

TULBURĂRILE INTERNALIZATE ANXIOS FOBICE

2.1. Tulburările internalizate anxios fobice și stările dispoziționale ale omului (DESCRIEREA SD ANXIOS FOBICE pg 16-28)

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

Ilustrative pentru tulburările externalizate ar putea fi considerate cele cuprinse în Cap 13 din DSM-5, care se referă la **Tulburările disruptiv impulsive ale copilului și adultului**, incluzând și **tulburările de conduită ale adolescentului și personalitatea antisocială a adultului**; acestea vor fi comentate în capitolul următor. Iar pentru cele internalizate, edificatoare pot fi considerate tulburările anxios fobice, depresive și obsesiv compulsive. Vom începe în acest capitol comentarea celor zece mari grupaje sindroamatică cu patologia anxios fobică. Atât psihopatologia iritabil

conflictuală cât și cea anxios fobică – eventual corelate unor personalități aparte - afectează persoana într-o modalitate care o menține între parametrii vieții cotidiene; și nu perturbă structura identitară profundă ce se articulează cu instanța supraindividuală a teoreticului cultural, ca în psihoza delirantă.

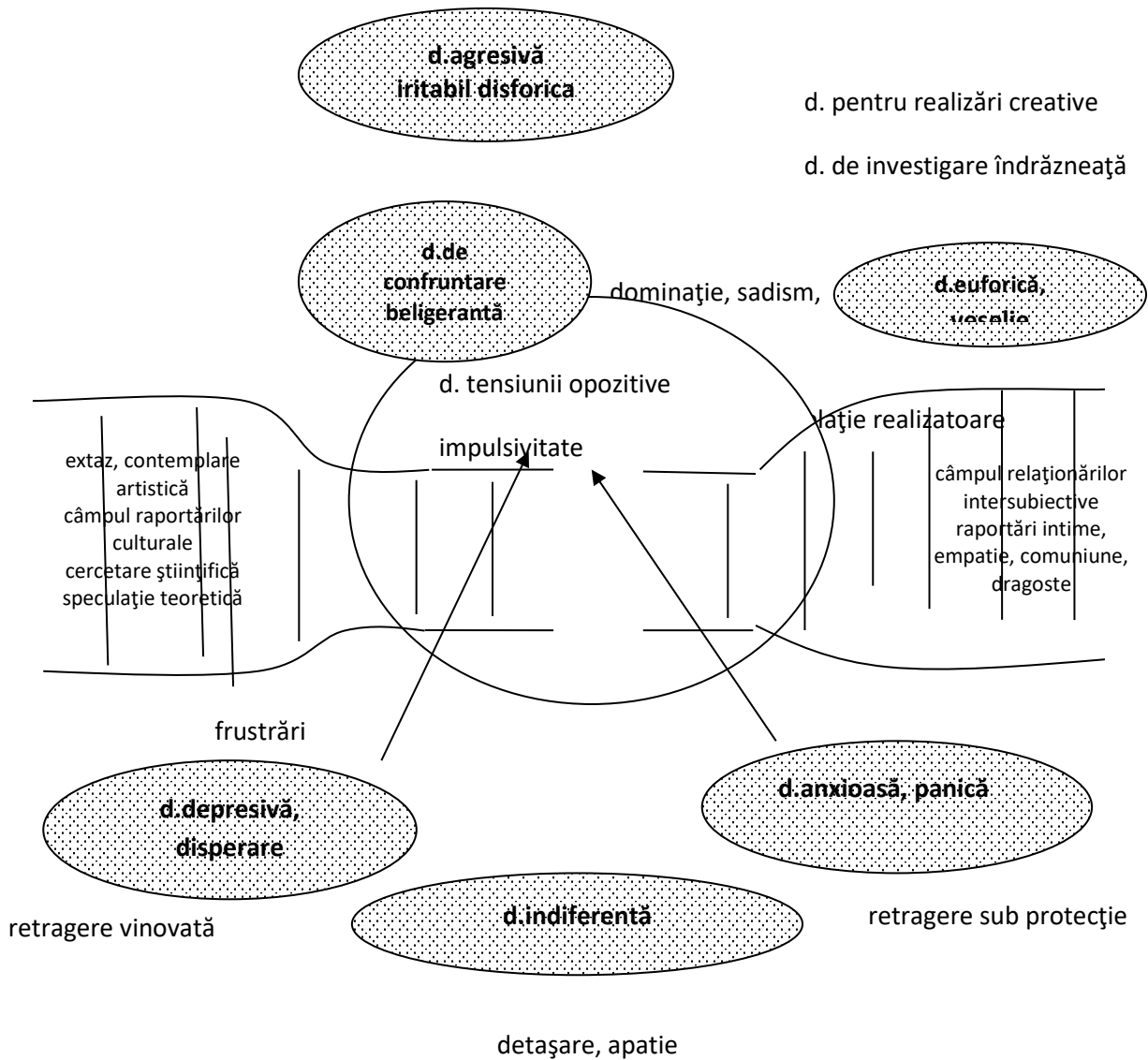
Pentru tulburările anxios fobice raportarea la echivalentul lor în normalitate nu e dificilă, ea fiind intuitivă. Starea anxioasă este o dispoziție afectivă („stimmung în germană, „mood” în engleză, „humeur” în franceză) în care subiectul resimte iminența unui pericol, posibil dar nedefinit (ca loc,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

Dispoziția anxioasă și fobică a omului poate fi raportată la conduite psiho-biologice reactiv adaptative. A fost deja invocată în **Introducere** starea de alertă tensionată ce o poate trăi animalul când ajunge în teritorii necunoscute, potențial periculoase. La fel și omul poate trăi o stare de anxietate atunci când străbate o țară străină, dușmănoasă, a cărui teritoriu și limbă nu o cunoaște. Sau, când se rătăcește într-o pădure în care îl prinde înserarea, în apropiere putând fi lupi și urși. Iar dacă percepe un dușman sau un lup apropiindu-se, îl invadează frica și încearcă să se ascundă. Desigur, dispoziția anxios fobică poate fi prezentă, în plan secund, și în împrejurarea confruntării directe cu un adversar, pe viață și pe moarte; caz în care ea

dublează dispoziția expansiv beligerantă prin care subiectul abordează acum predominant situație. Exemplele invocate sugerează o trimitere spre manifestări comportamentale dispoziționale umane reactiv adaptative, similare cu cele din biologie. Pentru om anxietatea și frica au, desigur, un larg câmp de raportare la contextele lumii sale specifice. Dar ele rămân tot timpul, în esența lor, reacții și dispoziții afective cu sens adaptativ, în care subiectul actualizează un mod determinat și specific de raportare față de situații potențial periculoase și insuficient controlabile. Persoana umană poate trăi efectiv stări anxioase fobice, deoarece ea le are între disponibilitățile sale constitutive de manifestare.

Stările dispoziționale umane sunt multiple și variate. (Chenar 13). Astfel, a fost deja menționată dispoziția iritabilă, agresiv combativă; care se poate manifesta la oamenii curajoși și fără nici-un acompaniament anxios fobic. Apoi, succesul în confruntare induce de obicei o stare dispozițională pozitivă, de mândrie, autoevaluare pozitivă și încredere în sine; ce se poate dezvolta în dispoziția euforic prosocială și petrecăreață a sărbătoririi victoriei. Sau, în urma înfrângerii, se poate actualiza și instala o stare dispozițională (afectivă) depresivă, pe parcursul căreia subiectul se retrage social, inhibat și repliat pe trecut, pentru reculegere, refacere și reorganizarea proiectelor. În continuare, poate fi menționată dispoziția comportamentală investigatorie, susținută de curiozitate și îndrăzneală, prin care subiectul explorează variate domenii necunoscute ale lumii sale. Și la fel, dispoziția ergică pentru o muncă realizatoare performantă, de excepție, creativă. Dar omul poate trăi și episoade în care se simte „prost dispus” sau „fără chef”, „anergic” lipsit de o dispoziție necesară pentru muncă și efort. Variate sunt și stările dispoziționale în cadrul raportărilor interpersonale directe; uneori suspicioase sau combative, altele punându-se în joc o sociabilitate

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



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

crescută dar superficială, care facilitează relaționarea la reuniuni publice diverse. Sunt desigur și împrejurări în care raportarea se realizează printr-o deschidere dispozițională receptantă față de altul, în direcția unei apropierii sufletești; a cunoașterii reciproce tot mai intime, tinzând spre colaborare și comuniune. Ori, printr-o raportare interpersonală marcată de dominare și manipulare; sau de sumisiune etc.

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

Dispoziția anxios fobică se actualizează deci, când subiectul se resimte plasat într-o situație periculoasă și poziționat într-o condiție de vulnerabilitate accentuată, lipsit de un sprijin adecvat; aflat în fața unor foarte probabile amenințării sau agresiuni, ce au în vedere deposedarea, lezarea sau

anihilarea sa. Motiv pentru care el intră în tensiune; și se orientează spre evitare, protecție și susținere din partea altora. Alta e, desigur, atitudinea - poziționarea atitudinală - a subiectului în cazul actualizării unei dispoziții depresive, de obicei în urma trăirii unei semnificații de pierdere. El se poziționează acum într-o atitudine de retragere inhibată, repliat pe sine, în vederea reculegerii, bilanțului și reorganizării. În consecință el va fi puțin atent la ambianță; pe când anxiosul e dimpotrivă, hipervigil, atent în jur la orice informație nouă. O poziționare atitudinală specifică, dar apropiată de anxietate e prezentă și într-o conduită susținută de o dispoziție investigatorie, în care subiectul cercetează un teritoriu necunoscut, în care știe că va întâmpina multe necunoscute, posibil și pericole. La fel ca în anxietate subiectul trăiește acum cu intensitate un prezent deschis spre un viitor imediat. O tensiune situațională până la un punct similară întâlnim într-un proces creativ, în care întâlnirea cu noul e definitorie. Sau chiar într-o situație de confruntare și luptă, în care toate detaliile prezentului sunt vital importante. De altfel, dispoziția confruntării beligerante și cea anxioasă se pot întrețese firesc. Deși, sunt și împrejurări în care un agresor intră furibund în luptă, disperare, dincolo de orice anxietate anticipatorie.

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

2.2. Tulburările anxios fobice în perspectiva clinicii psihiatrice.

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

Tulburarea de anxietate generalizată (A.G.) constă dintr-o stare de excesivă și continuă aprehensiune că se va întâmpla "ceva rău", de îngrijorare („worry”), ce se menține peste 6 luni inducând deficiență în funcționare și suferință (distress). Ea se obiectivează prin: neliniște psihomotorie, iritabilitate, tensiune musculară cu tresăriri, atenție mobilă cu dificultăți de concentrare, stare de rău vesperal cu dificultăți de adormire și coșmaruri, tulburări neurovegetative (tahicardie, extrasistole, transpirații, hiperpnee, reacții cutanate, balonări, eructații, micțiuni frecvente, uscarea gurii, amețeli, încheșoșarea vederii, vertij, ceneștopatii, algii); subiectul e preocupat de sănătatea sa, nu poate sta singur. Expresivitatea e caracteristică. **Atacul de panică (A.P.)** e o manifestare paroxistică ce se instalează brusc și durează câteva minute, mai rar zeci de minute. Subiectul resimte un sentiment al morții iminente, solicită dramatic prezența altora și ajutor medical; sau, are sentimentul că își pierde mințile sau vertij și cădere în gol . Tot brusc se instalează tulburări neurovegetative intense (palpitații, tahicardie pronunțată cu posibilă creștere a tensiunii arteriale, transpirații profuze, tremor, dispnee, senzație de sufocare, greață, vertij, frisoare, pareștezii, dureri).Pacientul care a avut cel puțin un atac de panică e predispus la anxietate anticipativă.

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

intervenții dentare, medicamente, sânge); fobiile spațiale : de înălțime, de adâncime – (batofobia), de locuri înguste din care nu se poate ieși ușor, inclusiv aglomerație – claustrofobia; de spații largi care trebuiesc străbătute fără puncte de sprijin fizic; fobiile de mijloace de transport în comun, ce pot fi aglomerate (autobuz, tren, avion); acestea și fobiile spațiale contribuie la structurarea complexului agorafobic. Anxietatea de separare e comentată în primă instanță ca o tulburare dezvoltată ce constă într-o excesivă frică de separare a copilului de persoana de care e atașat. El anticipează stări de rău în cazul în care protectorul său nu va fi prezent; refuză de a merge singur departe de acesta sau de acasă; uneori nu poate dormi singur noaptea, are coșmaruri privitoare la separare; prezintă acuze somatice când separarea se prefigurează sau se petrece. Mutismul selectiv este o tulburare ce se manifestă în copilărie și constă în lipsa vorbirii în anumite situații specifice în care în mod firesc ar trebui să vorbească (de ex. la școală); deși în alte situații el vorbește. Durata tulburării este de peste 1 an și interferează negativ cu activități educaționale (mutismul selectiv e un fel de echivalent al anxietății sociale în copilărie). Agorafobia constă în dificultatea anxioasă a subiectului de a se deplasa singur în spații publice, departe de casă și de persoanele protectoare, mai ales în zone aglomerate (magazine, piețe, săli de spectacole) și în mijloacele de transport în comun aglomerate. În astfel de împrejurări apar A.P.; cu ulterioară anxietate anticipatorie și conduite de evitare și asigurare (merge doar însoțit de persoane de încredere). Fobia sau anxietatea socială se referă la raportarea printr-o așteptare anxioasă și evitare, a situațiilor în care subiectul urmează să apară public, în fața unor spectatori sau examinatori, care-l privesc atent, evaluativ. În astfel de

situații el se emoționează intens, inhibându-se, roșind și dezvoltând tulburări neurovegetative, cu un sentiment penibil de rușine. Evenimentul odată trăit angrenează conduite de evitare și anxietatea anticipatorie.

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

Anxietatea din psihopatologie e însă mai amplă decât aceste categorii. Ea însoțește frecvent tulburarea internalizată depresivă, tabloul clinic putându-se manifesta cu accent pe fiecare din cele două dispoziții internalizate. Anxietatea fobică e prezentă apoi frecvent în patologia obsesiv compulsivă (TOC), a cărei simptomatologie e dublată de o nesiguranță de fond, însoțită de un hipercontrol global. În TOC se întâlnesc însă și fobii mai particulare, anancaste, ca de ex. cea de contaminare cu microbi. Reacția de stres posttraumatic e și ea intens marcată de anxietate. Apoi, Freud considera că, incertitudinea anxioasă rezultată din conflictul intrapsihic, este însăși motorul central ce susține elaborarea întregii simptomatologii nevrotice.

Cea mai importantă patologie anxios fobică se regăsește însă în delirul paranoid, plasat în centrul orbitei psihotiforme. În acesta, subiectul e convins că alții, sau instituții și organizații, entități supranaturale, intenționează să-i

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

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

2. 3. Anxietatea și frica la animale și om

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

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

atașamentului față de mama protectoare, a cărei imago îl introjectează. Dacă relația de atașament e sigură, copilul explorează cu îndrăzneală noile situații. În varianta anormală a unui atașament fuzional, copilul dependent nu se mai simte însă în siguranță decât în imediata apropiere a mamei; iar orice explorare departe de aceasta îi induce un disconfort anxios, cu neliniște și cu întreaga stare de alertă psihocorporală prezentă și în biologie (= anxietate de separare). Și dincolo de mica copilărie, conduita explorării de către om a unor teritorii necunoscute potențial periculoase e însoțită, prin definiție, de menționata stare de alertă hipervigilă, cu atenție distributivă, punere în tensiune a musculaturii, a organelor receptoare și executive, alerta s.n. vegetativ, metabolism crescut etc. Manifestarea unei astfel de stări de alertă biopsihică în afara situațiilor – de tip exploratoriu - ce justifică așteptarea unui pericol iminent, exprimă simptomatologia anxietății generalizate .

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

Dar instanța supranaturală a zeilor este, în același timp, nu doar una protectoare; ci și una din partea căreia te poți aștepta la sancțiuni. Apoi, însăși structura instituțională supraindividuală a socioculturii, funcționează atât ca protectoare; cât și ca sursă de posibile puniții. Statul și regele, cei plasați în vârful ierarhiei sociale, au puterea de a-i sancționa pe subordonați. Care, în

consecință, se tem de ei; dar așteaptă din partea lor și protecție, sprijin. Sclavul se teme, implicit, de stăpânul care-l are în custodie. Normativitatea legilor pretinde sancțiuni în cazul încălcării lor, astfel încât cetățeanul are a se teme de brațul justiției. Educația se face și ea cu sancțiuni, pozitive și negative.

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

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

Anxietatea fobică a omului e în mare măsură corelată cu configurația relațiilor sale cu alții – care e și ea constant reprezentată în mintea sa -

începând cu atașamentul infantil; și continuând cu rețelele de suport social și comunitățile de sprijin. Iar confruntarea cu alții și gestionarea distanțelor interpersonal sociale joacă un rol important. În mod semnificativ delirul de persecuție paranoid se însoțește de sentimentul accesului nemijlocit al dușmanilor la intimitate. Căci dacă dușmanul s-a apropiat și se află în imediata proximitate, el poate lovi oricând și eficient subiectul, ce nu mai are cum să se protejeze „spațial”; care nu se mai poate ascunde, nu mai are „nicio porțiță de scăpare”. Problematika dispozițională anxios fobică a psihismului persoanei umane se definește, în mare măsură prin disfuncția coordonatelor spațiale ale raportării sale la lume; și în primul rând în planul relațiilor interpersonal sociale.(Chenar 13)

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

Anxietatea paroxistică, angoasa, panica, au fost caracterizate - și în afara psihopatologiei - ca senzații subiective acute ale pierderii autocontrolului și ale iminenței morții. În descrierea acestor trăiri au fost invocate, așa cum s-a amintit, predominant metafore spațiale. De fapt însăși termenul de angoasă și cel de anxietate derivă de la o expresie latină ce trimite spre îngustare. S-au folosit apoi expresii ca: „impresia că pământul fuge de sub picioare....” că

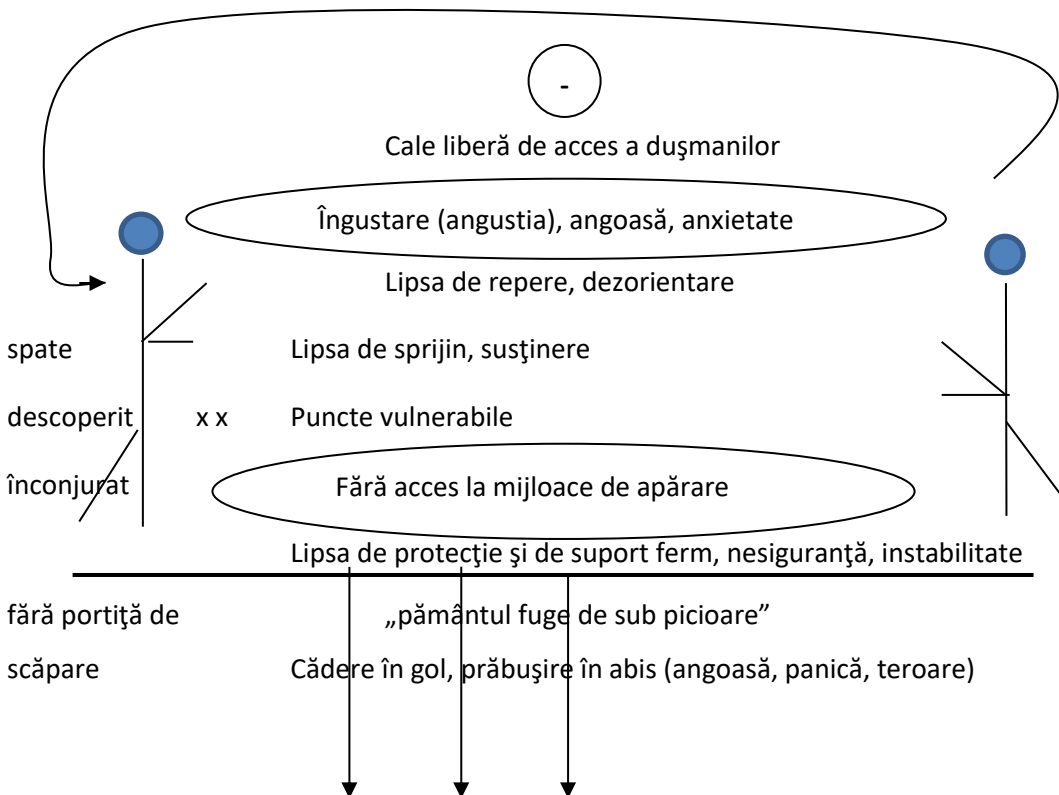
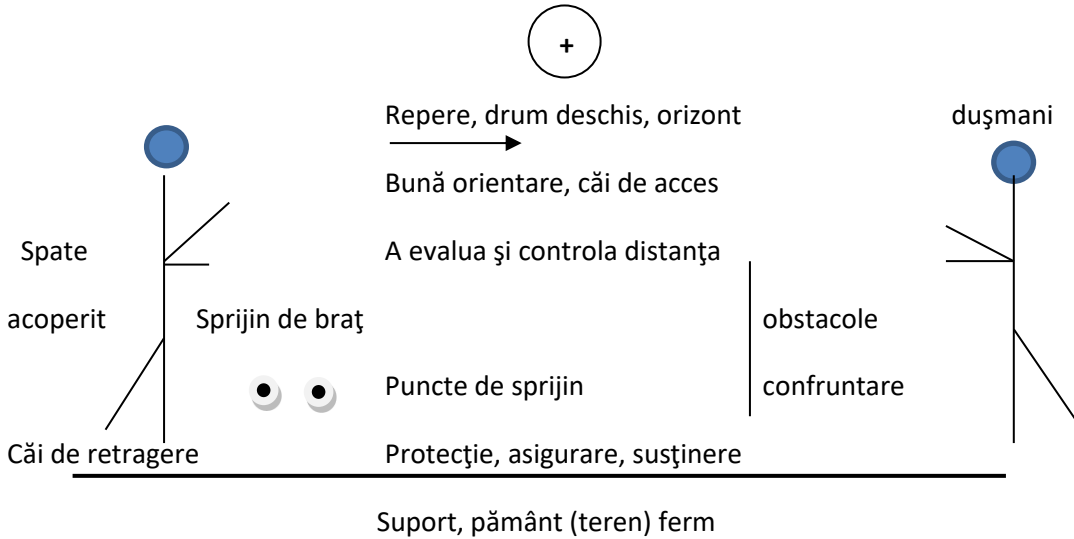
„se taie picioarele”.că „lipsesc punctele de sprijin și reperate”..”sentimentul de prăbușire, de cădere în gol, în abis”. Referințe la spațialitatea lumii trăite se întâlnesc și în unele fobii aflate la limita normalității, cum sunt cele de înălțime, de locuri închise, înguste, fără posibilitate de retragere; sau fobia de spații largi, în lipsa unor puncte de sprijin. Toate acestea pot fi puse în relație și cu condiția spațială verticală a corporalității umane, caracterizată prin stațiunea bipedă și privirea concentrată. În biologie există desigur multiple variante de stațiuni și deplasare, inclusiv cea arboricolă, la maimuțe; dar nu ceva similar celei bipede umane. Pentru om stațiunea verticală are o semnificație cu totul specială, asupra căreia atrăgea atenția Eliade, (Chenar 14) ea fiind corelată cu tema unui centru din care se înalță un ax spre o lume transcendentă, generatoare și protectoare (); ea fiind articulată cu tema stabilității lumii organizate de un centru, din care se înalță.

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

Chenar 13

Metafore spațiale pentru trăirea anxietății

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



Eliade despre poziția verticală a omului și începuturile religiozității

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

Controlul asupra situației, esențial în anxietate, trimite acum la spațialitatea acesteia; la controlul teritoriului, care este deci deosebit de important pentru cel ce se luptă sau trebuie să se ascundă situațional. Când intervine însă condiția ultimă, a pericolului suprem - deși nedefinit - care e pe cale să anihileze prin moarte însăși existența persoanei, trăirea angoasei pune în joc cu preeminență dimensiunea verticală a lumii umane; declanșând vertijul angoasant al căderii în abis. Sau extazul înălțării spre transcendență. În aceste cazuri însă, raportarea la situațiile actuale se estompează, până la dispariție.

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

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

Anxietatea generalizată (AG) se caracterizează prin:- Sentimentul continuu al unui pericol neprecizat, nelocalizat în timp și spațiu, care

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

În perspectiva timpului trăit subiectul se concentrează pe un prezent punctiform, deschis spre un viitor problematic și periculos, nefavorabil. Trecutul nu interesează decât în măsura în care ar putea informa despre eventuale pericole. Viitorul nu poate fi abordat într-o perspectivă îndepărtată. Prezentul nu e bine controlat în orizontul desfășurării activităților firești și a

celor performante; se impune nerăbdarea, lipsa de calm, de așezare liniștită în vederea unei activități sau a contemplării.

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

Din punct de vedere al performanțelor cognitive se constată: -

Atenția este hipermobilă investigatorie, dispersată, cu dificultăți de concentrare și persistență; - Hiperatenție și percepție crescută față de stimuli externi și interni (informații, senzații, percepții) care ar putea fi relevanți pentru evenimente posibil periculoase; - Percepții corporale neplăcute, ceneștopatii, dureri musculare (rezultate din contracția prelungită a unor grupe mușchiulare); - Memoria și imaginația pot fi crescute în raport cu anumite teme posibil relevante pentru un eventual pericol; - Cursul gândirii este segmentat din cauza dificultății de persistență; - Subiectul acordă o semnificație distorsionată, majoră, periculoasă, catastrofică unor informații banale, ca de exemplu palpitațiilor; - Deși e prezentă o stare hipervigilă, randamentul intelectual este de obicei scăzut din cauza dificultăților de concentrare și persistență.

Din punct de vedere comportamental și al expresiei, se constată: -

Neliniște psihomotorie: subiectul nu poate sta într-un loc, își frământă mâinile, își roade unghiile; - Tensiune musculară (tonus muscular crescut, care poate duce la dureri musculare), tresăriri, mioclonii; - Postură încordată,

cu reacție de tresărire la zgomot; - Imposibilitate de relaxare corporală; - Iritabilitate cu hiperreactivitate la stimuli; - Tremor al mâinilor; - Voce tremurată și precipitată.

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

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

Particularități antropologice și psihopatologice ale anxietății

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

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

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

Anxietatea generalizată se poate asocia sau poate fi întreținută de diverse boli somatice cum ar fi hipertirodismul sau hipertensiunea arterială. În perspectivă

psihopatologică, în primul rând se asociază cu atacurile de panică, mai ales ca anxietate anticipatorie sau crize de panică nocturne ce trezesc subiectul din somn. Apoi, cu fobiile, ca stare de fond; cu tulburarea obsesiv compulsivă și cu depresia. Înțelegă ca „dimensiune anxioasă” combinată deseori cu „dimensiunea depresivă” AG se întâlnește în foarte multe stări psihopatologice, inclusiv în cele de dezadaptare și cele condiționate organic cerebral.

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

Atacul de panică

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

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

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

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

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

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

Uscăciunea gurii; - Dificultate de deglutiție; - Roșeață sau paloare a feței; - Dermografism accentuat; - Piloerecție; - Reflexe vii.

A.P. poate fi facilitat de unele suferințe organice generale, endocrine și neurologice. El poate apărea în contextul A.G. (mai ales seara și noaptea), a tulburărilor fobice (la contact cu obiectul fobogen), în depresie (predominant dimineața) și în cadrul altor tulburări psihotice (schizofrenie, tulburare bipolară). Ridică probleme importante de diagnostic diferențial cu suferințe somatice. Dintre tulburările psihice se cere diferențiat de crizele conversive hiperexpresive care se desfășoară în prezența unui public semnificativ, pentru a-l impresiona – și nu doar pentru a cere protecție și siguranță antianxiogenă - și nu prezintă tulburări neurovegetative importante, ci manifestări conversive corporale pe musculatura striată; cele două manifestări se pot însă combina.

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

Tulburările fobice

Fobia psihopatologică poate fi considerată o frică insuficient sau deloc motivată pentru subiect și pentru alții, care e trăită intens, e neadaptativă, induce suferință și perturbă funcționarea normală a subiectului. Fobia, la fel ca frica, este centrată de teme fobogene – obiecte, ființe, situații – care sunt cunoscute de subiect, fiind evitate sau confruntate după ce s-au făcut asigurări (în sensul de a fi protejat, sprijinit de cineva puternic). Aproximarea de situația fobogenă este însoțită de o anxietate anticipativă, cu hipervigilență, stare de alertă și

atenție exagerată acordată stimulilor ce anunță pericolul. Iar confruntarea conduce la o trăire neplăcută subiectiv care e însoțită de fenomene neurovegetative, evoluând spre un atac de panică sau un echivalent al acestuia.

Fobiile speciale. Acestea se referă la fobii față de diverse ființe sau situații. Ele sunt frecvente la populația normală, în unele cazuri rezultând din experiențe neplăcute. Dar pot avea și o origine înnăscută sau mai complexă, care a fost interpretată (mai ales de psihanaliză) ca rezultând din mecanisme preconștiente ca „deplasarea”, mascarea, simbolizarea. În cazurile psihopatologice intensitatea lor e mare, cu perturbarea funcționării normale a persoanei. Se menționează:

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

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

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

Fobiile strict spațiale pot fi considerate o subclasă a precedentelor, ele fiind centrate pregnant pe raportarea la situații spațiale. Se descriu: - Fobia de înălțime (de a se urca într-un turn, a sta pe balcon la un etaj înalt, a traversa o creastă de munte): Fobia de adâncime, ca variantă a precedentei (a privi de pe

un pod înalt, a trece o punte peste un pârau, a privi într-un puț adânc, a sta singur într-o barcă pe un lac);- Fobia de spații largi: a trece singur prin mijlocul unei piețe largi goală, a trece singur o stradă largă chiar dacă nu vine nici un vehicul; dar mai ales dacă se apropie unul, chiar dacă e foarte îndepărtat. E de precizat că în cazul fobiei de a traversa o piață goală, subiectul poate ajunge de cealaltă parte a pieței mergând pe lângă case sau însoțit de o altă persoană, chiar un copil mic, sau împingând un cărucior, toate acestea putând constitui un „punct de sprijin” spațial. Sindromul a mai fost denumit „vertij de piață” („Platzschwindel descris de Westphal”) sau agorafobie în sens restrâns; - Fobia de spații înguste, strâmte, închise, fără o posibilitate ușoară de a le părăsi, denumită claustrofobie. Poate fi vorba de coridoare strâmte, camere mici și închise (celula de detenție), cabină de lift, interiorul unui tramvai sau tren în mers, al unui avion. În ultimul caz se adaugă fobia de înălțime la fel ca în cazul deplasării în cabina unui teleferic. În cazul fobiei față de cabine de lift se poate adăuga senzația vestibulară a deplasării bruște pe verticală la care unii subiecți pot fi deosebit de sensibili.

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

mărime și formă indiferent de distanța și perspectiva din care este perceput. În fobia de spații largi această capacitate de sinteză spațială tridimensională pare a regresa în direcția modelului de percepție topologică.

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

Fobia (anxietatea) socială. Fobia socială constă în teama exagerată și disfuncțională a subiectului de a se manifesta în fața unui grup relativ mic de oameni, a unui public puțin cunoscut, care l-ar putea evalua și aprecia negativ, critica. Pe măsură ce subiectul se manifestă în fața unui grup social, apare o stare emotivă tot mai pronunțată cu inhibarea funcționării psihice adecvate și cu fenomene neurovegetative (echivalentul unui atac de panică): tahicardie, dispnee, fenomene vasomotorii, roșeața feței, transpirații, tremurături, greață, nevoia de a urina. Desfășurarea comportamentului respectiv e perturbantă, blocantă și deseori subiectul renunță să se mai manifeste. Ulterior evită situația respectivă, cu anxietate anticipatorie, argumentată de fobia de a nu roși în public (ereutofobia) și de a atrage astfel atenția asupra sa.

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

altora, a vorbi de la telefoane publice, a utiliza WC-ul public (cu inhibiția micțiunii), etc.

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

Fobia (anxietatea) de separare se manifestă în primul rând la copil în perioada 1-3 ani în corelație cu constituirea relației de atașament. După 8 luni copilul devine sensibil și reacționează comportamental cu indici de neliniște, anxietate, atunci când pleacă mama și apare o persoană necunoscută. În funcție de felul în care se realizează relația de atașament (atașament sigur, nesigur, evitant, ambivalent, fuzional, dezorganizat) anxietatea la despărțirea de mama protectoare poate fi mai mică sau mai mare. La vârste ulterioare, inclusiv în perioada adultă, situația separării de ființele și spațiul protectiv, se poate constitui într-o temă fobică.

Fobia de separare se poate defini ca teamă de a se îndepărta de ființele și locurile resimțite ca protectoare, care dau siguranță subiectului; îndepărtarea condiționează nesiguranță, anxietate și chiar atacuri de panică. Situația se poate realiza fie prin plecarea persoanei protectoare, fie prin îndepărtarea subiectului de aceasta și de spațiul familiar și cunoscut, care dă siguranță; contactul cu persoane și situații necunoscute accentuează anxietatea. La om ea se poate prelungi dincolo de vârsta primei copilării în perioada școlară fiind o

componentă importantă a fobiei de școală. Se poate manifesta prin refuzul de a merge singur în excursii, tabere, la diverse manifestări îndepărtate de casă.

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

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

Forma cea mai simplă e deplasarea în afara casei, chiar în spații puțin populate dar necunoscute. Mai anxiogene sunt zonele intens populate, magazinele, bazarele cu multă lume, deplasarea cu mijloacele de transport în comun, mai ales dacă sunt aglomerate, cu tramvaiul, autocarul, trenul, avionul departe de locurile familiare. Deplasarea cu automobilul în prezența persoanelor familiare nu ridică probleme. Uneori pacientul se poate deplasa cu bicicleta.

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

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

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

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