersonalizare/derealizare, eficiența pragmatică curentă indică păstrarea unor evaluări corecte în cadrul raportării spațiale. Ceea ce trăiește chinuitor subiectul e perturbarea valențelor identitare a acestui „locus“ de inserție spațială a sinelui, care este corpul trăit. Acestea se manifestă în direcția deformării, a devitalizării în direcția inexistenței și a perturbării subiective a accesului la lume.

Celălalt aspect al depersonalizării sinelui vizează identitatea psihică, ce cuprinde, pe lângă sentimentul irealității sinelui, „dezafectualizarea“ – în raport cu prezentul, trecutul și viitorul personal –, care se relaționează intim cu temporalitatea trăită. Aceasta este și ea un ax esențial al identității persoanei, susținând durată biografico-caracterială. Corpul trăit, ca origine și suport al identității spațiale, și timpul trăit, strâns intricat cu durată identitară biografică, reprezintă, de fapt, axele infrastructurii intime a identității persoanei, în spatele apariției și manifestării sale publice, în agora comunitară socioculturală. În această zonă publică se definește identitatea socioculturală a persoanei, prin nume, înregistrarea caracteristicilor sale sociodemografice în



acte de identitate, statut și rol social, acțiuni și realizări obiectivate și, mai ales, prin caracterizarea sa ca personaj în cadrul discursului narativ comunitar al celorlalți despre el. Toate aceste caracteristici socioculturale ale personalității sunt asimilate și integrate în identitatea sa globală de persoană, bazată pe infrastructura spațio-temporală a sinelui, asigurată prin corpul trăit și prin memoria biografică. Această infrastructură stă la baza constituirii subiectului ca personaj caracterial, ce se

implică în scenarii narative, care vin în întâmpinarea și se conectează cu scenariile narative ce sunt formulate despre el în agora publică.

Simptomatologia sindromului de depersonalizare/derealizare ne relevă deci perturbarea coordonatelor spațio-temporale ale identității personale, resimțite de subiect din poziția sa de personaj sau erou al lumii narativității, cu dublul ei aspect: autonarativitatea biografică și narativitatea publică, caracterizantă, privitoare la el.

Note

Nota 1. Doctrina evoluționistă extinsă la istoria culturală a omului a fost schițată de autor în lucrarea *Bazele Psihopatologiei Clinice* (2010) și dezvoltată în lucrarea *Ce e tulburarea mintală* (Editura Polirom, 2013) și în cartea *Psihopatologia psihozelor* (2015). Doctrina psihopatologică evoluționistă pornește de la psihologia evoluționistă dezvoltată în ultimele decenii, care are drept ipoteză faptul că funcțiile psihice pe care le susține encefalul operează adaptativ, fiind reținute de evoluție, transmise genetic sub forme de module ce sunt supuse selecției naturale. În cursul antropogenezei, aspecte importante ar fi constituite de dezvoltarea limbajului articulat și a creierului social, ambele presupuse a se fi dezvoltat în urmă cu aproximativ 150.000 de ani. Acestea, alături de funcțiile executive, ar putea constitui un aspect al vulnerabilității creierului pentru psihopatologie, mai ales în direcția endogeniei.

S-au elaborat modele de interpretare biopsihoantropologice, evoluționiste, ale patologiei anxioase, depresive, obsesive etc. Această importantă perspectivă nu surprinde însă achiziția de către psihismul uman a multor funcții specifice, care sunt mult mai legate de istoria culturală. Acceptându-se că psihismul persoanei datorează mult impregnării psihice ontogenetice, favorizate de nașterea prematură și realizat prin maternaj și educație, multe dimensiuni psihologice fac trimitere la universul narativ (și apoi scris) al culturii. Depersonalizarea, care este o patologie strict subiectiv conștientă, pretinde o astfel de abordare. Subiectivitatea este un aspect ce s-a dezvoltat relativ recent pe parcursul antropogenezei. Corelația ce se face în text cu narativitatea și condiția de personaj a subiectului implică deci această perspectivă evoluționist-culturală. ■

(va urma)

Anexă

Scala Cambridge de depersonalizare. Autori: Sierra M., Berrios G.E.

Scala constă dintr-un chestionar autoadministrat, cu 29 de itemi, pentru fiecare precizându-se frecvența (niciodată, rar, des, foarte des, întotdeauna) și durata (câteva secunde, minute sau ore, mai mult de o zi sau de o săptămână); chestionarul se referă la ultimele 6 luni.

1. Din senin, mă simt ciudat, ca și cum nu aș fi real sau aș fi rupt de lume.
2. Ceea ce văd pare „aplatizat” sau „lipsit de viață”, de parcă m-aș uita la o fotografie.
3. Simt ca și cum unele părți ale corpului meu nu îmi aparțin.
4. Mi se întâmplă să nu fiu speriat absolut deloc în situații în care în mod normal aș fi înspăimântat sau complet dezolat.
5. Activitățile mele preferate nu îmi mai aduc plăcere.
6. Când fac ceva, am senzația că sunt un „observator detașat” al propriei mele persoane.
7. Gustul mâncării nu îmi mai provoacă senzația de plăcere sau dezgust.
8. Îmi simt corpul foarte ușor, ca și cum aș pluti în aer.
9. Când plâng sau râd, am impresia că nu simt nici o emoție.
10. Am senzația că sunt complet lipsit de gânduri și că atunci când vorbesc e ca și cum cuvintele mele ar fi rostite de un „automat”.
11. Vocile familiare (inclusiv a mea) îmi sună îndepărtate sau ireale.
12. Am senzația că mâinile sau picioarele mele au devenit mai mari sau mai mici.
13. Totul în jurul meu pare detașat sau ireal, ca și cum ar fi un vâl între mine și lumea exterioară.
14. Am impresia că lucrurile pe care le-am făcut recent s-ar fi întâmplat cu mult timp în urmă. De exemplu, tot ce am făcut în dimineața aceasta mi se pare că aș fi făcut cu câteva săptămâni în urmă.
15. Când sunt complet treaz, am „viziuni” în care pot să mă văd pe mine din exterior, ca și cum m-aș uita în oglindă.
16. Mă simt detașat de amintirile lucrurilor ce mi s-au întâmplat – ca și cum nu aș fi fost implicat în ele.
17. Când sunt într-o situație nouă, am senzația că am mai trecut prin aceasta înainte.
18. Din senin, mi se întâmplă să nu simt afecțiune față de familia și prietenii mei apropiați.
19. Obiectele din jur par mai mici sau mai îndepărtate.
20. Nu simt cum trebuie obiectele pe care le iau în mână, ca și cum nu aș fi eu cel care le atinge.
21. Nu reușesc să vizualizez lucruri în minte, de exemplu fața unui prieten sau un loc cunoscut.
22. Când mă doare ceva, mă simt atât de detașat de durere, ca și cum ar fi „durerea altcuiva”.
23. Am sentimentul că sunt în afara corpului meu.
24. Când mă mișc, mi se pare că nu dețin controlul mișcărilor mele, mă simt „automatic” și mecanic, ca și cum aș fi robot.
25. Mirosul lucrurilor nu îmi provoacă plăcere sau neplăcere.
26. Mă simt atât de detașat de gândurile mele, de parcă ar avea „o viață” a lor.
27. Trebuie să mă ating, să mă asigur că am un corp sau că exist cu adevărat.
28. Mi se pare că am pierdut unele senzații corporale (e.g. de foame și sete), astfel că a mânca sau a bea e doar o rutină automată.
29. Locurile cunoscute îmi par nefamiliare, ca și cum nu le-aș mai fi văzut vreodată.

Bibliografie

1. Berrios G.E., Sierra M. (1993), Depersonalization: a conceptual history; *Hist. Psychiatry*, 8:213-229.
2. Oyeboode F (2015), *Sims' Symptoms in the Mind*, Elsevier, London.
3. ICD-10, (1992), versiunea românească (1998), Clasificarea tulburărilor mintale și de comportament, Ed. All, București.
4. DSM IV-TR (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth edition, American Psychiatric Association Washington.
5. Sierra M. (2009) *Dépersonnalisation. A New Look at Neglecta Syndrom*, Cambridge University Press.
6. Janet P. (1903), *Les obsessions et la psychasténie*, Ed. Alcan, Paris.
7. Jaspers, K. (1997), *General psychopathology*, The John Hopkins University Press, Baltimore, London.
8. Sims A. (1988), *Symptoms in the mind. A descriptive psychopathology*, Baillière Tindal, London.
9. Cutting, J. (1997), *Principles of Psychopathology*, Oxford University Press.
10. Scharfetter C. (1980), *General Psychopathology*, Cambridge University Press.
11. SCAN, (1992), *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*, WHO Geneva.
12. Lăzărescu M., Bărănescu R., (2011), *Psihopatologie descriptivă*, Ed. Polirom Iași.
13. Saladini O., Luauté P. (2003), *Depersonalization*, *Enciclopedic Med.Chir.37125A¹⁰*.
14. Follin S., Azoulay J. (1961), *La dépersonnalization* *Enciclopedie Med.Chir.37125 A³⁰*.
15. Le-Coc-Diaz (1988), *La dépersonnalization*, *Enciclopedic Med.Chir.37125 A¹⁰*.

Sindromul depersonalizării și depersonalizarea disociativă

Abordare fenomenologică evoluționistă – partea a II-a

*Depersonalization syndrome and dissociative depersonalization
Evolutionary phenomenological approach – Part II*

Mircea Lăzărescu

Clinica Psihiatrică Timișoara

Abstract

Depersonalization/derealization syndrome has a special importance in psychopathology. Although it is the central aspect for the identity disorder, it has a conspicuous symptomatology and it is noted as a distinct category in the ICD-10 as well as the DSM-5, its position in the dynamic of psychopathological classification and its psychoneurological basis remaining unclear. The disorder described in the manuals is very rarely encountered without comorbidities and its assignment within the Dissociative Disorders category - as it is seen in the DSM-5 - excluding its role in the pathology of psychosis, is contradicted by the clinical evidence and by the studies of the illnesses spectra. Discussion on this syndrome from the perspective of operational diagnoses proves to be insufficiently productive, suggesting that a structural phenomenological approach may be more appropriate. In this article, there is an attempt to analyse the non-psychotic manifestations of this syndrome, from the evolutionist-cultural perspective, that the author has developed in the late years.

Keywords: *depersonalization, derealization, dissociative disorders, evolutionist psychopathology, existential feeling*

Rezumat

Sindromul de depersonalizare/ derealizare ocupă un loc aparte în psihopatologie. Deși ocupă un loc central în perturbarea identitară a persoanei, are o simptomatologie pregnantă și este circumscris ca o categorie distinctă în ICD-10 și DSM-5, poziția sa în dinamica psihopatologică a nosologiei și bazele sale psihoneurologice rămânând neclare. În manuale, tulburarea se întâlnește foarte rar fără comorbidități, iar circumscrierea sa la clasa Tulburărilor disociative – cum face DSM-5 –, cu excluderea participării sale la patologia psihotică, e contrazisă de evidența clinică și de studierea spectrelor malade. Comentarea acestui sindrom în perspectiva diagnosticelor operaționale se dovedește insuficient de productivă, fapt ce sugerează o abordare fenomenologică structurală. În articol se încearcă o astfel de analiză pentru manifestările nepsihotice ale acestui sindrom, în perspectiva doctrinei evoluționist-culturale pe care autorul a dezvoltat-o în ultimii ani.

Cuvinte-cheie: *depersonalizare, derealizare, tulburări disociative, psihopatologie evoluționistă, sentimente existențiale*

Sindromul de depersonalizare/derealizare în raport cu trăirile normale și cu alte sindroame psihopatologice

Sindromul de depersonalizare/derealizare este acceptat în prezent, atât în DSM-5, cât și în ICD-10, ca o posibilă tulburare psihică categorială, care are individualitate clinică proprie. Tulburarea deseori apare brusc, într-un moment precis identificabil. Ea se poate manifesta episodic, prin crize de diverse durate, de la câteva secunde sau minute, la ore și zile. Se descriu însă și cazuri cu evoluție prelungită sau cronică.

Simptomele ce constituie sindrom de depersonalizare/derealizare pot apărea, toate, în normalitate, mai ales în condiții de epuizare și stres. Unele persoane sunt mai predispuse. Apariția în condiții de stres intens e de obicei însoțită și de trăiri din seria panică/ anxietate. Consumul multora din substanțele psihoactive, de la marijuana la LSD și ecstasy, induce trăiri specifice acestui sindrom. Faptul sugerează că

sindromul de depersonalizare/derealizare exprimă o potențialitate psihocerebrală ce se activează în anumite împrejurări. Ideea a fost susținută prima dată de Mayer Gross, care înscrie sindromul într-o serie de trăiri psihopatologice care au corespondent în normalitatea adaptativă, așa cum sunt anxietatea, depresia, mania, impulsivitatea, obsesia. Ideea lui Mayer Gross că trăirea de tip depersonalizare/derealizare corespunde unui răspuns performant al creierului a fost reluată de Sierra și Berrios (1998)⁽¹⁶⁾ care sugerează că în depersonalizare răspunsul emoțional normal este scos din circuit, conducând la de-afectualizarea ambianței. S-a avansat ideea că suportul neural al acestui proces ar consta dintr-o combinație între inhibarea amigdalei de către regiunile prefrontale și acțiunea reciprocă a cortexului dorsolateral prefrontal drept și cortexului cingulat anterior.

Această sugestie poate fi încadrată într-o mai largă abordare, fenomenologico-evoluționistă, ce va fi sugerată în continuare.



FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

În patologie, sindromul de depersonalizare/derealizare se întâlnește frecvent drept comorbid cu: tulburările acute de stres; tulburările anxioase, mai ales atacurile de panică cu sau fără agorafobie și anxietatea socială; tulburările dispoziționale, în special depresia; stările disociative; tulburarea obsesiv-compulsivă; unele tulburări de personalitate, ca cea evitantă, obsesiv-compulsivă și borderline; stări psihotice acute și stări prepsihotice. În schizofrenie, forma standard a sindromului de depersonalizare/derealizare ar fi rară. În schimb, e frecventă în: epilepsie, migrenă, consecutivă în traumatismele craniene, în tulburări vestibulare și în tulburările de somn.

Pentru psihopatologie sunt importante comentarea și compararea sindromului de depersonalizare/derealizare - considerat în varianta sa din DSM-5, care e inclusă în clasa tulburărilor disociative - cu sindroamele cu care e cel mai frecvent comorbid: cele anxioase, depresia, alte tulburări disociative și obsesionalitatea.

Sindromul de depersonalizare/derealizare, anxietatea și tulburarea sentimentelor existențiale de aderență la lumea umană

Trăirile depersonalizante, la fel ca cele de tip atac de panică și de anxietate intensă, apar și în normalitate, în condiții de stres intens și pericol major. În perspectivă clinică s-a constatat de la început o importantă comorbiditate între sindromul de depersonalizare/derealizare și patologia anxioasă. Aceasta ar fi de

50% pentru tulburarea de panică, cu unele variații în funcție de studierea depersonalizării ca simptom al atacurilor de panică și invers. Pentru anxietatea socială și tulburarea de personalitate evitantă, comorbiditatea este estimată la 30% și respectiv 27%. În Marea Britanie, Roth (1959) a descris o patologie specială, etichetată ca „sindrom de depersonalizare anxios-fobică”, ce ar avea importante corelații cu epilepsia temporală. Corelația a fost întâlnită frecvent și la populații nonclinice. La pacienți, anxietatea a fost găsită ca un puternic predictor al depersonalizării.

Una dintre diferențele majore constă în faptul că sindromul de depersonalizare/derealizare nu se însoțește de modificări comportamentale de evitare și asigurare și nu sunt prezente manifestări corporale neurovegetative. Panica și anxietatea umană au în spate o lungă tradiție biologică, în care se manifestă ca fenomene adaptative, fiind însoțite în acest sens de o importantă alertă neurovegetativă. Pentru sindromul de depersonalizare/derealizare în care astfel de manifestări lipsesc, nu pot fi indicate antecedente biologice. El apare ca specific psihismului uman conștient, care există într-o „lume umană”, a limbajului, normelor și valorilor, lume în interiorul căreia se formează și de care e fundamental atașat.

Un comentariu paralel e totuși până la un punct posibil dacă se pleacă de la scenariile fobice, și mai ales de la anxietatea socială, care are o pronunțată comorbiditate cu depersonalizarea. În fobii, spre deosebire de anxietatea generalizată, **subiectul e marcat**

de un scenariu metareprezentativ al eventualității întâlnirii cu situații fobogene. El apare deci ca personajul central al unui scenariu narativ care îi ghidează comportamentul. În anxietate, mai ales în atacul de panică, sentimentul este de pericol iminent de moarte, de ieșire din existență. Aceste caracteristici psihofarmacologice ale anxietății și fobiei pot constitui un reper pentru analiza condiției depersonalizării. Pentru început se poate ridica problema: oare acest sindrom al nefamiliarității și anesteziei afective nu își are și el originea într-o modalitate adaptativă, specifică desigur psihismului uman?

Nu e dificil de avansat ipoteza (sugerată inițial de Mayer Gross și dezvoltată ulterior de Berrios) că, în situații dificile, noi, posibil periculoase, neprevăzute, blocajul afectivității, al reacțiilor și implicării imediate - adică o anumită detașare față de situație, cu amplificarea autocontrolului -, permite observarea mai lucidă a acesteia. Și, în consecință, un calcul „la rece” a ceea ce trebuie făcut, un autocontrol mai performant. O astfel de raportare adaptativă prin controlul afectivității și abordare detașată este o modalitate ce poate fi funcțională și pozitivă pentru psihismul uman, ce operează metacognitiv pe modele probabiliste ale realității, pentru soluționarea tuturor problemelor. O armonică conlucrare între alerta anxioasă și o atitudine de distanțare și observare detașată e necesară în rezolvarea oricărei situații, mai ales deoarece subiectul trebuie să imagineze scenariul viitoare într-o realitate inițial virtuală. E posibil deci ca sindromul de depersonalizare/derealizare să se instaleze prin dereglarea utilizării unor capacități psihoadaptative. Acest sindrom ne pune însă în fața specificului raportării la „lumea umană”, ce se deosebește de simpla raportare la ambianță funcțională și în biologie, unde indivizii, familiile și microgrupurile acționează pe baza instinctelor și a habituării la caracteristicile ecosistemului. Nu suntem acum în fața unei alerte hipervigilente a subiectului

ce scanează tensionat ambianța în condiții de furtună neurovegetativă, ci alături de un subiect care se raportează liniștit și distant la un sine și o lume ce-i apar ca ciudate, nefirești, ireale, ca în vis sau ca la teatrul de păpuși.

E necesar, astfel, un **scurt excurs asupra specificului „lumii umane”**.

Lumea umană la care subiectul se raportează conștient, reflexiv și intențional este o lume ale cărei **semnificații** el le înțelege, reacționând la ele. Se poate spune despre un om, înțeles ca **ființă intențională**, că „e deschis să recepteze semnificații ca...”, „are în vedere înțelesul de...”, „se orientează spre sensul...” etc. Înțelesurile lumii umane sunt configurate și receptate **prin intermediul limbajului, al simbolurilor, al normelor, valorilor** etc. Subiectul uman reacționează la semnificațiile acestei lumi umane care-l solicită specific și în care el intră nemijlocit de la începutul ontogenezei. Lume în care el există împreună cu ceilalți - compenetrat cu alții în cadrul unei **intersubiectivități intercorporeale** -, într-un **mediu familiar al vieții cotidiene**. Pentru om, **faptul de-a-fi-în-lume** (în înțelesul de lume umană) este un aspect definitoriu, **o condiție de posibilitate a specificului psihismului său**. Chiar dacă prezența sa în această lume se realizează incluzând participarea corporalității sale biologice. „A-fi-în-lume” în sens uman presupune faptul de a fi „întrădăcinat” în propria corporalitate biologică, revalorizată cultural. Deci, și familiaritatea cu această corporalitate. Dar mai ales presupune **a avea o adeziune, o ancorare, o acordare originară cu parametrii specifici lumii umane, centrați de limbajul discursiv și de narativitatea ce o dimensionează și îi dă sens**, prin intermediul situațiilor comprehensibile.

Limbajul articulat susține, la nivel general, **dimensionarea omului prin narativitatea culturală**. În același sens, el susține și **dimensionarea persoanei individuale, prin autonarativitate**. Dimensiunea

Caseta 1 Sentimentul existențial și atmosfera delirantă (după Radcliff, 2013)

Atmosfera delirantă ce precede instalarea delirului primar ar consta din perturbarea unei funcții bazale a psihismului uman, care asigură articularea - adeziunea, acordarea - subiectului conștient cu lumea sa corelativă, în înțelesul antropologic al acesteia. Faptul de-a-fi-în-lume intențional, prin intermediul situațiilor și al coexistenței intersubiective cu alții, s-ar exprima printr-un „sentiment existențial” (*existential feelings*), care e resimțit tacit și firesc, ca implicat în existența naturală a fiecărui om. În condițiile deficitului psihopatologic, acesta poate fi trăit sub forma neaderenței depersonalizante față de lume sau a nefamiliarității și stranietății din delirul primar. Subiectul relatează trăiri din seria: ...“mă simt detașat (de lume), îndepărtat, înstrăinat, izolat, indiferent de orice, rupt de..., deconectat, în afara de...; lipsit de contact cu lucrurile, în afara lor, separat de...”, el poate trăi un sentiment de nerealitate, suprarealitate, nefamiliaritate, stranietate, neparticipare, de a nu mai fi în aceeași lume, a fi străin de ea etc.

Dintre perturbările sentimentului existențial menționate mai sus, unele exemple se referă la stranietatea ruperii articulării cu lumea, la detașarea izolantă a depersonalizării derealizante. Altele, ce se referă la nefamiliaritatea stranietății, nerealității sau suprarealității, se corelează cu sentimentul de centralitate și agresiune a unor semnificații neclare din delirul primar.

narativității permite transformarea persoanelor concrete în **personaje de scenarii narative**. Acestea sunt prezente, pe de o parte, în relatările publice care se afirmă în diverse împrejurări despre un subiect dat. Pe de altă parte, narativitatea permite și auto-proiectarea subiectului în ipostaza de erou al unor narațiuni amintite autobiografic, reprezentate și uneori relatate. Pentru subiect, **ipostaza de personaj al unor scenarii narative** imaginate sau relatate înseamnă **conectarea sa directă cu universul ficțiunii**. Narațiunile culturii cuprind atât relatări ale evenimentelor curente și istorice, cât și epopei, legende, romane de ficțiune, povești, mituri. Din poziția inserției în viața cotidiană, fiecare subiect e în mod firesc deschis spre universul narativ. Atât cel care se referă la evenimente la care a participat efectiv, cât și cel al poveștilor fictive, privitoare la eroi legendari. Sau la relatări mai mult sau mai puțin cu caracter de confabulație despre persoane cunoscute. În multe dintre cazurile în care subiectul se conectează cu narațiunile culturale – e.g. lectura unui roman, vizionarea unui film, a unui spectacol, a unei piese de teatru -, el se extrage temporar din viața cotidiană, participând la destinul „ireal” al eroilor fictivi, pentru a se reîntoarce apoi la problemele vieții curente. Acest aspect a fost evidențiat recent de Gallanger⁽¹⁷⁾ în perspectiva comentării delirului, sugerând că acesta ar putea fi interpretat ca transpunere a subiectului în ipostaza unui erou de narațiune fictivă, cu care se identifică, nemaiputându-se reîntoarce la parametrii vieții cotidiene.

Comentariul de mai sus evidențiază că deschiderea spre... și articularea cu... ficțiunea, cu realitățile fictive – inclusiv în condiția lor de suprarealități - constituie o dimensiune firească a existenței persoanelor, care e funcțională în derularea normală a vieții de zi cu zi. Formându-se în interiorul „lumii umane” de care în mod necesar aderă, individul uman încorporează și această dimensiune a suprarealității ficționale, ca o componentă firească a existenței sale normale. Totuși, nu trebuie uitat că psihismul specific uman se dezvoltă pe fundalul moștenirii psihismului biologic, care rămâne funcțional cu majoritatea caracteristicilor sale. E firesc astfel să se presupună o instanță de articulare a specificului uman al psihismului, conectat cu reprezentările și ficțiunile, cu fundalul său biologic, raportat direct la ambianță. La acest nivel se cere avută în vedere o funcție psihică ce asigură articularea dintre cele două niveluri, asigurând în același timp și o firească adeziune la instanța lumii umane, cu toate dimensiunile sale narrative ficționale. O astfel de funcție sugerează recent Radcliff^(18,19) sub denumirea de „sentimente existențiale” („existential feelings”) (nota 2). Prin acestea s-ar realiza adeziunea bazală la lumea umană, familiaritatea cu acestea. Referința psihopatologică inițială a autorului e la perturbarea acestora în „dispoziția delirantă”.

Depersonalizarea derealizantă ar putea fi considerată ca exprimând perturbarea dezadaptativă a funcției

de ancorare și adeziune la specificul lingvistico-narativ al lumii umane. S-ar perturba joncțiunea sintetică dintre structurile ce asigură identitatea bio-psiho-corporală ce se raportează nemijlocit la ambianță și structurile mnestic (metareprezentative), ce asigură identitatea biografico-caracterială, prin care subiectul se exprimă ca personaj al unor scenarii narative, într-o lume cel puțin parțial ficțională.

Nemaiputând realiza această sinteză, subiectul se retrage sau cade într-o situație în care înseși aspectele vieții cotidiene și ale identității sale psihocorporale apar ca străine, nereale, fictive. El resimte că totul în jur e nefamiliar, straniu, ireal, ca în vis, ca la teatru, ca în stările de ficțiune. Narativitatea ficțională nu mai funcționează ca o instanță ce subsumează variate „sublumi” fictive potențiale, în care subiectul poate intra și din care poate ieși facultativ. Odată cu perturbarea structurii „sentimentelor existențiale”, ea se dezimplică din statutul său obișnuit, se dediferențiază și trece în prim plan, subordonându-și rigid întregul psihism și induce sindromul de depersonalizare/derealizare.

Sindromul de depersonalizare/derealizare, depresia și trăirea dediferențiată a prezentului

Sindromul de depersonalizare/derealizare se întâlnește și în unele tulburări depresive care au caracteristicile generale ale depresiei majore. Aspectul particular în aceste cazuri constă în faptul că, deși subiectul se simte trist, el resimte și o anestezie sau o blocare afectivă; adică faptul că nu își poate „trăi și exprima tristețea”; concomitent pot fi prezente și alte simptome ale sindromului de depersonalizare/derealizare. Depresia se exprimă prin simptomele bio-psiho-comportamentale ce-i sunt caracteristice: tulburări de somn și alimentare, modificări ale psihomotricității, ale ritmului ideatic și vorbirii, ale expresivității (nota 3). Semiologic vorbind, sindromul depresiv are în comun cu sindromul de depersonalizare/derealizare anhedonia, incapacitatea de a se bucura, de a fi atras de aspectele ambianței care să îi producă plăcere. Similitudinea e însă doar exterioară, și nu fenomenologică. Depresivul nu e atras de elementele ambianței, deoarece el se dezarticulează de structura temporală a prezentului – de „prezența” activă la actualitatea trăită –, reorientat fiind spre trecut și negație. În cursul secolului XX, cauzistica depresiv-melancolică cu „anestezie afectivă”, sentiment de vid interior și derealizare a fost considerată - mai ales de fenomenologi - ca o variantă psihotică a depresiei, diferită de cea delirantă și stuporos-catatonice (după Tattosian, 1979)⁽²⁰⁾. În prezent, în DSM IV-TR și DSM-5, ea este reținută în cadrul unei variante a depresiei „cu aspecte melancoliforme”, în care se menționează că subiectul „resimte o calitate deosebită a trăirilor subiective”. Varianta e însă descrisă uneori și cu o serie de particularități biologice specifice, cum ar fi hipersomnia și hiperfagia. Patologia depresivă

propriu-zisă are, însă, prin definiție, și o dimensiune corporal-biologică, la fel ca anxietatea, care acum se caracterizează prin inhibiție și lentoare instinctivă, motorie și a derulării proceselor psihice. Sindromul de depersonalizare/derealizare se rezumă însă la trăiri subiective specifice umane, vizând articularea subiectului la lumea sa umană, ancorarea și acordarea cu aceasta și mai ales familiaritatea cu ea, aspecte ce sunt blocate.

Se cere revenit la paralela dintre depersonalizare și depresie, din perspectiva timpului trăit, care este un parametru de analiză esențial pentru tulburările dispoziționale. Atât depresia, cât și mania pot fi comentate fenomenologic cel mai adecvat din perspectiva distorsiunii trăirii temporalității, cu alunecare din sinteza echilibrată activă a prezentului. Depresivul este grav deficitar nu doar în conceperea viitorului – ca speranță, ci și în sinteza prezentului, ca interes, ancorare, acțiune și adeziune. El se retrage din prezent, din prezența sa firească la situațiile circumstanțiale ce-l solicită prin intermediul persoanelor cu care intră în contact.

Orientarea sa temporală este spre trecut și spre vinovăție, negație, dispariție. Anhedonia depresivului nu rezultă doar din inhibiția instinctiv afectivă pe care o trăiește, ci mai ales din absența „prezenței sale la prezentul situațional”. (În perspectiva simetrică, maniacul nu se poate raporta nici el coerent și eficient la prezentul situațional – deși îi acordă o atenție punctiformă și hedonică – absorbit cum e de un viitor ce-i apare atâtea posibil) (Lăzărescu, 2011)⁽²¹⁾.

Structura trăirii temporale e distorsionată și în depersonalizare, fapt sesizat, cel puțin semiologic, de toți comentatorii. Fenomenele de „déjà vu”, „jamais vu” fac parte din această perturbare. În analiza lui Sierra⁽⁵⁾ se scoate în relief mai ales de-diferențierea, aplatizarea trăirii temporalității care apare ca dediferențiată și încremenită. Dar această încremenire sau scleroză temporală nu e precipitată nici spre trecut, nici spre viitor, ca în manie sau depresie, ci exprimă un fel de prezent „etern”, „solidificat” nemodulat, indiferent. Areactivitatea afectivă și anhedonia resimțită a depersonalizatului se corelează cu această încremenire într-un pseudoprezent, ce raportează subiectul la o pseudorealitate, lipsită de o bună articulare între datele situației și structura narativităților fictive. Lumea astfel distorsionată rămâne după un perete de sticlă.

Ar fi de amintit și particularitățile trăirii spațialității, care sunt corelate cu psihopatologia corpului trăit. Sintetizând studiile fenomenologice din ultimul timp, Radcliff (2015)⁽²²⁾ subliniază trăirea centripetă a corporalității în depresie, în sensul ratatinării spațiului trăit în direcția propriului corp (nota 4). Depersonalizatul are o raportare diferită la corp și spațiu. Corporalitatea e trăită anormal, mai ales prin limitele sale. Iar spațialitatea își păstrează unele dimensiuni, fiind organizată de atitudinea autoobservațională (inclusiv autoscopică), dar cu un baraj al comunicării cu exteriorul (sentimentul clopotului de sticlă).

Depersonalizarea, alte tulburări disociative și obsesionalitatea

Sindromul de depersonalizare/derealizare, deși e inclus în clasa tulburărilor disociative, se deosebește de toate celelalte categorii plasate aici prin faptul că simptomatologia sa identitară este eminent subiectivă, autoreferențială, lucidă și autoreflexivă. În plus, ea nu e însoțită de tulburări sau manifestări comportamentale. În tulburarea disociativă de identitate, subiectul dezvoltă două sau mai multe modele comportamentale diferite și aderă la fiecare din manifestările personalităților sale multiple. În cazul tulburărilor mnestic disociative, pacientul nu acuză trăiri subiective neplăcute. Nici stările de transă nu sunt trăite reflexiv; și la fel, nici cele de conversiune somatică. Dacă ținem cont și de hiperexpresivitatea emotivă afișată în tulburarea de personalitate histrionică, în care subiectul nu resimte efectiv trăirile pe care le mimează și le expune din întreaga clasă și spectru al tulburărilor disociative (derivate din isterie), sindromul de depersonalizare/derealizare (varianta DSM-5) apare ca singurul în care patologia se manifestă aproape exclusiv în plan subiectiv. Chiar dacă această cazuistică se întâlnește efectiv, sindromul de depersonalizare/derealizare nu ar trebui redus la această clasă.

Un comentariu e necesar și privitor la comorbiditatea dintre sindromul de depersonalizare/derealizare și tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC), fapt cunoscut și identificat de mult timp și constant. În actualele comentarii privitoare la sindromul de depersonalizare/derealizare standard se menționează că pacientul verifică frecvent pentru a se convinge de „realitatea” situațiilor, fapt de care nu e sigur. Această subclasă a depersonalizării trimite la „psihastenia” descrisă de Janet la începutul secolului XX, când cadrul nosologic al TOC nu era încă bine circumscris. Psihastenia, care cuprindea simptome anxios-fobice, obsesiv-compulsive, asteno-depresive și altele, era explicată de Janet într-o perspectivă comportamentalistă, ca datorându-se unei insuficiente „tensiuni psihice motivaționale”. Acest fapt ar conduce la o insuficiență a actului realizator. Iar drept consecință s-ar produce o afectare, o scădere a „funcției realului”. Apare astfel un sentiment de „incompletitudine”, cu trăiri de tip depersonalizare/derealizare. Viziunea lui Janet mută problematica în direcția acțiunii realizatoare.

Varianta depersonalizării pe care a cultivat-o și o cultivă DSM-III-5 plasează tulburarea în context disociativ, departe de patologia obsesivă. Tradiția europeană nu a fost însă orientată clar în această direcție. Faptul poate fi remarcat în sinteza lui Follin (1961), care introduce parametrul autoanalizei însoțite de indecizie, ruminații, introspecție, verificări. Actualele criterii păstrează dimensiunea atitudinii autoobservaționale (până la autopercepția corporală din exterior). Autoanaliza înseamnă însă mult mai mult decât autoobservație, începând cu introspecția scrupulelor morale, continuând cu cea a aprofundării



FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

cunoașterii și controlului de sine și terminând cu ruminăție pe teme abstracte. În acest univers, îndoiala și verificarea joacă un rol de prim rang. Introspecția face subiectul atent la cursul ideativ, unde apare problema interferenței gândirii și a ideăției intruzive. Acest aspect al depersonalizării nu a dispărut. El este evidențiat de cercetările Școlii din Bonn și ale celei din Copenhaga cu instrumentele BSABS⁽²³⁾ și EASE⁽²⁴⁾. Doar că această cazuistică este cotate ca fiind predispusă spre a dezvolta psihoza, schizofrenia mai ales. Cercetătorii implicați în această direcție vorbesc deschis despre depersonalizare, dar au în vedere o variantă diferită de cea din sindromul de depersonalizare/derealizare standard, una în care se reduce „prezența sinelui la lume, scade „autoafectarea“ („self-affection“), tendința fiind spre anonimizare și impersonal, atât în perspectiva trăirilor subiective, cât și obiective. O cercetare și o analiză recentă a acestei problematice o prezintă Sass^(25,26). Acest versant al depersonalizării, care interferează mai mult cu psihastenia lui Janet și cu obsesionalitatea (indecizia, ambivalența, verificarea), dar și cu o efectivă pustiire afectivă și cu gol mental, se înscrie în direcția simptomatologiei negative din psihoze (schizofrenia).

Depersonalizarea, delirul și psihoza schizofrenă

Prezența trăirilor depersonalizante în cursul instalării și manifestării schizofreniei are o lungă tradiție și a rămas o preocupare constantă, dincolo de sistemele oficiale de diagnostic. Baza teoretică a reprezentat-o concepția lui Jaspers⁽⁷⁾ privitoare la tulburările eului (Ichstörung) în psihoze, recte în schizofrenie. Este vorba de activitatea eului înțeles

ca „agenție“, de coerența sa, de identitatea în timp cu sine și de delimitarea sa de lume. La aceasta s-a adăugat ulterior „egovitalitatea“, comentată mai ales de către Scharfetter⁽²⁷⁾. Principalele dezbateri au avut loc – și se desfășoară și în prezent – în legătură cu delirul primar. În instalarea acestuia este invocată în mod evident o stare de depersonalizare; în faza dispoziției anxioase, subiectul resimte că ambianța e schimbată, nefamiliară, anunțându-se parcă un eveniment important pentru subiect. În faza finală, când prin percepția delirantă convingerea aberantă se cristalizează, subiectul se liniștește.

Schema de mai sus stă la baza ideii, susținută și de Follin, că depersonalizarea poate fi considerată ca o etapă în procesul psihopatologic ce conduce la delir. Această idee poate fi susținută și în prezent, dar diferențind mai multe variante ale procesului depersonalizării. În cazul sindromului de depersonalizare/derealizare standard suntem în fața unui proces ce vulnerabilizează relația dintre psihismul – în esență biologic – și cel specific uman, care deschide spre universul de posibilități al narativităților, inclusiv al celor personale, în care subiectul apare ca personaj.

În cazul delirului s-ar putea urmări cum identitatea subiectului nu rămâne suspendată în această incertitudine dintre două zone, ci se ratatizează pe varianta unui personaj (sau stare personalistică) dintr-un scenariu fictiv. Evoluția depersonalizării și în celelalte direcții care definesc după Jaspers sinele (eul) ar dezvolta simptomatologia dezorganizantă și deficitară a schizofreniei. Unul din aceste drumuri a fost menționat mai sus, pornind de la obsesionalitate.

Dezvoltarea depersonalizării în psihoze necesită însă o abordare separată.



FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

Comentariu final

Sindromul de depersonalizare/derealizare standard ocupă un loc central în psihopatologie, depășind problematica circumscrisă de varianta prin care e delimitată în DSM-5 ca tulburare inclusă în clasa celor disociative. Perturbarea „aderenței” la lume, înțelesă ca lume specifică umană, ar putea fi interpretată printr-o disfuncție a „sentimentelor existențiale”, în accepțiunea lui Radcliff, care se cer și ele analizate mai detaliat, din perspectiva unei structuri multinivelate a identității sinelui. Ideea unei funcții psihice identitare, care asigură articularea în cadrul persoanei umane a moștenirii psihobiologice cu dimensiunea specifică a psihismului uman, susținută de limbaj și narativitate, ar fi o direcție posibilă de analiză a acestei probleme. Simptomatologia sindromului de depersonalizare/derealizare relevă o perturbare a infrastructurii spațio-temporale a identității, prin resimțirea distorsionată a corporalității și a participării la istoria biografică și la prezent. În sindromul de depersonalizare/derealizare, raportarea fenomenologică la situația prezentă e evident diferită de cea din depresie (și manie), prezentul rămânând constituit, dar dediferențiat și încremenit. Depersonalizarea care se conjugă cu obsesionalitatea sugerează o direcție diferită de cea disociativă, direcție ce se îndreaptă spre anonimizarea destructurată apato-abulică din simptomatologia negativă a psihozelor. În sfârșit, depersonalizarea ce se afirmă în cadrul dispoziției delirante din delirul primar sugerează o altă direcție de evoluție a patologiei în funcție de ata-

șamentul la lume. Și anume, direcția spre alunecarea identitară în poziția de personaj (delirant) al unui scenariu fictiv, aberant.

Analizele fenomenologice ale sindromului de depersonalizare/derealizare pot sugera modele ale funcției normale ce se perturbă în acest caz, fapt din care ar putea deriva submodelele testabile neuropsihologice.

Note

Nota 2. Radcliff (2007, 2008, 2013) a publicat în ultimul timp o serie de analize de psihopatologie fenomenologică referitoare la „sentimentele existențiale” care stau la baza adevărului fiecărui om conștient la lumea sa umană. Punctul de plecare psihopatologic în aceste analize a fost dispoziția delirantă, în care apare sentimentul de stranietate, de nefamiliaritate cu lumea. Referința lui Radcliff e în primul rând la analiza pe care o face Heidegger Daseinului în „Ființă și Timp”; dar și la lucrările lui Husserl. Heidegger postulează că modalitatea „existențială” a faptului-de-a-fi-în-lume este un dat constitutiv (aprioric), o condiție de posibilitate a existenței Daseinului (omului conștient); articularea cu o lume precede preocuparea, grija, proiectele etc. „În interiorul” acestei existențe în lume se desfășoară viața de zi cu zi, împreună cu alții, marcată de frică și uneori de angoasă. Acest fel de a pune problema este unul filosofic, iar Heidegger s-a opus constant aplicării analizei sale a Daseinului în psihologie și psihopatologie. Sentimentele existențiale ale lui Radcliff comentează însă tocmai faptul psihopatologic al posibilei „desprinderi” a subiectului de lumea (umană) în care există. Analizele fenomenologice ale lui Husserl plasează conștiința într-un ego monadic și încorporat, aducând astfel o perspectivă ce lipsește la Heidegger. Fenomenologia sa vizează un ego transcendent, plasat dincolo de problematica vieții cotidiene. Aspectul interesant al comentării sentimentelor existențiale constă în faptul că acest demers indică și el că psihopatologia relevă infrastructura psihismului conștient. Radcliff nu analizează însă sentimentele existențiale în corelație directă cu trăirile din aria depersonalizării. Dacă acest sindrom e înțeles diferențiat – prezent și în delir, și în simptomatologia negativă a psihozelor –, atunci sentimentele existențiale ar putea fi considerate o structură funcțională de articulare a fundalului de psihism biologic din om, cu deschiderea sa spre specificul psihismului uman. O astfel de circumscriere a temei ar stimula cercetări care să evidențieze și suportul său neuropsihologic.

Nota 3. Implicarea dimensiunii biologice a psihismului uman în sindromul depresiv, care e evidentă semiologic, a fost comentată doctrinar de Schneider într-un studiu din 1920, elaborat sub influența viziunii antropologice a lui Scheller. Fenomenologia personalistă a lui Scheller (1950) a acordat o importanță deosebită afectivității, simpatiei mai ales, neignorând însă aspectele sale sociologice și biologice. Schneider (după

Broome et al., 2012)⁽²⁹⁾ se referă la stratificarea vieții emoționale, distingând: 1. Sensibilitatea senzațiilor; 2. Sensibilitatea (resimțirea afectivă) a corpului trăit („leib“); 3. Sentimentele (trăiri afective) psihice ale egoului; 4. Trăiri afective spirituale. Trăirile afective corporale sunt de origine biologică și sunt resimțite ca o „depresie vitală“ ce se exprimă prin modificări obiective în funcționarea corporală. Depresia vitală este marca endogenității, căci această simptomatologie nu se reîntâlnește în depresia reactivă. Ulterior, unii fenomenologi au analizat depresia endogenă din perspectiva blocării dinamismului afectiv și a desituaționalizării (Schulte, Tellembach, Straus după Tatossian, 1979), punând accent pe cazurile care resimt „incapacitatea de a fi trist“. Această caracteristică de „anestezie afectivă“, care a fost comentată și de Jaspers, indică o mixtare cu simptomatologia specifică sindromului de depersonalizare/derealizare. Privind din perspectiva unei psihopatologii fenomenologice clinice, o astfel de cazistică există desigur, dar ea nu trebuie selecționată ca fiind cea mai semnificativă pentru depresia endogenă.

Nota 4. Într-o carte recentă, Radcliff (2015) analizează fenomenologic depresia, făcând referințe, desigur, la sentimentele existențiale. Sintetizând tradiția studiilor fenomenologice în domeniu, autorul relevă specificul distorsiunii temporalității cu lipsa speranței și, uneori, disperarea. Autorul consideră că în depresie sentimentele existențiale sunt deficitare; diferența față de deficitul lor în schizofrenie ar consta în concentrarea în depresie a trăirilor pe corporalitate (conform analizelor lui Fucs, 2005, 2009)^(30,31), pe când în schizofrenie trăirea corporalității (a sinelui încorporat) e diluată, pierdută (Stanghellini, 2009)⁽³²⁾. Autorul nu comentează însă faptul că depresivul nu mai poate sintetiza „prezentul trăit“, fapt ce nu e specific sindromului de depersonalizare/derealizare. Aceste diferențe sugerează că sentimentele existențiale se manifestă cel mai specific în cadrul depersonalizării.

Nota 5. Depersonalizarea în sensul psihasteniei lui Janet (1903), corelată sentimentului de incompletitudine ce derivă din acțiunea neîndeplinită, cu insuficiența „funcției realului“, exprimă un deficit în direcția depersonalizării anonimizante (Dep/An). Acțiunea și munca în sine nu presupun atașamentul față de altul, care este nucleul atașamentului general față de lume. Ea se poate realiza în singurătate, fie că e orientată spre produse concrete, fie spre realizări teoretice, abstracte. Atașamentul față de lume, ca sentiment existențial (în sensul lui Radcliff), presupune „acordarea“ și „vibrarea“ împreună cu lumea, ceea ce ține în primul rând de atașamentul afectiv înțeles drept compenetrare cu alteritatea. Acțiunea presupune și ea, desigur, o deschidere față de lume, inclusiv spre cea specifică umană, în care subiectul se proiectează realizator. Intrarea în lume pe această poartă aduce însă în prim plan aspectele formale ale acțiunii pe care subiectul o inițiază și o realizează prin „agenția“ sa, și nu pe cele tematiche, care implică autonarativitatea, în care el e prezent ca persoană. Psihastenitul lui Janet a fost descris ca trăind senzația stranie a neterminatului pentru acțiuni ce au fost deja încheiate, fapt ce a fost pus pe seama perfecționismului. Göppert (după Lăzărescu, 1973)⁽³³⁾ a identificat însă, mai de mult, faptul că acesta se cramponează de muncă deoarece, la încetarea acesteia, pentru el se instalează un vid interior insuportabil; vid care îl precipită spre noi activități pentru a „scăpa de urât“ și a „umple timpul“. Situația a fost corelată cu plictisul, direcție în care cele mai semnificative comentarii sunt ale lui Cioran⁽³⁴⁾. Acesta, în scrierile sale aforistice, face apologia lenei, formulând vehement că „munca i-a fost dată omului ca un blestem, din care el a făcut o voluptate“. Inactivitatea pe care Cioran o proslăvește este însă dublată la el de trăirea unui îngrozitor plictis, resimțit și ca vid interior, și care amintește de remarcă lui Göppert. În cazul lui Cioran, problema se cere pusă altfel, sentimentul de plictis caracteristic vidului sufletesc aparând și ca un echivalent al „acediei“, a situației în care omul se simte părăsit de Dumnezeu. ■

Bibliografie

16. Sierra M, Berrios GE, (1998). Depersonalization neurobiological perspectives, *Biological Psychiatry*, 44, 898-908.
17. Gallanger S, (2009). Delusional realities, In: Matthew Broome, Lisa Bartolotti (eds). *Psychiatry as Cognitive Neuroscience. Philosophical perspectives*. Oxford University Press, pp.245-268.
18. Ratcliff M, (2008). *Feeling of Being: Phenomenology, Psychiatry and Sense of reality*, Oxford University Press.
19. Ratcliff M, (2013). Delusional Atmosphere and the Sense of Unreality, p 229-245, In: Giovanni Stanghellini and Thomas Fucs (eds), *One Century of Karl Jaspers' General Psychopathology*, Oxford University Press.
20. Tatossian A, (1979). *Phenomenologie des psychoses*, Ed. Mason, Paris.
21. Lăzărescu M, (2011e). *Ce e tulburarea mintală*, Ed. Polirom, Iași.
22. Ratcliff M. (2015). *Experiences of depressive: a study in phenomenology*, Oxford University Press
23. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M, (1987). „Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS)“, Springer Berlin, Heidelberg, New York.
24. Parnas J, Moeller P, (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience, *Psychopathology*, 38: 236-258.
25. Sass LA, (2013). Self-disturbance and schizophrenia : structure, pathogenesis (current issues, New directions), *Schizophrenia Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/2013.05.001>.
26. Sass LA, (2013). Anomalous Self-Experience in Depersonalisation and Schizophrenia: A Comparative Investigation *Conscious Cogn.*, 430-441.
27. Scharfetter Ch, (2003). The self-experience of schizophrenics. In Kircher T, David A. *The Self*, Cambridge University Press:293-318.
28. Lăzărescu M, (2010). *Bazele Psihopatologiei Clinice*, Ed. Academiei Române, București.
29. Broome MR, Harland R, Owen GS, Stringarss A, (2012). *The Maudsley Reader in Phenomenological Psychiatry*, Cambridge University Press.
30. Fucs Th, (2005). „A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia“ in „*Psychiatry & Psychology*“, 12: 95-107.
31. Fucs Th, (2005). *Delusional Mood and Delusional Perception – A Phenomenological Analysis*, *Psychopathology*, 38, 133-139.
32. Stanghellini G, (2009 a). Embodiment and schizophrenia. *World Psychiatry*; 8,1, February: 56-60.
33. Lăzărescu M, (1973). „Patologie obsesivă“, Ed. Medicală, București.
34. Lăzărescu M, (2011 c). *Chin, extaz și nebunie înaltă în sec.XX. Cronica a trei zile prilejuite de comemorarea centenarului nașterii lui E.Cioran*, Ed. Brumar, Timișoara.