

## **Bipolaritatea și mania I**

**16.11.2022**

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

Dintre tulburările psihice identificate de medicina antichității și care sunt și în prezent actuale, se numără starea maniacală și cea depresivă (melancolia). Mania și depresia antichității au pentru psihopatologie o semnificație specială, mai ales că ele absorbeau pe atunci atât variantele predominant psihotice (delirant halucinatorii și anxios agitate) cât și pe cele predominant temperamentale, precum melancolicul. În plus, polarizarea dintre manie și melancolie intuia ceva similar cu cea dintre dispozițiile comportamentale externalizate și internalizate a lui Achenbach, pe care am invocat-o odată cu plasarea tulburărilor conflictual agresive și manipulative în contrast cu cele de evitare anxios fobică; deși, polarizarea dintre mania euforic expansivă și depresia inhibată vizează aspecte puțin diferite; iar comentarea tulburărilor disociativ histerice și a celor obsesiv compulsive au extins problematica deficitului disfuncțional comportamental externalizat și internalizat, de la nivelul dispozițional situațional la cel al dimensiunii identitare a persoanei. Cu mania și depresia revenim însă la polarizarea dispozițională externalizat/internalizat înțeleasă într-un sens lărgit, care înglobează acum un ansamblu de manifestărilor psihice ce au dimensiunea unui proiect sau episod de viață, într-o zonă intermediară dintre polul situațional și cel structural identitar al persoanei. Căci, dacă s-ar pune întrebarea: „ce comportamente normale și adaptative ar putea fi plasate în spatele sindromului deficitar disfuncțional maniacal?”, răspunsul ne-ar trimite spre însăși condiția bazală a majorității raportărilor performante esențiale ale omului, realizate prin proiecte ce străbat actualitatea trăită de-a-lungul unor episoade de viață, pe parcursul cărora el e ancorat în viitor; adică: activitățile și muncile curente, procesualitatea investigației,

rezolvările de probleme practice și teoretice, episoadele creative, relaționările uzuale pozitive, confruntările beligerante...și chiar petrecerile, consecutive succesorilor și victoriilor. Iar la polul opus, se plasează dispoziția inhibat retractilă a depresiei ce deconectează subiectul de situațiile actuale, în urma unor eșecuri, înfrângeri și pierderi, cu preeminență a doliului. Starea maniacală și cea a depresiei majore ridică probleme centrale pentru conturarea organizării psihismului uman, în perspectiva dimensionării existenței sale prin proiecte și episoade de viață. Faptul e sugerat și de constanța cu care această patologie a fost sesizată de-a-lungul veacurilor, precum și de complexitatea manifestărilor sale clinice. Vom începe comentariul cu o schiță istorică și un rezumat al manifestării clinice a patologiei bipolare din DSM-5.

Mania și melancolia au fost comentate în medicina umoralistă a antichității cu o simptomatologie similară cu cea a cazuisticii actuale, observându-se de pe atunci posibilitatea tranziției directe a unuia dintre aceste sindroame în cealaltă (Aretus din Cappadochia, sec II d.Chr). În acea perioadă cele două tulburări erau descrise ca frecvent mixtate cu episoade delirante; iar cazurile de manie, cu simptome de agitație (furioasă) și cele de depresie, cu simptome anxioase (și suspicioase).

După Renaștere, medicina Europei reia descrierea lor aproximativ în aceiași termeni, interpretarea fiind însă diferită, prin trimitere mai puțin la umori și mai mult la sistemul nervos și starea nervilor. Dar simetria opusă a simptomelor și tranziția dintr-o fază în alta, au fost reconfirmate.

În sec.XIX, observația azilară atentă a circumscris forme clinice de manie și depresie fără delir, constatându-se remisiuni spontane și ciclicitate. Melancolia e redenumită „depresie”; și se circumscrie o „psihoză endogenă cu dublă formă”, bipolară. Aceasta e inclusă de Kraepelin în sistematica sa a psihozelor ca boală

maniaco-depresivă, alături de demența precoce (schizofrenie) și de paranoia; rămânând de atunci în centrul patologiei psihiatrice. Către sfârșitul sec.XX

Chenar 47

### Mania și melancolia în epoca modernă

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

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

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

Spiritele animale  
sunt obscure, întunecate de un  
fum gros

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

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

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

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

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

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

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

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

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

cercetări mai atente au identificat o tulburare depresivă recurentă unipolară; și, în general, un spectru maladiv depresiv distinct. S-a comentat apoi și un spectru bipolar, care a acumulat multiple variante clinice, mai ales prin luarea în considerare a formelor ușoare și subclinice: hipomanie, ciclotimie, temperament hipertim și ciclotim, mania și depresia scurtă etc. Dar și prin prezența unor episoade mixte, forme evolutive ciclotime sau cu cicluri scurte.

În prezent în DSM-5 (2013) se are în vedere câte un capitol separat pentru tulburările bipolare și pentru cele depresive, acceptându-se însă și episoade distincte de manie și depresie. În Draft ICD-11 (2019) episoadele unice de manie sau depresie majoră nu sunt validate nosologic, ele trebuind să fie încadrate într-o perspectivă evolutivă.

Prezentarea maniei, depresiei și a bipolarității în DSM-5 e pe scurt următoarea:

### *Episodul maniacal în DSM-5*

**Pentru diagnostic pozitiv sunt necesare următoarele:**

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

**B. În perioada de tulburare dispozițională și creștere a activității și energiei să fie prezente trei sau mai multe din următoarele 7 simptome**

(minimum 4 dacă dispoziția e doar iritabilă), cu o intensitate semnificativă și reprezentând o modificare notabilă față de comportamentul uzual: 1. O stimă de sine crescută sau grandiozitate; 2. O nevoie scăzută de somn ( e.g. se trezește și nu mai readorme după 3 ore de somn.); 3. E mult mai vorbăreț decât de obicei sau simte nevoia (presiunea) de a vorbi; 4. Fuga de idei sau sentimentul subiectiv ca gândurile nu pot fi controlate; 5. Distractibilitate (e.g. atenția e ușor distrasă de stimuli externi irelevanți sau neimportanti.) observată sau relatată; 6. Creșterea activității orientate spre un scop (fie social, la munca sau la școală, sau sexuală) sau agitație psihomotorie (i.e. tendința spre activități nedirecționate spre un scop); 7. Implicare în activități cu mare potențial de consecințe nefavorabile (i.e. implicarea în cheltuieli excesive, indiscreții sexuale, investiții bănești aberante).

Criteriul C. precizează că tulburarea e suficient de gravă pentru a crea deficiențe importante în funcționare iar criteriul D. că episodul nu poate fi atribuit efectelor fiziologice ale unor substanțe/medicamente sau altor condiții medicale.

### *Episodul depresiv major în DSM-5*

**Pentru diagnostic pozitiv sunt necesare următoarele:**

**A. Prezența a 5 (sau mai multe) din următoarele 9 simptome cel puțin 2 săptămâni, reprezentând o schimbare a funcționării anterioare; cel puțin unul trebuie să fie din primele două: 1. Dispoziție depresivă cea mai mare parte din zi, aproape în fiecare zi, indicată fie prin raportări subiective (e.g. a se simți prost (sad), gol sau lipsit de speranță) sau prin observația făcută de alții (e.g. apare ca plin de lacrimi). N.B. la copil sau adolescent poate fi o dispoziție iritabilă.; 2. Scădere marcată a interesului și plăcerii pentru toate, sau aproape toate activitățile, majoritatea zilei, aproape în fiecare zi (indicat fie prin raportare subiectivă, fie prin observație); 3. Scădere marcată în greutate fără a ține o dietă de slăbire (e.g. mai mult de 5% din greutate într-o lună) sau scăderea sau creșterea apetitului aproape în fiecare zi; 4. Insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi; 5. Agitație sau inhibiție psihomotorie (observabilă de alții); 6. Oboseală sau lipsă de energie aproape în fiecare zi; 7. Sentiment de lipsă de valoare sau vinovăție excesivă sau neadecvată (ce poate fi delirantă) aproape în fiecare zi; 8. Scăzută abilitate de a gândi sau se**

**concentra, sau indecizie aproape în fiecare zi (atât resimțita subiectiv cât și observabilă de alții); 9. Gânduri recurente de moarte (nu doar frica de moarte), ideație recurentă suicidală fără un plan specific sau tentativă de sinucidere sau plan specific de a se sinucide.**

**Criteriul B precizează că sindromul conferă o semnificativă stare de distres sau deficiențe în funcționare, iar criteriul C că episodul nu e consecința directă a consumului de substanțe/medicamente sau a altor condiții medicale.**

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

În caracterizarea episodului depresiv (când nu e specificat ca major) se cere de asemenea ca obligatorii manifestări simptomatice să dureze cel puțin 2 săptămâni, cu prezența dispoziției depresive și a scăderii interesului și plăcerii. Se mai cere prezența a cel puțin 3 simptome din cele 7 ale descrierii standard.

DSM-III-5 mai descrie ciclotimia și distimia. Ciclotimia presupune ca cel puțin 2 ani să existe multiple episoade cu simptome hipomane ce nu întrunesc criteriile pentru un episod maniacal și numeroase episoade cu simptome depresive care nu întrunesc criteriile pentru un episod depresiv major; nu există mai mult de 2 luni consecutive fără simptome. Distimia constă în prezența aproape continuă a unor simptome subdepressive timp de peste 2 ani, fără intervale libere mai lungi de 2 luni; dar nu se cere prezența anhedoniei (lipsa de plăcere), sentimentul de vinovăție și a ideației de moarte. Pacientul își poate continua, parțial, viața socio- profesională.

În afara acestor circumscrieri, în capitolul consacrat Tulburării bipolare sunt menționați “specificatori” care se referă la : **1. Prezența distresului anxios: ușor,**

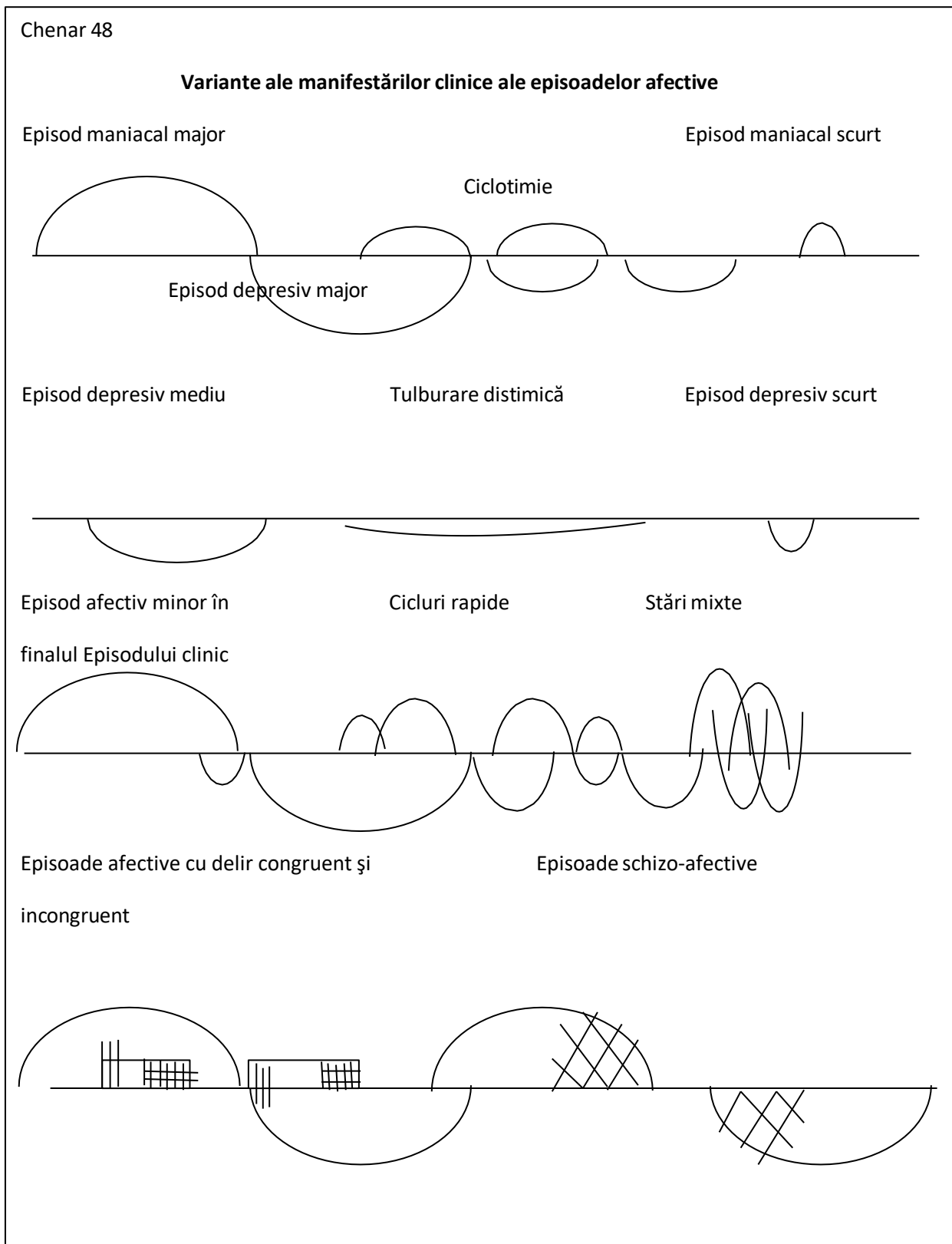
moderat, moderat sever, sever; **2.** Episoade maniacale sau hipomaniacale cu simptome mixte, depresive; episoade depresive mixte, cu simptome maniacale; **3.** Tulburarea cu cicluri rapide: cel puțin 4 în 12 luni; **4.** Episod depresiv cu trăsături melancolice: prezintă simptome ca lipsa plăcerii și a reactivității, calitate aparte a dispoziției depresive cu sentiment de gol interior, rău și trezire matinală, agitație sau inhibiție psihomotorie marcată, scădere în greutate, sentiment de neadecvare și vinovăție; **5.** Episod depresiv cu aspecte atipice, precum: reactivitate dispozițională specială și cel puțin 2 din: creștere semnificativă în greutate, hipersomnie, rejecție și senzitivitate interpersonală; **6.** Episoade cu aspecte psihotice: acestea pot fi deliruri și halucinații congruente cu dispoziția afectivă, sau incongruente; cu anhedonie; **7.** Cu debut peripartum; **8.** Cu pattern sezonier: simptomatologia maniacală și/sau depresivă se intercalează în funcție de sezon.

Mai sunt menționate unele aspecte de manifestare puțin intensă, precum: - depresia scurtă de 3-4 zile; - episoadele hipomane ce apar la sfârșitul unei stări depresive sau ca induse de medicația antidepresivă și alte medicamente; - episoade hipomane scurte (2-3 zile) sau cu insuficiente simptome; - ciclotimia cu durată mai scurtă (sub 24 de luni). Adepții spectrului bipolar mai introduc și dimensiunea temperamentului – depresiv, ciclotim, distim, disforic - ceea ce DSM-5 nu poate să o facă.

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

DSM-5 prezintă concis și clar aspectul care-l interesează pe medicul ce vrea să pună un diagnostic reproductibil. Această structură rigidă, cu liste de simptome și cuantificări, este consonantă cu obiectivul pe care sistemul și l-a propus: concordanța (reliability) în diagnostic. Dar tocmai acest decupaj schematic și rigid aduce în lumină cu evidență faptul că, procesul de diagnostic e mediat întotdeauna

de instrumentul utilizat, care vizează un anumit model al psihismului ulman. În cazul de față, e vorba de modelul teoretic pe care manualul DSM-5 se bazează. În urma aplicării sale se poate releva doar ceea ce instrumentul permite a se constata.



## **Bipolaritatea și mania II**

### **1. Sindromul maniactal ca expresie a distorsionării parametrilor specifici manifestărilor psihice externalizate**

Mania e un sd. dispozițional în dublu sens. Pe de o parte, disponibilitatea de raportare proactivă la situațiile ambianței e dezinhibată, dinamizată ergic în toate planurile, cu încredere crescută în sine, proiectând subiectul spre un viitor imediat. Pe de altă parte, dispoziția afectivă de fond se manifestă pozitiv, ca relație, bună dispoziție, euforie, extaz sau iritabilitate combativă, toate însoțite de autovalorizare pozitivă; trăiri ce se manifestă acum rigid, ne mai fiind motivate și influențate situațional. Faptul se reflectă în circumscrierea sindromului în DSM-5 prin cele două componente de bază: - manifestarea proactivă aberantă; și:  
- dispoziție afectivă elevată.

Privind într-o perspectivă globală, trans-simptomatologică, starea maniactală s- ar caracteriza în primă instanță, fenomenologic, printr-o continuă și mobilă proiecție spre un viitor imediat, ce-i apare subiectului ca favorabil și a toate posibil. În această atitudine el se sprijină pe fragmente ale situației actuale, resimțite hiperestezic și uneori hedonic, comportându-se dezinhibat și ergic, tahipsihic și expansiv, prosocial gregar, încrezător în sine, ignorând riscurile. Esențială în această perspectivă e aplatizarea parametrilor unui prezent situațional bine structurat; prezent ce, deși e trăit cu acuitate, e împrăștiat și secvențial, fiind absorbit de viitorul imediat.

### Sistematizarea simptomelor maniei și depresiei în vederea unui diagnostic comprehensiv

#### A. Simptome biopsihologice predominant observabile

MANIE	DEPRESIE
Dezinhibiție extroversă și tahipsihie globală (instinctivă, decizională, comportamentală, ideo-verbală, relațională)	Inhibiție introversă și bradipsihie globală
<p>insomnie fără oboseală energie crescută logoree fugă de idei, asociații superficiale atenție mobilă, percepție crescută hipermnezie nefuncțională libido crescut, dezinhibiție sexuală hipersociabilitate gregară cu reducerea reticenței</p>	<p>insomnie nocturnă și trezire matinală rău matinal oboseală, anergie inapetență, scădere în greutate reducerea libidoului ideație redusă, lentă perseverare ideatică atenție, percepție, memorie reduse lentoare motrică lipsă de motivație și reactivitate</p>

#### B. Simptome psihoantropologice subiective detectabile prin interviu

Stima de sine crescută  sentiment de valoare și capacitate crescută încredere în sine, asertivitate, optimism nerealist grandiozitate, afirmare de sine	Stimă de sine scăzută  sentiment de capacitate și valoare redusă neîncredere în sine, indecizie, problematizare vinovăție, negație de sine
<b>Viitorul e deschis</b> (totul se va rezolva bine) - participare hedonică la prezent	<b>Viitorul e închis</b> (lipsit de speranță) nu poate adera la prezent (nimic nu-l atrage) incapacitate de a se bucura
Stare afectivă dispozițională pozitivă - veselie, bună dispoziție, euforie ce se transmite celorlalți	Stare afectivă dispozițională negativă - tristețe, proastă dispoziție afectivă, disforie, anxietate, preocupare față de boală și moarte

Notă: trăirea subiectiv afectivă dispozițională este doar unul din aspectele tulburărilor dispoziționale din manie și depresie.

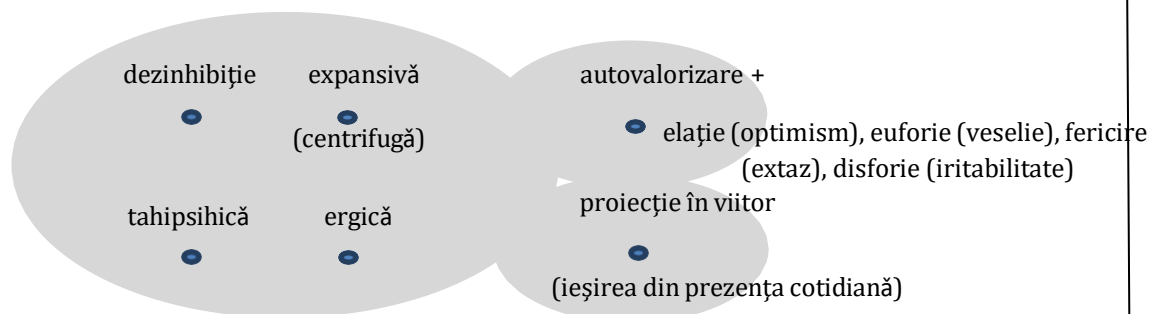
#### B<sub>1</sub> Trăiri și convingeri subiective tematizabile delirant

Manie	Depresie
<p>se consideră o persoană de excepție ce poate rezolva orice, cu calități și capacități deosebite realizări și poziție socială aparte (invenții, creații, misiuni speciale) noi identități megalomane (om istoric, legende mitico sacrale, relații deosebite, descendență specială) stârnește invidia și atitudinea ostilă a celorlalți</p>	<p>se consideră o persoană fără valoare, care nu merită să trăiască e vinovat pentru suferințele altora și ale umanității ruină și catastrofă generală are boli grave și incurabile negație: organele nu funcționează, e mort, condamnat să sufere în eternitate alții îl consideră vinovat pe bună dreptate</p>

## Simptomatologia sindromului maniacoal privită ca derivând dintr-o tulburare formală

### bazală

dezinhibiție erotică	presiunea vorbirii (logoree)	agitație	elație, (optimism), euforie (veselie), disforie (iritabilitate) dispoziție afectivă +
insomnie ergică	fugă de idei atenție distributivă memorie percepție estezie } +	acte riscante activitate motricitate } +	hipersociabilitate (superficială)
instinct vigilant	cogniție	comportament motricitate	afectivitate sociabilitate



Dacă privim însă analitic, grupajul simptomatic întâlnit în sindromul maniacoal - ce ar putea fi considerat ca exprimând însăși scheletul dediferențiat al ansamblului comportamentelor externalizate adaptative de autoafirmare – constă dintr-un lanț de simptome interconectate: dezinhibiție expansivă tahipsihică și ergică, cu autoapreciere crescută, elație, afectivitate pozitivă și proiecție în viitor. Iar acestea se exprimă prin intermediul funcțiilor psihice ale vigilenței,

pulsionalității, cogniției, comportamentului, afectivității și relaționării. La fel ca în cazul tuturor sindroamelor psihopatologice importante, se poate considera că starea maniacală derivă și ea din modalități de reacție și manifestare psihică normale și adaptative. Vom prezenta ceva mai detaliat această simptomatologie.

Dezinhibiția psihică se referă în primul rând la permanenta manifestare activă a maniacalului hipervigil și ergic, ce nu poate sta mult timp calm și liniștit, relaxat sau inactiv. Ea se exprimă însă și prin aspecte mai precis direcționate, precum : - Dezinhibiția instinctiv erotică, atât ca atracție cât și prin comportamente specifice, vorbire licențioasă sau performanță sexuală; - Insuficientă reținere și autocontrol în relaționări cu transgresarea normelor sociale, a conveniențelor și reticențelor; - Scurtcircuitarea deciziilor, ducând și la comportamente impulsive; Implicarea permanentă în proiecte de acțiune multiple, deseori fanteziste (în toate aceste simptome intervine și tahipsihia).

Expansivitatea (centrifugă) e susținută și intricată cu celelalte caracteristici (dezinhibiție, tahipsihie, energie crescută). Ea se manifestă în plan ideatic, verbal și comportamental, al proiectelor de acțiune, al deplasărilor și contactelor umane.

Tahipsihia e evidentă în vorbire (care e și amplă cantitativ = logoree), în fuga de idei, în psihomotricitate, în atenția distributivă distractibilă. Ea stă la baza faptului că maniacalul începe multe lucruri pe care nu le termină, trecând de la unul la altul; sau în plan ideoverbal nu urmărește o temă până la capăt.

Energia crescută este pe de o parte resimțită subiectiv, întreținând încrederea în sine și sentimentul de atoare puțință. Pe de altă parte ea are însă și un aspect obiectiv, maniacalul vigیل funcționând mult timp fără a obosi, capabil de eforturi fizice și psihice mari. E unul din motivele pentru care starea hipomaniacală poate fi performantă și dorită.

Autoevaluarea pozitivă are și ea mai multe aspecte. Maniacalul are o încredere în sine crescută, se simte capabil, are energie și curaj, are convingerea că

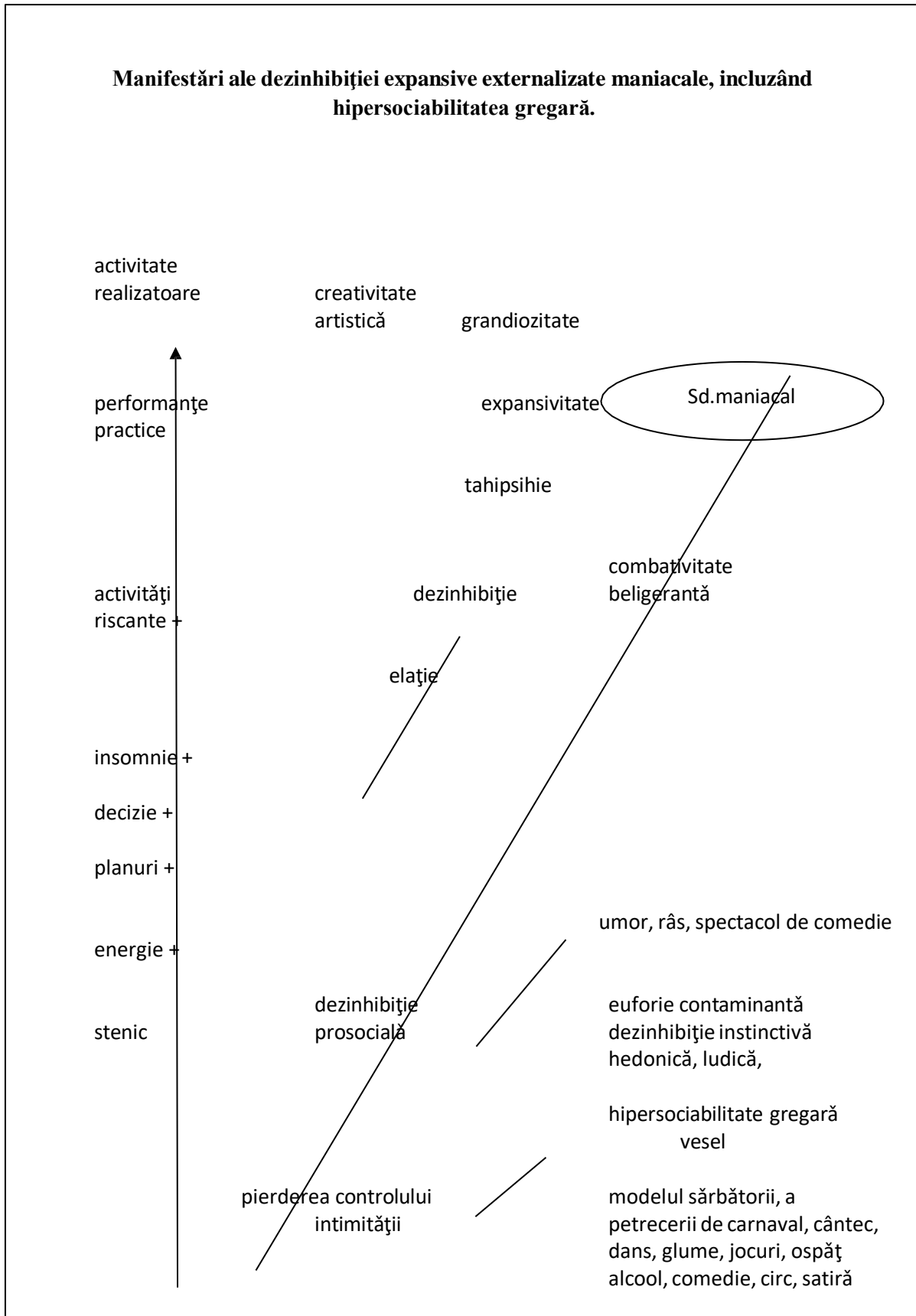
poate realiza cu ușurință multe lucruri. Faptul poate sta la baza acțiunilor riscante, hazardante sau perturbatorii. În acest sens episoadele hipomaniacale ameliorează nehotărârea obsesivilor. Stima de sine crescută stă și la baza abordării directe, fără reticențe, a altor persoane, aflate în poziții sociale înalte. Păreră bună despre sine este argumentul proiectelor de viitor fanteziste; și mai ales a delirurilor megalomane congruente, de grandiozitate, în care subiectul se autoplaează în poziția de personaj a unor scenarii fictive, care-l plasează în relație cu personalități deosebite.

Proiecția în viitor e o caracteristică esențială a felului în care maniacalul se raportează la situație, mai ales în comparație cu depresivul; și chiar cu anxiosul. Maniacalul ce se simte puternic și capabil, este încrezător în viitor, optimist, convins că poate realiza orice. Deși are o percepție vie (și hedonică) a unor elemente situaționale, esențialul orientării sale e spre realizarea unor proiecte; și în primul rând în viitorul imediat, el fiind sigur de împlinirea acestora. Practic, maniacalul nu are o receptare și o angajare eficientă în raport cu situațiile date, actuale; care să îi permită o echilibrată trăire a “prezenței la prezent”, plasată între trecutul memorabil și viitorul proiectat, planificat și expectat. Presentul său e punctiform și nestructurat, aspirat de viitor. Delirul de grandiozitate extrage și mai mult pacientul din prezentul real.

Trecând la simptomatologia exprimată prin perturbarea funcțiilor psihice, care e constatabilă și măsurabilă (prin scale de evaluare), se poate începe cu dimensiunile predominant psihobiologice ale vigilității și vieții pulsionale.

Starea de vigilitate, opusă somnului este cea care asigură raportarea informativă la ambianță și acțiunile eficiente. În sindromul maniacal vigilitatea e crescută, nevoia de somn fiind redusă fără ca subiectul să se simtă obosit. Vigilitatea crescută susține o percepție pregnantă, vie a datelor receptate, cu detalii

care-i atrag atenția. Hipervigilanta se conjugă cu tahipsihia, realizându-se o atenție distributivă mobilă, distractibilă, centrifugă și superficială. Informația receptată nu mai e organizată pe nivele ierarhice, fiind aplatizată, printr-o suită de



---

secvențe și detalii ce nu mai permit buna configurare a ansamblului situațional actual. Distractibilitatea atenției din manie seamănă cu atenția hipermobilă din anxietate; cu diferența că aceasta din urmă e de tip investigator; iar fundalul afectiv și de autoevaluare e altfel orientat.

Dezinhibiția pulsională a fost deja amintită. Ea conduce la un comportament erotic, uneori strident, care încalcă conveniențele sociale. În manie e deseori activat potențialul ludic și hedonic al satisfacțiilor și plăcerilor corporale. În mixare cu anxietatea, poate fi întreținută adicția de alcool și de unele droguri. In variantele agitate, e dezinhibată pulsionalitatea agresivă, combativitatea; fapt ce poate fi referit la moștenirea confruntărilor beligerante din biologie, continuate în viața umană ( ).

Procesele cognitive sunt dezinhibate și accelerate. E crescută nu doar estezia și acuitatea perceptivă, ci și funcționarea memoriei, amintirile. Dar această hipermnezie nu e utilă datorită tahipsihiei. La fel, asociațiile de idei și de cuvinte rapide, deși pot fi interesante și originale, nu sunt productive datorită tahipsihiei și deteriorării de organizare a proceselor mentale orientate spre un scop. Subiectul trăiește cu evidență o convingere fermă, într-o crescută capacitate și valoare.

Motricitatea și comportamentul dezinhibat, expansiv și derulat rapid, reprezintă o arie simptomatică dintre cele mai specifice maniei. Pacientul nu stă locului, se mișcă mereu; uneori și viteza derulării motricității e mai rapidă; el reacționează prompt, dar fără suficientă deliberare. Nivelul activității cu scop (profesional, școlar) crește în faza inițială; subiectul are multe planuri și se

angajează în activități riscante. Se poate ajunge la agitație maniacală. În hipomanie performanțele pot efectiv crește un timp, la fel ca și creativitatea. Pentru ca ulterior ele să se deterioreze.

Dezinhibiția și viteza crescută se constată și la nivel ideo verbal, arie simptomatică ce e de asemenea caracteristică. Vorbirea poate fi crescută cantitativ, având și o derulare rapidă (= logoree, tahifemie). La fel e și “presiunea gândirii”, constând din resimțirea unei ideții care se impune cu rapiditate în fundalul cursului ideativ. Pacientul își face multiple planuri de acțiune, imediate sau de viitor. Dar el se simte mobilizat uneori și să producă poezii sau diverse texte literare, eventual științifice, producția ideatică fiind tot mai amplă.

Comportamentul prosocial este și el caracteristic, mai ales pentru mania euforică. Subiectul contactează spontan pe oricine întâlnește, pe necunoscuți, fiind lipsit de reticențe. Intră ușor în conversație cu primul venit, nu are secrete, nu respectă conveniențele sociale și ierarhiile. Buna sa dispoziție e contaminantă. În conversație poate fi distractiv, spune glume, recită poezii, cântece, etc. În varianta disforic iritabilă, maniactalul se manifestă tot prosocial, dar reacționând fără suficientă deliberare, ostil; și ajungând mereu la dispute și confruntări cu ceilalți. Hipersociabilitatea gregară, cu un comportament similar celui din timpul petrecerilor sărbătorești dezlănțuite, este o tradițională caracteristică a comportamentului maniactal; ea e marginalizată însă în DSM-5, care pune accentul pe dezinhibiția din activitate. (Chenar 40).

Dispoziția afectivă euforică, furorul și elția. Dispoziția afectivă pozitivă, euforică, a fost considerată mult timp, în secolul XX o caracteristică de bază a stării maniacale. Totuși tradiția patologiei maniacale a consemnat încă din antichitate – și pe tot parcursul modernității – și “furorul maniactal”, mania agitată și violentă, combativă, a nebunului ce lovește nediscriminativ pe oricine din jur. Chiar dacă se lasă la o parte mania delirantă paranoidă, tradiția culturală trimite și

spre derivarea maniei agitate din dispoziția externalizată a confruntării beligerante ritualice. Aceasta se originează în tradiția luptătorilor ce se identificau cu un animal carnasier agresiv totemic (lup, urs, leopard etc.). Sau a celor ce optau pentru războiul sfânt, luptându-se până erau omorâți.( ). În ambele aceste cazuri tradiționale, se cere reținută poziționarea subiectului la un rang superior, spiritual, deasupra condiției muritorilor de rând. Pentru varianta tradițională de manie furioasă se folosește în ultimele decenii trimiterea la dispoziția iritabil disforic combativă.

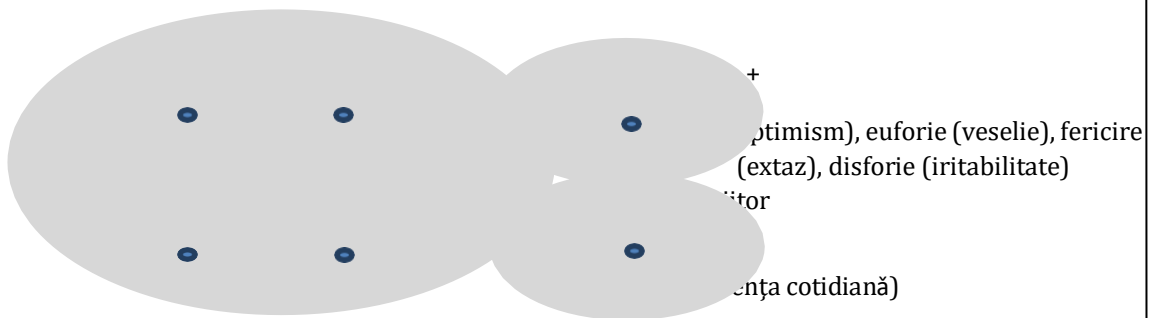
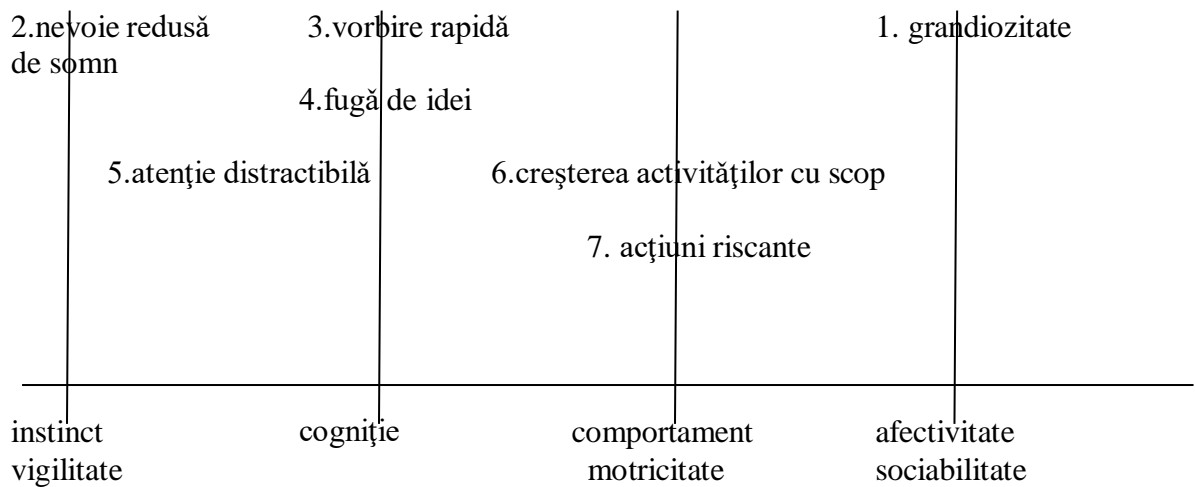
Starea dispozițională specifică ce s-a impus în comentariile psihopatologice din ultimele decenii, mai ales după DSM-III, este totuși cea a “elației”, cu referire la dispoziția expansiv realizatoare, de angajare în produceri efective; cu sentimentul de a putea realiza lucruri de excepție, eventual „orice”. Această elație dispozițională e susținută de dezinhibiția ergică și de tahipsihie, bazându-se pe proiecte de acțiune, de realizare și creație deosebite; toate sub semnul optimismului și a încrederii în sine. Pe această linie se plasează și multiplele proiecte pe care maniacalul le inițiază, angajarea sa în acțiuni riscante; dar și creativitatea.

În afara variantelor de elație realizatoare și disforice, tradiția mai trimite la dispoziția de hipersociabilitate veselă, euforică, menționată de la început. Ea include nu doar tonusul pozitiv al încrederii în sine ergice, ci și buna dispoziție și veselia de tipul petrecerilor sărbătorești ce urmează succeselor, victoriilor, aniversărilor; sau a celor de tip carnavalesc de la sfârșitul anului, însoțite de spectacole de comedie, circ, dans, pantomimă etc. E vorba de o dispoziție euforică contaminantă social, care reduce diferențierile sociale, însoțindu-se cu dezinhibiție instinctivă (alimentație bogată, alcool), cântece, dans, glume, râs, voie bună. În manie, această stare dispozițională euforică marcat prosocială, e nu doar nejustificată; ci și excesivă și prelungită, ajungând să epuizeze subiectul. La nivel hipomaniacal, tradiționalul bufon se înscrie și el în această linie.

Direcțiile dispozițional afective menționate - ce pot sta la baza unor forme clinice aparte de manie - se pot deseori combina. Esențial e faptul că toate au la bază activarea unei schemei formale de tip externalizat (dezinhibiție expansivă, cu tahipsihie ergică și prosocială, cu proiecție în viitor);centrată de o permanentă autovalorizare pozitivă, cu autoapreciere și încredere în sine crescută; care plasează subiectul în centrul evenimentelor trăite, cu sentimentul că le domină; și cu minimalizarea valorii și puterii celorlalți.

### Mania în DSM-5 și tulburările formale

În acest manual diagnosticul episodului maniacal se încadrează în modelul derivat din tulburările formale nucleare( Chenar )



---

Iar anormalitatea dispoziției afective din manie se însoțește și de o „desituationalizare”, prin proiectarea maniacalului într-un viitorul imediat, cu neglijarea trecutului și minimalizarea datelor prezente.

Dispoziția maniacală se manifestă prin perioade, prin ”episoade” delimitate în timp, pe parcursul cărora subiectul pare a fi „mutat” pe o orbită de funcționare aparte, expansiv externalizată. Un episod maniacal persistă continuu o perioadă apreciabilă de timp, peste o săptămână, uneori luni de zile. În acest timp subiectul nu mai e conectat și sensibil la variatele evenimente situaționale. El e lipsit și de modularea afectivă pe care o induc stările emotive curente, care exprimă reacția subiectului la semnificația evenimentelor trăite. În plus, relaționarea interpersonală devine uniformă, într-o variantă de raportare publică, superficială; cu aplatizarea sau ștergerea modalităților diferențiate și intime de raportare, inclusiv de rezonanță afectivă reciprocă. Dispoziția maniacală, cea de relație euforică sau cea disforică, simplifică la maximum bogăția nuanțelor de trăiri afective ale persoanei.

Aceste episoade, de diverse intensități și forme clinice, au o evoluție recurentă, uneori ciclică; eventual în alternanță cu cele depressive.

### **1. Episodul hipomanacal**

Episodul Hipoman e comentat ( în DSM-5) ca prezentând aceleași simptome ca și Ep. Maniacal, dar cu durată mai scurtă și manifestare mai puțin intensă; astfel încât subiectul își menține funcționarea în roluri sociale, chiar dacă ”cu probleme”.

Un aspect aparte al stării hipomaniacale este că, pe parcursul ei subiectul poate fi uneori realmente performant în unele direcții, are succes și se simte bine. Astfel:

- Marcat de elatie, hipomaniacalul se poate manifesta pozitiv în acțiuni realizatoare, el având:

- planuri îndrăznețe, optimism, decizii ușoare
- acționează ergic, ,capabil de efort crescut, fără oboseală (la somn puțin)
- funcțiile cognitive sunt pozitive și performante: atenție + ( dar uneori prea distractibilă); - estezie+; -percepție+(pregnantă, cu detalii); -memorie+; - asociații ideatice+ ( dar cu tendință la accelerare, spre fugă de idei)
- vorbire fluentă, uneori convingătoare, angrenantă ( dar și logoree)
- sociabilitate +... contact ușor cu alții, ce pot fi antrenați în cooperare, ...contaminarea altora pentru o acțiune colectivă participativă,.. redusă reticență în negocierea cu cei din poziții ierarhice superioare...
- îndrăzneală+;... acțiuni riscante ( pe care nu oricine le acceptă), ...combativitate+;... forță de luptă în condiții dificile .
- creativitatea ( mai ales artistică) poate fi crescută
- PROBLEME: - planuri multiple(prea multe)...proiecte și acțiuni riscante (condus periculos, investiții fără asigurări..)....inițiatives fanteziste...cheltuelii multiple...

-Desinhibiție erotică, cu creșterea performanțelor în domeniu;...creșterea interesului și performanțelor erotice;

- contact interpersonal ușor, empatic euforizant ( cu transmiterea bunei dispoziții);

- dispar inhibițiile; .-comportament distractiv, umor, cheltuire de bani, consum de alcool și droguri; - atmosferă intimă promiscuă; - aventuri erotice multiple,... PROBLEME: relații erotice extraconjugale.....riscante,.. scandaluri,..contactrea de boli venrice...viață desorganizată ..etc.

#### -Veselia sărbătorească:

- În viața socială există și sărbători, pe parcursul cărora comportamentul persoanelor este desinhibat, deosebit față de comportamentul ordonat și realizat cu efort, specific activităților productiv performante; stilul comportamentului sărbătorec poate fi regăsit în unele stări hipomane, prin:

- Desinhibiție prosocială, gregară, instinctiv alimentară ( mâncare multă, alcool și droguri), desinhibiție socială și sexuală, cu angrenarea în comportamente de petrecere: cântec, dans , glume, satiră, umor, veselie petrecăreață ( “ de chef”).

Unele persoane sunt d.p.d.v. temperamental-caracterial, mai predispuse spre o existență cu sociabilitate superficială, de angrenare într-o viață cu frecvente episoade de tip “petrecere”( modelul Flasstaff).

#### -Raportarea la stările maladive.

În raport cu episoadele depresive, care scad rezistență biopsihică în față bolilor, accentuând durerea și unele simptome maladive, cultivând orientarea spre suferință și moarte, episoadele maniacale cresc tonusul vital, nivelul ergic și expansiv, tendința spre manifestări tonice și creative, specifice omului sănătos. Deseori durerea se reduce și crește interesul pentru vindecare.

Există însă probleme de sănătate pe care și hipomania le favorizează. Astfel, prea multă inițiativă și acțiune depășește de multe ori prescripțiile medicale de protecție; iar disciplina de a urma recomandările medicale poate fi ignorată, în aria efortului, regimului alimentar etc. În cazul bipolarității, trecerea brusca de la hipoanie la depresie, poate favoriza suicidul.

Episoadele hipomaniacale pot ameliora unele stări psihopatologice, mai ales din aria internalizată, cum ar fi tb. anxios fobice, obsesiv compulsive. Impusivitatea, explozivitatea, comportamentul agresiv, provocator și delictual, adicțiile, pot fi deasemenea favorizate.

Episodul hipomaniacal e de obicei plăcut, reamintit pozitiv și redorit de către subiect...care îl resimte ca un moment pozitiv al biografiei sale ( în care “a realizat ceva”,.. “a avut succes” .... “s-a simțit bine”,...” a fost fericit” .....” a fost apreciat” ...). De aceea, pacientul e tentat deseori să întrerupă tratamentul stabilizator timic....și să se complacă în perioada în care un nou episod maniacal reîncepe. În consecință:

Pacientul bipolar trebuie învățat ( prin psihopedagogie) să fie atent la simptomele care indică o eventuală recădere maniacală: - energie crescută în lipsa somnului.....cheltuieli excesive....inițiative multiple....vorbit și sociabilitate mult deasupra firii obișnuite...etc.

## 2. Temperamentul hipertim

În ultimele decenii, problematica patologiei dispoziționale bipolare ( și monopolare) a fost abordată prin perspectiva “spectrului maladiv”, care ține cont, în afara epuizărilor clinice și subclinice diagnosticabile, de o serie de :

- Comorbidități psihiatrice și somatice predilecte; prezența unei patologii psihiatrice afective la rudele de gradul I; și
- Manifestări ( la nivelul pacientului) temperamentale, hobbyuri, profesii preferate, comportamente particulare ( adicție, conflictualitate, tentative suicidare, infracționalitate, patologii somatice aparte etc.)
- În acest context s-a studiat la patologia Bipolară ( și Monopolar Depresivă) și prezența ( pe pacient și relații) a unor temperamente afective particulare: hipertim, depresiv, ciclotim,

Temperamentul Hipertim, în circumscrierea lui Akiskal, e următorul:

”Persoane care prezintă constant un nivel crescut de energie și nevoie redusă de somn, asertivi, predispuși spre contestare, ce prezintă constant (cel puțin 5) din următoarele caracteristici: are o dispoziție veselă, e optimist sau exuberant/iritabil; încrezător în sine, cu o bună părere despre sine, uneori grandiozitate; plin de planuri, uneori nechibzuit sau impulsiv; vorbește mult; sociabil, exuberant, hiperimplicat; neinhibat, caută stimularea, uneori promiscuu”.

Temperamentul hipertim, prin unele dintre caracteristicile sale, amintește de profesia ce a existat în societatea de la începutul Renașterii, cea a „bufonului regelui:

Chenar 54

### **Bufonul, carnavalul și comedia**

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

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

În Europa din jurul Renașterii a existat obiceiul ca orașele să angajeze câte un “nebun” (bufon) a cărui sarcină principală era să anime sărbătorile de tip carnavalesc. El deschidea de obicei alaiul procesiunii făcând tumbe și grimase, aruncând vorbe de duh, inducând o atmosferă veselă, de “joacă” și distracție; iar în urma sa veneau episcopii, preoții, notabilitățile. Sărbătoarea era astfel pusă de la început sub semnul neobișnuitului, a “ne-seriosului”, a glumei și petrecerii; în acest cadru variatele manifestări ale petrecerii se desfășurau ca distracții, într-un univers paralel cu cel al seriozității muncii. Unele burguri aveau angajați “nebuni” permanenți, comunele și breslele îi angajau pentru câte un eveniment determinat. Bufonii moșteneau uneori meseria din tată în fiu. Dar se puteau califica pentru această funcție personale de diverse meserii, angajându-se apoi printr-un fel de concurs. La curțile nobililor și regilor meseria de nebun era de obicei bine retribuită, căi “fișă postului” cerea multe calități și competențe.

Bufonul trebuia să fie în permanență bine dispus și să inducă și altora buna dispoziție. El trebuia să știe glume, să improvizeze satire și poezioare, să reproducă citate din opere celebre, fapt ce presupunea o amplă cultură literară. Bufonul făcea mășcării, distra societatea și..era singurul care putea spune regelui adevărul drept în față.

Sărbătorile de tip carnavalesc patronate de bufoni, favorizau manifestările exteriorizate ale spectacolelor cu atmosferă veselă a bunei dispoziții și a râsului, a glumelor și a comediei. Se știe că în Grecia, comedia a derivat din tragedie, ce a luat naștere și ea din sărbătoarea de primăvară a Marilor Dyonisiace. Satyra romană se naște și ea în marginea unor sărbători vesele de primăvară și a cultului falic. Satyra, la fel ca și comedia greacă, s-a dezvoltat și din prezentarea caricaturală a unor defecte caracteriale, ce inferiorizează anumite persoane plasându-le în zona “râsului de batjocură”. Se îngemănează la acest nivel cele două funcții majore ale râsului: cel de consonanță solidară a oamenilor veseli, ce petrec dezinhibat social; și cel de inferiorizare critică a celor ce merită “făcuți de rușine”.

Mania în varianta sa euforică preia moștenirea dispozițională pozitivă a sărbătorilor carnavalești, inclusiv propensiunea ludică spre glume și râs.

### **3. Mania delirantă.**

Dincolo de trăirea, comportamentul și expresivitatea specifică stărilor maniacale și depresive standard, acestea se pot manifesta și prin convingeri delirante congruente, ce au în centru o autovalorizare megalomană sau o autodeprecieri culpabilă excesivă. Maniacul cu delir congruent e convins că e un personaj excepțional care ocupă - sau va ocupa – poziții speciale în societate, urmând să transforme spre bine lumea în care trăiește. Se cere însă ca delirul maniacal să fie cu grijă circumscriș și caracterizat, pentru a-l diferenția de simpla trăire de autovalorizare megalomană excesivă, prin care subiectul se resimte puternic, capabil de a realiza lucruri deosebite. Această crescută încredere în sine și buna părere despre propriile forțe și capacități, se exprimă de obicei nemijlocită în planuri și acțiuni hazardate; în care pacientul se lansează efectiv, riscant și fără prea multe deliberări. El cheltuie mulți bani fiind convins că-i va recupera, contractează variate angajamente, se angrenează excesiv în jocuri de noroc sau în aventuri romantice, conduce mașina periculos, etc.

### Delir de grandiozitate maniacală

1. O femeie de 32 ani, după o ușoară stare de retragere depresivă dezvoltă (1985) convingeri delirante de grandiozitate. Este probabil nepoata Regelui Mihai, e spioană internațională dar colaborează în special cu Uniunea Sovietică unde ocupă locul doi în ierarhia politică. I se cer sfaturi prin telepatie...se simte protejată de puterile străine, în gând i s-a spus că a primit toate decorațiile din URSS în afară de cea mai înaltă, pe care a văzut-o însă în gând, colorată, frumoasă, atrăgătoare...I se cer sfaturi în numele omenirii, este chemată într-o rezervație cu trei cercuri unde va avea ce-și va dori pentru serviciile pe care le face omenirii. În perioada delirantă prezintă buna dispoziție și o deschidere spre sociabilitate dar nu tahipsihice dezinhibată, deranjantă, comportament perturbant sau planuri de acțiune fanteziste.
2. Un bărbat de 33 ani dezvoltă în trei luni idei de grandiozitate însoțite de comportament bizar. E convins că are o nouă identitate, inspirat fiind din literatura istorică. El este sufletul bun al lui Napoleon căruia îi va purta uniforma și în numele căruia va vorbi...Sufletul său cu multe învelișuri e genial, el e omul poporului, un sfânt, are misiunea de a uni biserica catolică cu cea ortodoxă pentru a se închina omenirea la răsărit. Refuză alimentația și obligă familia să facă la fel, pentru a se purifica și devin ființe superioare...logoree, recită poezii. Evoluează cu multiple internări ulterioare cu episoade maniacale, depresive și delirante.
3. O femeie de 28 ani intră în 2 luni într-o stare maniacală delirantă. Se simte trimisa lui Dumnezeu pe pământ, acesta a înzestrat-o cu puteri deosebite. Poate prevedea viitorul, fapt ce-l exemplifică prin viitoarele acțiuni ale conducătorilor țării în relație cu președintele SUA în diverse scenarii... »Dumnezeu vorbește prin vocea mea și acționează prin mine «...se simte asemenea Fecioarei Maria.
4. O tânără de 19 ani se internează cu un episod maniacal însoțit de trăiri mistice. Debutul îl descrie astfel : « am început să mă simt puternică și fericită, toate gândurile din trecut îmi veneau în minte..nu erau gândurile mele....mintea mea nu le putea aduce așa de rapid...vocea îngerului o auzeam în cap....Domnul îmi știa toate gândurile căci El le știa pe toate, oamenii știu doar o parte.
5. Evoluția ulterioară e cu episoade maniacale, depresive și delirante.

Condiția delirantă începe din momentul în care subiectul se resimte și se afirmă ca personaj dintr-un scenariu narativ aparte, aberant, în care crede și cu care se identifică; plasându-se într-o altă lume, fictivă, diferită de cea ambientală. Dacă autoevaluarea pozitivă e o caracteristică specifică pentru delirul congruent maniacial ce se dezvoltă pe fondul dezinhibiției expansive, se cere subliniat că ideația de grandiozitate nu se întâlnește doar în manie. Ea se poate dezvolta și pornindu-se de la o personalitate narcisistă, care are o foarte bună părere despre sine (pe care o pretinde și celorlalți). Iar psihopatologii fenomenologi (e.g. Parnas, în scala EASE ) au subliniat că idei de grandiozitate solipsistă pot apare și în fantazările unor persoane cu depersonalizare autistă, ce evoluează în direcția schizofreniei..

Deseori, maniacialul delirant, încrezător în forțele și capacitățile sale, se transpune imaginativ în condiția unui om care va câștiga mulți bani, sau va avea realizări deosebite. De exemplu:

X1 afirmă că a început să-și scrie memoriile care vor cuprinde 10 volume; iar din vânzarea acestora va câștiga 10 milioane de dolari, cu care va cumpăra și reamenaja clinica în care e internat.

X2 e convins că va fi ales președinte al Băncii Mondiale și prin reforma pe care o va introduce, va scăpa omenirea de o mare criză economică.

X3 transmite celorlalți că are în minte un plan de reorganizare a economiei naționale, astfel încât România va depăși din punct de vedere economic Japonia.

În cele trei situații menționate mai sus, autovalorizarea pozitivă nu constă doar într-un sentiment de capacitate și încredere în sine crescută, care să ducă la angajarea în acțiuni extravagante ce se derulează aici și acum; ci, subiectul se transpune în ipostaza unui personaj dintr-un scenariu fictiv, în care el va realiza transactual, posibil în viitor, lucruri excepționale, pe o scenă transsituațională. Această plasare excentrică față de circumstanțialitate, e echivalentă cu mutarea

într-o lume fictivă. În care el devine un personaj special ca poziție, valoare, capacități, acțiuni; toate, ipostaziate într-un rol cu rang excepțional. Important pentru condiția delirantă e faptul că subiectul își asumă o nouă condiție identitară, într-o lume diferită de cea cutumieră. „Lume delirantă” care este solidară cu narativitatea culturală a miturilor, legendelor, epopelor, dramelor, romanelor; și în care pot ființa personaje importante ale societății contemporane sau ale istoriei, eroi fictivi, supranaturali.

În prezent ICD-11 (Draft 2018) acordă o importanță deosebită tulburărilor dispoziționale (maniacale și depresive) cu simptome psihotice (delirant halucinatorii), ca o patologie distinctă de cea schizo-afectivă. Și fără a mai diferenția, ca în trecut, între delirul congruent și cel incongruent (care tradițional era considerat cel paranoid). În perspectivă psihopatologică această ultimă diferențiere necesită însă atenție și o adecvată analiză.

Comparând delirurile dispoziționale congruente – de grandiozitate pentru manie și autodeprecieri pentru depresie – cu cel paranoid, primul aspect important ce se impune, e că ele plasează relaționarea interpersonală în plan secund în raport cu autovalorizarea. Pentru depresie faptul e ușor de sesizat intuitiv, pentru că pacientul, marcat de retragerea sa socială și autodevalorizare, se repliază pe sine, pe propriul trecut vinovat, detașându-se de alții. El se simte lipsit de valoare și calități, un om care nu mai merită să trăiască, care așteaptă, dorește sau chiar își provoacă moartea. Autoizolarea în care se transpune depresivul delirant rupe ea însăși orice legături cu alții. În delirul congruent maniacal de grandiozitate însă, subiectul, care e fascinat de valoarea și capacitățile sale excepționale, nu mai coboară până la problemele celor din jur; de care, prin poziția sa de superioritate e dezinteresat. Raportarea sa la alții e cel mult generică; el poate considera că face, prin acțiunile sale, un bine întregii colectivități, întregii omeniri. Totuși, asumându-și unele roluri de personaj important – de ex. de spion, superpolitician, geniu –

subiectul concepe integrarea sa intr-o instanța specială, alături de alte personalități sau personaje importante : președinți de stat, șefi de organizație, polițieni, personalități istorice, cu care intră în familiaritate. Astfel, delirantul maniacoal devine copilul lui Ștefan cel Mare, întruchiparea spiritului lui Napoleon, reîncarnarea lui Alexandru Machedon etc. Întreagă această relaționare se desfășoară însă într-o realitate fictivă. Un aspect aparte îl reprezintă delirul maniacoal cu tematică religioasă, în care subiectul se simte un apropiat al ființelor divine, care-i transmit mesaje și sarcini de rezolvat; și care, uneori, îi și manevrează gândurile și acțiunile. Iar această apropiere poate evalua până la intimitatea unei interpătrunderi transpersonalizante, subiectul resimțind că ființele divine îi împrumuta vocea pentru a se adresa oamenilor.

O cu totul altă situație întâlnim în delirul cu tematică paranoidă, de atitudine ostilă și manipulativă din partea altora; care, de obicei se corelează cu o dispoziție afectivă anxios disforică. Acest proces se plasează în mijlocul universului relațional uman, desfășurat între zona intimă și cea publică, subiectul resimțindu-se ”în centrul” atenției celorlalți. Suspiciunea și convingerea paranoidă, a unei atitudini ostile, se poate referi la persoanele familiale, la vecini, la colegi. Dar și la cele oficiale; sau la instituțiile cu care subiectul vine în contact, la diverse organizații sau instituții internaționale (mafie, servicii de spionaj etc.); trecând spre personajele politico istorice și cele supranaturale, extraterestri, spirite, divinitate. Acest evantai larg al relaționărilor pe care paranoia îl cuprinde, explică și de ce în cadrul acestui sindrom se manifestă pregnant sentimentul supravegherii, urmării, controlului; iar în final, se ajunge și la fenomene de transparență influență.

În măsura în care condiția delirantă dispozițională - de autodeprecieri, vinovăție, negare în depresie și de megalomanie, de grandiozitate din manie – se mixtează cu psihopatologia din aria delirului paranoid, devin posibile și

simptomele relaționale de supraveghere, de transparență influență și halucinații auditive comentative. Astfel de probleme presupun însă mutarea fermă în zona orbitei psihotiforme.