

**COMPANIONUL SEMINARULUI DE PSIROPATOLOGIE PENTRU
REZIDENTI
CLINICA PSIHIATRICA TIMISOARA – 2022**

1. TULBURĂRILE ANXIOS FOBICE

TEXT INTEGRAL

Cadru general

Tulburările anxios fobice (Tb.Anx.Fob.) se referă la trăiri exagerate ale sentimentului de pericol. Principalele sunt comentate – atât în DSM-5 – cât și în ICD-11 în Cap.4 al sistematizării nosologice și sunt :

(Grupaj A) : - Anxietatea Generalizată (AG): - Atacul de panică (AP); - Agorafobia (AgF): - Anxietatea de separare (ASep): - Anxietatea socială (ASoc) ; - Mutismul electiv (ME) ; - Fobii speciale.

Tb. din acest grupaj se referă la trăirea anxietății și fricii în raport cu spațiul lumii ambientale.

Există însă și alte Tb. psihice marcate de anxietate fobică, comentate în alte clase nosologice. Poate fi astfel menționată Tb.Anx Fb ce se manifestă în corelație cu « spațiul corporalității », în Anxietatea de boală (Hipocondrie), în cea de aspect corporal (Dismorfofobie) ; apoi, cea din Reacția de stres posttraumatic sau de la nivelul structurii caracteriale, în contextul Tb. de Personalitate (variante evitantă, dependentă, paranoiacă). Se mai pot menționa, Tb.Anx/Fb ce se manifestă și în context psihotic, mai ales în marginea delirului paranoid (sd. senzitiv relațional, de urmărire și supraveghere a intimității etc.).

Tb. Anx Fb. Se corelează cu un deficit informațional, cu sentimentul pacientului că se află într-un teritoriu necunoscut și incontrollabil, posibil periculos. Și la fel, cu sentimentul deficitului de sprijin și suport din partea altora, și a propriei capacități de a face față situației. În general, patologia anxios fobică se manifestă în

aria problematică a trăirii de către subiect a spațialității lumii sale, pe care o centrează prin propriul corp ; și care se dimensionează și prin relaționările sale interpersonale.

Tb.Anx.Fb derivă din trăirile normale de anxietate și frică ale omului, care sunt firești și adaptative. Omul moștenește Anx și Fb din biologie, unde ele joacă un rol adaptativ major, fiind în mare măsură condiționate genetic. La om Anx și Fb în mare măsură se învață, pe parcursul dezvoltării ontogenetice în interiorul « lumii umane » ; care e ordonată prin limbaj, norme și valori, susținută de rețele și practici instituționalizate.

Anxietatea e o dispoziție afectivă în care subiectul se așteaptă la apariția unui pericol iminent (în viitorul imediat), neprecizat ca temă, loc și moment de apariție.

Subiectul trăiește tensionat un prezent hipervigil și investigator, flancat de un viitor iminent amenințător ; el e neliniștit și încordat, gata oricând la reacții neelaborate. Forme speciale grave sunt : spaima, groaza (panica), teroare, disperarea (corelativă depresiei).

Frica – fobia – se referă la un pericol ce e tematizat, care emerge de la o situație, persoană sau entitate definită și identificabilă, ca loc (spațiu) și moment (temporal) de apariție eventuală; și care poate fi evitată sau întâmpinată cu precauție și asigurare protectivă.

În raport cu obiectul fobogen, cunoscut și reprezentat, subiectul trăiește preocupări și reprezentări imaginative (ce se pot repeta obsesiv) și se realizează strategii comportamentale. În inventarul fricilor obișnuite intră cele de : moarte, suferință, boală, pierderi – personale și a celor apropiați, a poziției sociale, a onoarei, a idealurilor, libertății etc.

A. TB AX FB IN RAPORT CU SPATIUL LUMII AMBIENTALE

(Cap.4 – DSM-5 = 7 categorii)

ANXIETATEA GENERALIZATA (AG) se caracterizează prin:

- Sentimentul continuu și iminent al unui pericol neprecizat;
- Hipervigilantă neliniștită, investigatorie, cu îngrijorare : cursul ideativ și atenția e mobilă, cu dificultăți de concentrare ; hiperestezie senzorială ; hipermobilitate și excitabilitate, cu reacții exploziv impulsive (și reducerea deliberării).

- Alertă neurovegetativă și tensiune musculară crescută : - hipertonie musculară, însoțită de tremor, neliniște, își roade unghiile, tresăriri, nu se poate relaxa pentru somn: - Tonus neurovegetativ crescută: tahicardie, TA crescută, hiperpnee (cu senzație de sufocare), transpirații (în palme și axile), micțiuni frecvente, balonări și tranzit intestinal rapid (diaree), dermografism crescut, gura uscată, privire împăienjenită.

- Rău vesperal: - insomnia de adormire, treziri frecvente însoțite de coșmaruri, somn agitat; răul e accentuat de întuneric și singurătate, predominant spre seară.

ATACUL DE PANICĂ (AP) se caracterizează prin :

- Senzație bruscă de rău : - de moarte iminentă, prăbușire în gol, vertij, nerealitate, bizarerii, pericol de moarte, (prăbușire în gol, ieșire din prezent).

- Furtună neurovegetativă, tahicardie majoră (cu senzație de oprire a inimii, TA poate crește brusc - hiperpnee (cu senzație de sufocare), transpirații profuze, paloare, dureri (predominant abdominale), polakiurie, balonare diaree;

-Nevoie urgentă de contact cu alții (pe care-i ține de mâini), de salvare (solicită ducerea de urgență la spital), se lamentează disperat : « mor... !...mor !... »

-AGORAFOBIA (AGF) constă în :

-Dificultatea de a parcurge, singur, și departe de locuință, spații largi sau aglomerate înguste (mai ales în zone nefamiliare, în care nu se simte protejat).

-Pe măsură ce pacientul se îndepărtează de locuință, resimte nesiguranță (neliniște, tremor, greutate de a merge, picioare nesigure, amețeli, transpirații, tahicardie, senzație de vertij și cădere) ; uneori se întoarce acasă din drum, eventual solicită o persoană să-l însoțească.

-Nesiguranța se poate accentua în spații largi goale, fără puncte de sprijin : a trece prin mijlocul unei mari piețe pustii...a traversa o stradă largă, chiar dacă nu vine niciun vehicul..poate apărea AP.

-Manifestările menționate se pot ameliora dacă : - subiectul se deplasează însoțit de o persoană de încredere ; - dacă merge cu bicicleta sau o mașină mică (personală, cu un taxi) ; - în piață se poate deplasa pe margine, pe lângă case...sau chiar prin mijloc, însoțit de un copil.

-O eventualitate agravantă o pot constitui locurile aglomerate și închise (fără posibilitatea de a le părăsi rapid) ; - mijloace de transport în comun (autobuz, avion) piața aglomerată, sala de spectacole sau ședințe etc.

-În împrejurările menționate se poate manifesta dramatic cu AP (cu toate simptomele sale specifice), care solicită intervenție medicală....Ulterior, pacientul prezintă anxietate anticipatorie...se tot gândește la eventualitatea apariției unui AP, până când acesta efectiv apare.

Ag.fb. poate fi precedată de Anxietatea de Separare, de Fobii speciale spațiale...este comorbidă de Anx.Gen și deseori cu Sd.Depresiv.

ANXIETATEA DE SEPARARE (A. SEP) constă din :

Copilul, tânărul, are disconfort când participă la evenimente departe de persoana de atașament (mama) și de spațiul protector...În aceste condiții apare neliniște, tb. neurovegetative, simptome Anx.Gen. (chiar A.P.)...și dorește să se reîntoarcă lângă persoana de atașament.

Subiectul anunță « că i se va face rău » când ar urma să plece singur departe de casă (de mamă), acuză dureri, stări de rău...cere îngrijire medicală.

Fobia școlară poate fi asimilată parțial Anx. de Sep....copilul sse simte rău la școală la începutul săptămânii (sau imediat după vacanță)...(dar, pot fi și reacții la evenimente neplăcute petrecute la școală).

Refuzul de a merge la școală, cu colegii, în excursii.....

Anx. Sep. interferează cu Anx.Soc. cu Ag.f. și Tb.de Personalitate Dependentă.

ANXIETATEA SOCIALĂ (A.SOC)se caracterizează prin:

- Subiectul se simte neplăcut și evită situațiile în care se află în centrul atenției publice (în față unor persoane necunoscute care-l privesc atent), trebuind să se manifeste asertiv (e.g. examen, recital, a conduce o dezbatere, a vorbi sau a se manifesta într-un fel în public). La această expunere apare : tahicardie, tremor, transpirații, hiperpnee, blocarea vorbirii și a praxiilor, roșeața feței. Din acest motiv, el:

- Evită situațiile de expunere publică...are o anxietate anticipatorie când trebuie să participe; viața devine restrictivă, evită participarea la nunți, botezuri, congrese, evenimente în grup, prezentarea de expunere (prefer să susțină examene în scris).

Se poate manifesta și prin: jena de a mânca în public...de a scrie în public...de a folosi toalete publice.

A.SOC. apare mai frecvent la persoane timide ce trăiesc exagerat sentimentul de rușine, mai ales după evenimente penibile. O simptomatologie similară cu Fb.Soc. se întâlnește în Tulburarea de Personalitate evitantă (uneori tranziția fiind imperceptibilă).

În legătură cu A.SOC. se plasează și Sd.senzitiv de relație (=impresia neplăcută că străinii îl privesc atent și îl comentează nefavorabil), ce apar în diverse Sd. (e.g. Dismorfofobie, Bulimie cu obezitate) ; și care se poate manifesta și în psihozele paranoide.

MUTISMUL ELECTIV (M.E.)

Se manifestă la copii și constă în faptul că : - copilul nu vorbește în anumite situații sociale (e.g. la școală), dar vorbește în altul (e.g. acasă, lângă părinți și rude).

FOBII SPECIALE (F.SPEC) Acestea se referă la :

- Frica care se corelează cu contactul subiectului în anumite situații. Mai importante sunt :

- Fobii de animale : - Șerpi...șoareci...(animale mici)...câini, cai (animale mari) ;

- Fobia de apă, foc, tunete, fulgere ;

- Fobii de sânge, injecții, consultații...tratamente, medicamente

- Fobii spațiale :

- Claustrofobia = frica de spații înguste, strâmte, fără posibilitate de ieșire (e.g. ascensor, avion)

- Fobia de înălțime/adâncime : a sta pe un balcon la un etaj înalt, a urca o înălțime, a privi în jos de pe un pod....într-o fântână.

- Fobia de spații largi, fără puncte de sprijin (Platzschwindel...)..senzație de vertij dacă trebuie să traverseze singur prin piețe largi goale (de ce.....

B. TB. ANX.FB. CORELATE TRAIRILOR ANORMALE LA NIVELUL SPATIULUI PROPRIULUI CORP

În raport cu zona propriei corporalități se conturează tradițional mai ales trei sindroame: hipocondria și dismorfofobia și sd. contaminării, plasate în DSM-5 în Cap diferite:

TB ANX FOB DE SANATATE CORPORALA (HIPOCONDRIA).

E vorba de o tulburare ce se focalizează pe zona internă a spațialității corporale.

Subiectul este preocupat excesiv, anxios-fobic (e anormal îngrijorat) de posibilitatea de a avea o boală corporală gravă.

El e atent, hiperanalitic, la senzațiile corporale aparte (jenă, arsuri, apăsări, furnicături, tensiuni, dureri) la manifestarea funcționării organelor (digestiv, cardiac, respirator, cutanat, a mucoaselor), studiază culoarea scaunelor și a urinei...își notează zilnic observațiile.

Recurge la nenumărate investigații și consultații medicale; e nemulțumit de diagnostic și tratamentele primite, le compară, se documentează excesiv medical.

Pe fondul dispoziției anxios fobice se manifestă și simptome depresive, astenice, iritabile, de model obsesiv compulsiv, prevalențiale, chiar delirante.

Preocuparea sa excesivă față de pericolul ce vine din și se plasează la nivelul interiorității propriului corp, se poate corela cu simptomatologia din:

-Tb.somatoformă (cenestopată) ce constă din resimțirea unor senzații corporale neplăcute, localizate sau generalizate, uneori chiar algice....dar pentru care nu se poate identifica niciun substrat maladiiv organic.

-Se mai poate corela cu fobia (specială) de injecții, vaccinuri, de consum de medicamente, de fobia de sânge.

TB.ANX.FOB PRIVITOARE LA ASPECTUL CORPORAL (DISMORFOFOBIA).

Este o tulburare ce afectează aspectul expresiv (extern) al trăirii corporalității.

Subiectul e preocupat excesiv și anxios de aspectul său corporal, cu impresia că acesta se modifică, se deformează..arată tot mai rău....că devine diform.. (e atent la piele, aspectul feței, ochi, frunte...diverse părți ale corpului).

Se așteaptă să fie privit insistent și nefavorabil de către alții, comentat disprețuitor, luat în derâdere, batjocorit...etichetat ca urât („cel mai urât om din lume”).

Petrece mult timp în fața oglinzii, atent la detaliile feței (capului, părului), pielii, se măsoară, se fotografiază...întreabă insistent și repetitiv pe alții : „cum arăt?

Solicită operații estetice, de chirurgie plastică...ulterior e nemulțumit de rezultate...revendicativ..procesoman.

(Punctul de plecare poate fi o acnee, o leziune la nivelul feței etc.)

Trăirile Anx.Fb se dublează de trăiri obsesiv/compulsive, prevalențiale, depresive și chiar delirante.

O preocupare excesivă privitoare la aspectul corporal și receptarea acestuia de către alții se întâlnește în:

Anorexia mentală a tinerelor fete;

Bulimia cu obezitate.

În cadrul spectrului obsesiv compulsiv tb.similară cantonată la limitele corporalității sunt și: - tricotilomania; tb.escoriațiilor; - Tb.....senzitive

Corelații se mai pot face cu : - Sd.de depersonalizare corporală; - Sd.senzitiv relațional, ce se poate dezvolta în direcția psihotic paranoidă.

TB. ANX.FOB A CONTAMINARII DIN CADRUL TB.OBSESIV/COMPULSIVE vizează nivelul delimitării corporalității față de spațiul exterior.

În Tb.obsesiv compulsivă alături de alte simptome se poate întâlni:

- Obsesiva contaminării corporale cu substrat (entități) neperceptibile (microbi)...

Trimiterea cea mai frecventă e la mâini, care reprezintă zona corporală a intrării în contact cu multe obiecte exterioare, fiind utilizate și în alimente.

Rezultă compulsia spălării: ablutomania.

Obsesia contaminării corporale se referă și la alte zone ale corpului...iar spălarea poate fi generalizată...incluzând lenjeria și ambianța locuirii....cu sterilizare repetată.

Obsesia contaminării conduce la conduite de evitare a contactelor fizice în zone publice...la conduitele de asigurare (utilizarea de șervețele)..evită clanțele, telefoanele publice, banii...toaletele publice etc.

Obsesia contaminării nu se bazează pe percepția unor elemente exterioare de agresiune.Ea are o importantă condiționare corelată ritualurilor sacrale de curățenie,"spălarea pe mâini" e un ritual sacral milenar ce semnifică „spălarea de păcate”.

În Tb.obsesiv compulsivă simptomul contaminării trimite spre un sd. de parțială depersonalizare corporală....în sensul pierderii limitelor corporale protectoare (resimțite prin funcția psihocerebrală a „schemei corporale”).

C./TULBURĂRI DE PERSONALITATE CU SIMPTOMATOLOGIE ANXIOS FOBICĂ

Anxietatea e o dispoziție afectivă particulară, ce e centrată pe trairile situaționale actuale; dar care poate dura mult timp, săptămâni, luni, chiar ani. Ea se poate manifesta și cu un habitus. Trăirea fricilor – care e corelată anxietății – exprimă un mod specific de raportare la datele lumii, care e corelabil cu parametrii ce pot fi identificați situațional; și ea poate dura mult timp. Elementele ce constituie obiectul fricilor – agresiunea unui dușman, îbolnăvirea, o nenorocire, o pierdere majoră, o rușine, durere, suferință, izolare, moarte, rătăcire etc. – toate se pot generaliza și prelungi pentru lungi perioade de timp; și chiar pentru toată viața.

Se identifică însă în unele cazuri și trăsături de personalitate, temperamental caracteriale cvasipermanente de tip anxios fobic, care definesc pe unii oameni ce

sunt etichetați ca „sperioși, panicarzi, timizi...lipsiți de curaj..hiperemotivi...rușinoși! etc.”. Psihopatologia înregistrează descrierea unor Tulburări de personalitate (TP) de acest tip, care în DSM-5 au fost etichetate categorial – în clusterul C – iar în ICD-11 sunt identificabile prin specificatori ai trăsăturilor.

Notă.(Referința la Tulburarea de Personalitate presupune o înțelegere a psihismului persoanei umane care să accepte pe lângă structurile ce susțin raportarea la situațiile actuale, angajarea în proiecte și preocupări) și un fundal conștient al identității biografice caracteriale (inserat în corporalitate și circumscris social) care stă în spatele relaționărilor interpersonale și a integrării subiectului în rețelele sociale ale grupului său socio-cultural a cărui funcționare e reglată de norme și valori, în contextul unei „lumi umane”).

TP sunt circumscrise în prezent (ICD-11) prin deficitul persistent (mai mult de 2 ani) în funcționarea sinelui persoanei (resimțirea identității, autonomiei limitelor, autoevaluării, acuratețea punctelor de vedere, autodirecționării) și a relaționărilor interpersonale (intimitate și empatie), capacitatea de a realiza legături stabile cu alții în zona intimă, de a înțelege punctul de vedere al altora și a evalua consecințele propriilor acte, inclusiv pentru alții). Tulburările relaționale se manifestă în multiple planuri și contexte, perturbând integrarea socială și încălcând normele (intensitatea poate fi ușoară, medie, gravă). TP se manifestă prin trăiri și comportamente particulare ce pot fi comentate prin 5 clase de specificatori ai „trăsăturilor de personalitate”: - afectivitate negativă (anxietate, depresie, dependență); - detașare; - dissociabilitate; - dezinhibiție; - ananacasm (ICD-11 mai adaugă un pattern pentru borderline).

În DSM III-5 TP sunt comentate categorial în 10 tipuri împărțite în 3 cluster; A (persoane ciudate, excentrice): TP paranoidă, schizoidă, schizotipală; B (cu comportament dramatic, emoțional, flamboyant): TP histrionică, narcisistă, borderline); C anxioși temători (TP dependentă, evitantă, obsesiv compulsivă).

TP ce manifestă preeminent trăiri anxios fobice sunt cele din clusterul C – DSM III-5 („afectivitate negativă” în ICD-11); manifestări anxios fobice mai sunt prezente și la TP paranoidă (DSM III-5) și în patologia psihotică delirant paranoidă.

TP EVITANTA se caracterizează printr-o inhibiție socială generalizată, sentimente de neadekvare și hipersensibilitate la evaluări negative. Subiectul evită acțiuni profesionale ce presupun contacte interpersonale semnificative,...nu se apropie de persoane decât când e sigur că va fi acceptat; se teme de ridicularizare..e preocupat constant că ar putea fi criticat și rejectat în situații sociale..se simte neadekvat, se manifestă inhibat, e reținut în a-și asuma riscuri și a se angaja în acțiuni.

Trăsăturile menționate sunt evident similare cu cele din Anx. Soc dar extinse la o condiție de fond, temperamental-caracterială, a unei persoane hiperemotive, cu asertivitate redusă și stimă de sine fragilă. Sunt persoane timide, reticente, cu pronunțată pudoare, ce trăiesc foarte ușor rușinea. Datorită profilului personologic subiectul trăiește o viață subiectivă.

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

Persoana dependentă poate să nu trăiască curent stări anxioase, dacă se menține sub protecția partenerului puternic; dar deficitul de autodirecționare, de agenție proprie asertivă și responsabilă, menține subiectul permanent în marginea unei existențe în care poate fi invadat de situații anxios fobice majore.

TP OBSESIV COMPULSIVA ce e plasată în DSM-5 tot în clusterul B se caracterizează (între altele) printr-o continuă tensiune de a ține sub control situațiile, relaționările, incluzând și un permanent autocontrol (simptomatologia anxios fobică a TB. Obsesiv compulsivă episodică se consumă între doi poli: fobia de contaminare cu substanțe neperceptibile – ce a fost amintită; și – fobia de a nu-și putea controla propriile compulsii agresive – ce va fi comentată ulterior).

În aria TP anxietatea fobică mai e corelabilă cu categoria comentată în DSM III-5 ca **TP PARANOIDA** (plasată în clusterul A). Aceasta se caracterizează printr-o constantă suspiciune privitoare la intențiile rele în raport cu sine a altor persoane, fapt ce determină comportamente aparte: are impresia că alții îl prejudiciază, nu sunt loiali și corecți cu el, folosesc informațiile despre el împotriva sa; el interpretează evenimentele neutre ca ostile, se simte ușor ofensat, atacat, înșelat de partener. Sentimentul de suspiciune se poate extinde față de instituții și persoane oficiale (cu acceptarea ușoară a „teoriei conspirației”), prezintă reticență față de măsurile publice care ating propria persoană (e.g. vaccinarea obligatorie).

Suspiciunea anxios fobică de tip paranoid (paranoiac) poate favoriza reacții hiperemotive față de nedreptăți (reale) cu conduită revendicativ procesomană. Modelul este simetric opus celui senzitiv relațional, în care subiectul e pasiv, resimțindu-se victima privirilor atente critice și a atitudinii de dezaprobare și comentarii negative (de batjocură) a altora.

Dincolo de domeniul TP, anxietatea fobică se poate manifesta în arie psihotică, mai ales în delirul paranoid, sub forma supravegherii : subiectul se simte continuu supravegheat situațional de către alții, urmărit pe stradă de spioni, urmărit de la distanță prin mijloace tehnice speciale (aparate foto, de filmare, etc.) Pe această direcție s-a dezvoltat simptomatologia de transparență (și influență) psihică.

2.SINDROMUL DE DEPERSONALIZARE/DEREALIZARE (SD.DEP/DER)

CIRCUMSCRIERE. Sindromul de depersonalizare/derealizare (Sd.Dep/Der) se caracterizează prin:

-Resimțirea pierderii identității cu sine (eu nu mai sunt eu – Eu X Eu – d.p.d.v. corporal, a trecutului, prezentului și viitorului meu).

-Raportarea distantă, neimplicată (indiferentă) față de situații, propriul sine, alții, lume...totul apărând ca străin, exterior, nefamiliar, ciudat, îndepărtat.

-Perturbări perceptiv privitoare la propriul corp și parametri spațio temporalității.

Sindromul e strict subiectiv, fără manifestări expresiv comportamentale (dacă subiectul nu ar relata, alții nu ar ști nimic despre trăirile sale); uneori pacientul încearcă să verifice – întrebându-i pe alții – sentimentul său de transformare și pierdere a identității

SD DEP/DER IN EXPRIMARI SUBIECTIVE. Pentru diagnostic sunt importante relatările pacientului. De aceea se vor prezenta o suită de afirmații extrase din relatarea pacienților cu Sd.Dep/Der:

Sentimentul pierderii identității

...”Simt că mă schimb..nu mă mai recunosc în oglindă..unele părți ale corpului le simt mai mari, mai mici sau deformatate..picioarele mele se micșorează...capul meu e mai mare, simt că nu voi mai putea încăpea în casă..am impresia că mă transform într-un punct imperceptibil...aspectul feței s-a deformat e tot mai urât...monstruos...”.

Blocarea emotiv afectivă și ideativă

...”Simt că nu mai am emoții și sentimente...nu mă mai impresionează nimic....nimic nu mă mai bucură...nu iubesc nimic și pe nimeni...sunt ca de gheață..împietrit...gol....corpul, capul, mintea e goală...nu mai nicio idee, am un sentiment de vid și inexistență...”

Pierderea spontaneității acțiunii

...”Simt că nu mă mișc natural...parcă nu îmi mișc singur mâna..parcă sunt un automat....fără voință și decizie proprie...”

Dediferențierea trăirilor temporale

..Mă simt detașat de prezent, de situațiile actuale...de ce se întâmplă, de alții...prezentul îmi este străin..e îndepărtat de mine....

..Am sentimentul că timpul s-a oprit...nu mai curge...timpul a încremenit..trăiesc în eternitate..în afara timpului...”eu sunt timpul”...

..Am sentimentul că cele ce se întâmplă în viața mea de zi cu zi nu le-am trăit niciodată („jamais vue”)...că lucruri pe care le percep pentru prima dată le-am mai văzut („deja vue”).

Detășare

..”Lumea din jurul meu apare stranie și străină..mă simt despărțit de ea, parcă aș fi...sub un clopot de sticlă”.

Derealizare

”Realitatea din jur mi se pare neobișnuită, străină, nefirească, ciudată, îndepărtată, nu mă pot atașa de ea..implica în ea”.

...parcă privesc lumea din exterior..dintr-o altă lume, paralelă cu aceasta”..

...persoanele ce le întâlnesc, îmi apar neobișnuite, nefirești..parcă ar fi păpuși trase pe sârmă...totul îmi apare ca în vis...ca la cinematograful..straniu, ireal”...totul îmi apare îndepărtat...parcă nu mai trăiesc.

Sentiment de luciditate și hiperreflexivitate

„Privesc cu atenție la tot ce se întâmplă...înregistrez ce nu înțeleg..pot analiza lucid totul...desi „despic firul în patru” nu pot să controlez existența mea într-o lume de care mă simt detașat.

RAPORTAREA SD.DEP/DER LA SD.DISPOZITIONALE ANXIOASE SI DEPRESIVE

Prin caracteristicile sale specifice Sd.Dep/Der se diferențiază pregnant (în forma sa tipică) de sd. Dispozițional anxios fobis și de sd. Depresiv, cu care e cel mai frecvent comorbid.

SD DEP/DER:

1. Raportare lucidă, obiectivantă la prezent; e detașat, neimplicat, nerezonant, indiferent.
2. Nicio manifestare expresivă corporal comportamentală aparte
3. Indiferență, detașare de orice (și de sine)
4. Detașare și neimplicare în raport cu alții
5. Emotivitatea e blocată, indiferentă și gol psihic interior.

SD (DISPOZITIONAL) ANXIOS

1. Prezentul e resimțit tensionat, cu așteptarea unui viitor iminent periculos
2. Încordare psihocorporală neliniștită, tensiune musculară, instabilitate psihomotorie, furtună neurovegetativă.
3. Anxietate fobică, nesiguranță, incertitudine
4. Nevoie stringentă de prezența protectoare a altor persoane puternice (nu suportă singurătatea)
5. Subiectul e anxios, tensionat de inimența sa prăbușire în neființă; se agață disperat de prezent.

SD (DISPOZITIONAL) DEPRESIV

1. Prezentul (și viitorul) nu interesează subiectul, care se repliază pe un trecut vinovat
2. Inhibiție psihocorporală (și instinctiv cognitivă), până la nemișcare și stupor.
3. Tristețe profundă, ideeație suicidară
4. Nu e interesat de prezența altora; retragere socială, izolare

5. Subiectul e orientat spre moarte, inexistență, sinucidere

Diferențele ce se manifestă în Sd.Dep/Der , Sd.anx.fobic, Sd.Depresiv, nu se rezumă la aspectul clinic. Sd.Dep/Der are particularități în raport cu celelalte Sd.dispoziționale, deoarece, deși implică și el o dispoziție – cea a indiferenței – el e mult mai specific uman, cantonându-se la nivelul trăirilor conștient subiective și neafectând corporalitatea ca celelalte, care au și echivalente în biologie.

SD DEP/DER SI COREPONDENTA IN NORMALITATE A SIMPTOMELOR SALE

Simptomatologia din Sd.Dep/Der vizează raportarea de ansamblu a subiectului conștient la sine, lumea situațională și alții. Până la un punct el poate fi comparat cu sindroamele dispoziționale – anxios, depresiv, expansiv (de elatie), agresiv (combativ) – care definesc modul de implicare a subiectului în lumea situațională. Dar, spre deosebire de acestea, el exprimă o indiferență a ne-implicării (involuntare) în situațiile lumii; o detașare, care se extinde de la situații, alții și lume, în mod reflexiv la sine însuși. În acest sens iese în relief dimensiunea intențional reflexivă a „sineității” psihismului conștient, care în mod normal „se implică” (într-un mod determinat) pe sine, în raportările sale situaționale la lume, „aderând” de acestea.

Faptul de „a se distanța obiectivant” de „a nu mai adera la lume” se exprimă în patologia Sd.Dep/Der prin detașarea obiectivantă de sine însuși (faptul de a-și privi propriul corp din exterior...de a resimți propriul trecut, ca fapt obiectiv, străin de sine).

Atitudinea „distanțării obiectivante” se manifestă în existența omului în mai multe circumstanțe, dintre care se pot aminti:

-Situațiile extrem de periculoase și solicitante, în care o distanțare de prezent e necesară pentru a le putea gestiona.

-Situațiile de studiere științifică experimentală (în laborator) a „lumii obiectivante” (transformată în „obiect de cercetare, explorare”).

-Ar mai putea fi menționate, din istoria religiilor, varianta dogmatică a Gnosticismului monoteist, care distinge între un Demiurg superior și bun și Demiurgul inferior ce a creat o lume imperfectă; descendenții din prima și superioara lume, „gnosticii” se detașează de parametrii acestei lumi inferioare în care „au căzut”; în efectul lor de a recâștiga lumea lor originală.

În orice caz Sd.Dep/Der exprimă aspecte strict specifice psihismului uman, spre deosebire de alte Sd.dispoziționale (ca anxios, depresiv, iritabil etc.) care își au evident rădăcini în lumea biologică.

3/ SINDROMUL DEPRESIV

CUVANT INTRODUCȚIV PRIVITOR LA DEPRESIE.

Depresia este o Tb. psihopatologică dispozițională care derivă, la fel ca și altele, din trăiri adaptative ce s-au dezvoltat în psihismul uman pe fundalul unei moșteniri biologice. Manifestarea tristeții depresive, pe care toți oamenii au experimentat-o și cu care suntem familiari, comportă:

O trăire subiectivă neplăcută însoțită de lipsă de speranță, dezinteres față de prezent, față de plăceri (bucurii) și contacte sociale, cu repliere pe sine, pe trecut, autodeprecieri, uneori vinovăție ; trăirea subiectivă e însoțită de lentoare generalizată (motorie, ideativă, cognitivă, verbală, instinctivă), de preocupări negative cum ar fi cele de boală, boală, ruină, nefericire, moarte, sinucidere.

Tristețea depresivă se instalează reactiv după: eșecuri, înfrângeri, pierderi diverse – ale persoanelor apropiate, bunurilor, poziției sociale, onoarei, idealurilor etc.

Reacția depresivă poate fi de intensități și durate variabile, unele persoane fiind mai predispuse; încă din antichitate s-a descris un temperament melancolic. Depresia se poate însoți de trăiri anxioase, de astenie, iritabilitate (disforie). Opusul depresiei este buna dispoziție, bucuria, elafia, veselia sărbătorească.

SD DEPRESIV MAJOR

Tb. depressive pot fi comentate clinico psihopatologic într-un Capitol aparte (ca în ICD-11); ele se manifestă cu pregnanță în patologia Tb Bipolare și Monopolar Depressive. Dar, depresia e comorbidă cu întreaga patologie psihiatrică.

În DSM-5 Sindromul depresiei Majore e circumscris printr-o manifestare deficitar disfuncțională ce durează peste 2 săptămâni (e distinctă de modul obișnuit de a fi al persoanei, creează suferință subiectivă și disfuncții în funcționarea socială); se cer a fi prezente, tot timpul, cel puțin 5 din următorii 9 itemi -cel puțin unul din primii doi:

- 1/ Dispoziție depresivă (tristă) resimțită subiectiv și remarcată obiectiv.
- 2/ Lipsa interesului și plăcerii pentru orice (anhedonie).
- 3/ Scădere marcată în greutate (ca o consecință a inapetenței)...dar există și variante cu polifagie și îngrășare
- 4/ Insomnie (de trezire, cu rău matinal)...există și variante cu hipersomnie
- 5/ Inhibiție psihomotorie, lentoare (până la stupor)...dar și variante cu agitație

6/ Lipsă de energie (astenie).

7/ Deficit cognitiv - de atenție, memorie, gândire (ideație) și dificultăți de decizie

8/ Sentimentul lipsei de valoare și/sau vinovăție...până la delir

9/ Gânduri recurente de moarte (dar nu frică de moarte)...planuri de sinucidere (meticulos pregătite).

Din lista prezentată în DSM-5 se pot remarca 4 itemi (primii și ultimii doi) constând din trăiri psihice subiective (specific umane) și 5 itemi ce exprimă inhibiție și bradipsihie biopsihică generalizată. Această polarizare poate fi abordată mai detaliat:

POL BIOPSIHIC

POL ANTROPOLOGIC

tristețe subiectivă și exprimată

Inhibiție centripetă

lipsă de speranță în viitor

(motorie, instinctivă

retragere din prezent

și cognitivă)

(retragere socială)

anhedonie, dezinteres pt prezent

Bradipsihie hipoergică

autodeprecieri vinovăție

(lentoare) (astenie)

repliere pe sine și pe trecut

Simptomele polului psihobiologic

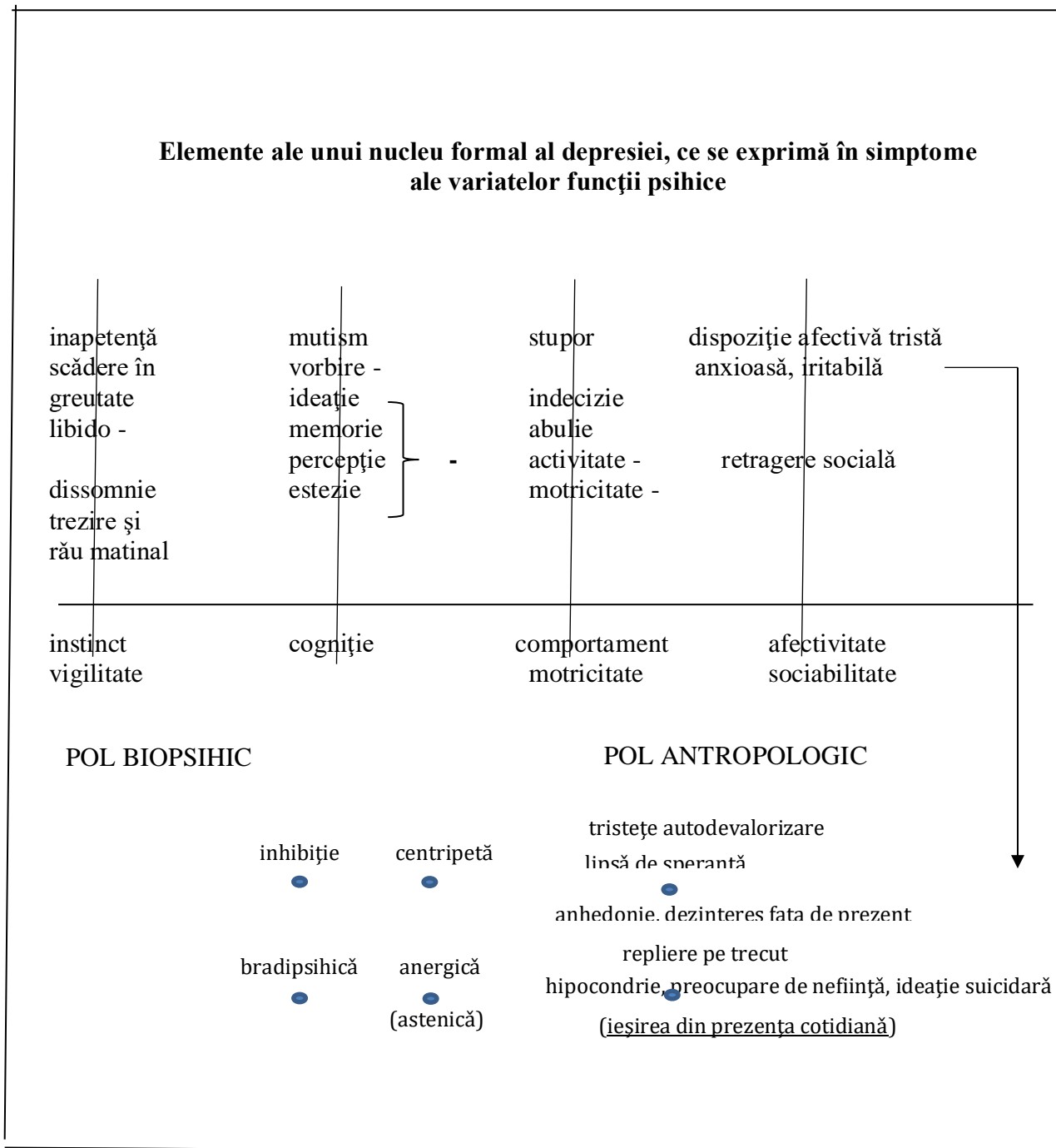
gânduri de moarte suicid

se exprimă prin perturbarea funcțiilor psihice:

de vigilitate cogniție comportament afectivitate

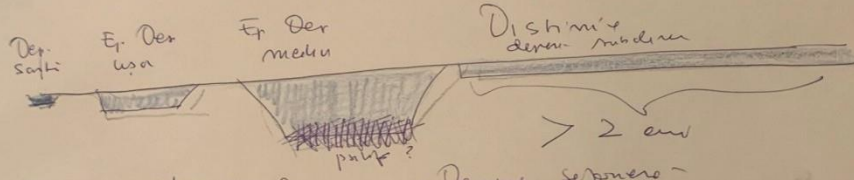
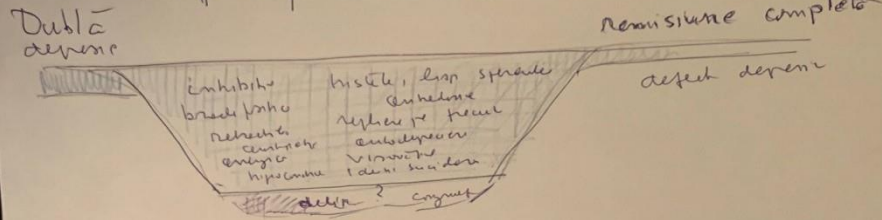
instinctivitate atenție, percepție motor sociabilitate

ideație vorbire



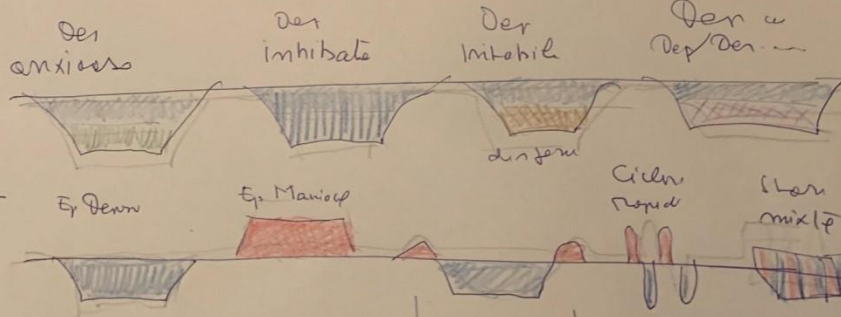
Modelle evolutive ale depresiei

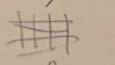
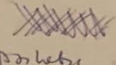

Ep Depresia Majora



• Depresia atipica cu hipomania... hiperfene... agitata

• Depresia sezoniera in episoade de iarna cu izbucniri



 Cel elue parat
 Slow hipomanic la debutul n imchan u Ep Depres

DEPRESIA SI PROBLEMATICA SANATATII OMULUI CONTEMPORAN

Depresia joacă un rol de prim rang în problematica sănătății omului contemporan datorită amplei sale comorbidități cu stări patologice somatice și psihice. Tablourile clinice depresive ce se manifestă în acest context pot îmbrăca întreaga varietate expresiv dispozițională a depresiei : inhibată, anxioasă, iritabilă (disforică), astenică, depersonalizantă, ciclotimă (sau cu stări mixte și alterne). Comorbiditatea depresivă în patologia generală poate fi uneori în plan secund, greu de identificat de la început, ca în “depresia mascată (prin simptome somatice”).

Depresia comorbidă cu patologia somatică

Orice stare malativă somatică poată fi dublată de o dispoziție afectivă negativă, depresivă, anxioasă sau mixtă. Sunt mai multe eventualități:

-Starea dispozițională negativă – depresivă – poate fi condiționată, parțial, chiar reactiv, de situația neplăcută a condiției de om bolnav; fapt ce comportă: alгии, suferințe corporale, restricții existențiale, izolare socială, impotențe, intervenții medicale neplăcute, perspective de viață problematice. În mod special bolile cronice la bătrânii singuri sunt susceptibile să inducă depresii severe, cu risc suicidar crescut.

- Sd. depresiv, prin simptomatologia sa biopsihică intrinsecă, favorizează simptomatologia somatică:- în sd. dep. sunt prezente spasme pe organele cavitare (mai ales pe tubul digestiv, constipație..dar si pe alte organe cavitare); sistemul imunitar funcționează deficitar cu creșterea riscului la infecții, inapetența reduce alimentația si deci aportul energetic;

- În depresie crește pragul algic, dureri subclinice devin clinice

-depresivul se preocupă de moarte și boală, gândurile hipocondriace sunt obișnuite

-colaborarea terapeutică e dificilă, în ceea ce privește administrarea corectă a medicației, exerciții fizice, dieta, epuizarea prin insomnie

- depresivul își dorește moartea, se poate ajunge la Suicid mascat prin manipularea incorectă a medicației.

Depresia mascată somatic

Aceasta constă în faptul că pacientul consultă medicul generalist sau de diverse specialități pentru senzații corporale neplăcute, algii, scădere în greutate, stare somatică proastă, astenie, minore simptome localizate, etc; el e preocupat de eventualitatea unei boli (mai ales dacă se combină cu anxietatea), preocupările cenestopat hipocondriace fiind centrale. Medicul, dacă nu sesizează depresia de fond, acordă importanță doar plângerilor somatice ale pacientului...care nu se ameliorează la tratamentele obișnuite (depresia mascată prin boala somatică, ar trebui descoperită și tratată concomitent). Sunt utile discuții între medici, în cadrul Grupurilor Balint.

Comorbiditatea psihiatrică a depresiei.

Cea mai frecventă e comorbiditatea cu tb. anxioase (Atac de panică, Agorafobie etc.); se comentează o Tb mixtă anxios-depresivă, plasabilă în ambele clase.

Cu Tb addictive, în special consumul de alcool poate fi mascat episoade depresive, ce se cer tratate separat.

Depresia e comorbidă cu tb psihotice (delir, schizofrenie, catatonie).

În procesul involutiv depresia poate sugera o falsă demență.

Combinăția diversă cu ep. maniacale stă la baza Tb bipolare; o problematică specială o reprezintă formele cu cicluri rapide și cu episoade mixte.

PERSPECTIVA FENOMENOLOGICĂ SUBIECTIV CONȘTIENȚĂ A DEPRESIEI; TULBURAREA TEMPORALITĂȚII CU IEȘIREA SUBIECTULUI DIN PREZENT.

Simptomatologia depresiei patologice exprimă cu pregnanță perturbarea trăirii temporalității (antropologice) cu ieșirea subiectului din prezent (din prezența la situația prezentă). Astfel, depresivul:

- nu mai poate concepe viitorul; el e lipsit de orice speranță și proiect..”vede totul în negru”..

- nu mai e interesat de prezent: nu dorește nimic...nu intenționează să facă nimic...nimic nu-l face plăcere, nu-l bucură (= Anhedonie)..

- dispare evntaiul de proiecte și preocupări din fundalul prezentului

- depresivul se repliază pe propriul trecut..vinovat....cu auto depreciere..el e centrat pe ieșire din existență și moarte... dezvoltă ideea și planuri suicidare

- depresivul nu se mai corelează cu temporalitatea altor persoane...prin rezonanță afectivă (nu mai iubește...nu mai colaborează pragmatic..preferă izolarea socială

- fundalul identitar biografico caracterial se estompează și tindă să dispară...prin auto anihilare..suicid..moarte..îngheț în eternitatea unei depersonalizări fără contur

- nu mai e inserat în orariul și calendarul temporalității socio culturale

Parametrii de caracterizare ai trăirii prezentului situațional

Trăirea temoralității, centrată de cea a prezentului – perceptiv/comportamental, informativ/activ – are în mod normal o structură și o durată, odonate ierarhic. Acestea sunt ghidate de semnificațiile descifrate și de acțiunea proiectată, prin situația în care subiectul e implicat; situație de care el și aderă. Prin intermediul trăirii situațiilor prezente, a infrastructurii spațio-temporale a acestora, persoana se inseră în lumea sa umană.

Dimensiunea prezentului evenimențial trăit actual e încadrată de:

- trecutul personal memorabil și viitorul sperat, dorit, imaginat, proiectat;
- în fudal, ansamblul propriilor proiecte și preocupări în care subiectul e concomitent angajat, din care prezentul situațional actual e doar o secvență; și care funcționează ca un mediu ce susține prezentul
- prezentul trăit și fundalul evantaiului proiectelor, e susținut de axa duratei identitare, biografico caracteriale; care e înrădăcinată în propriul corp și delimitată social.

Prezentul evenimențial trăit de subiect (persoană) se acordează și cu:

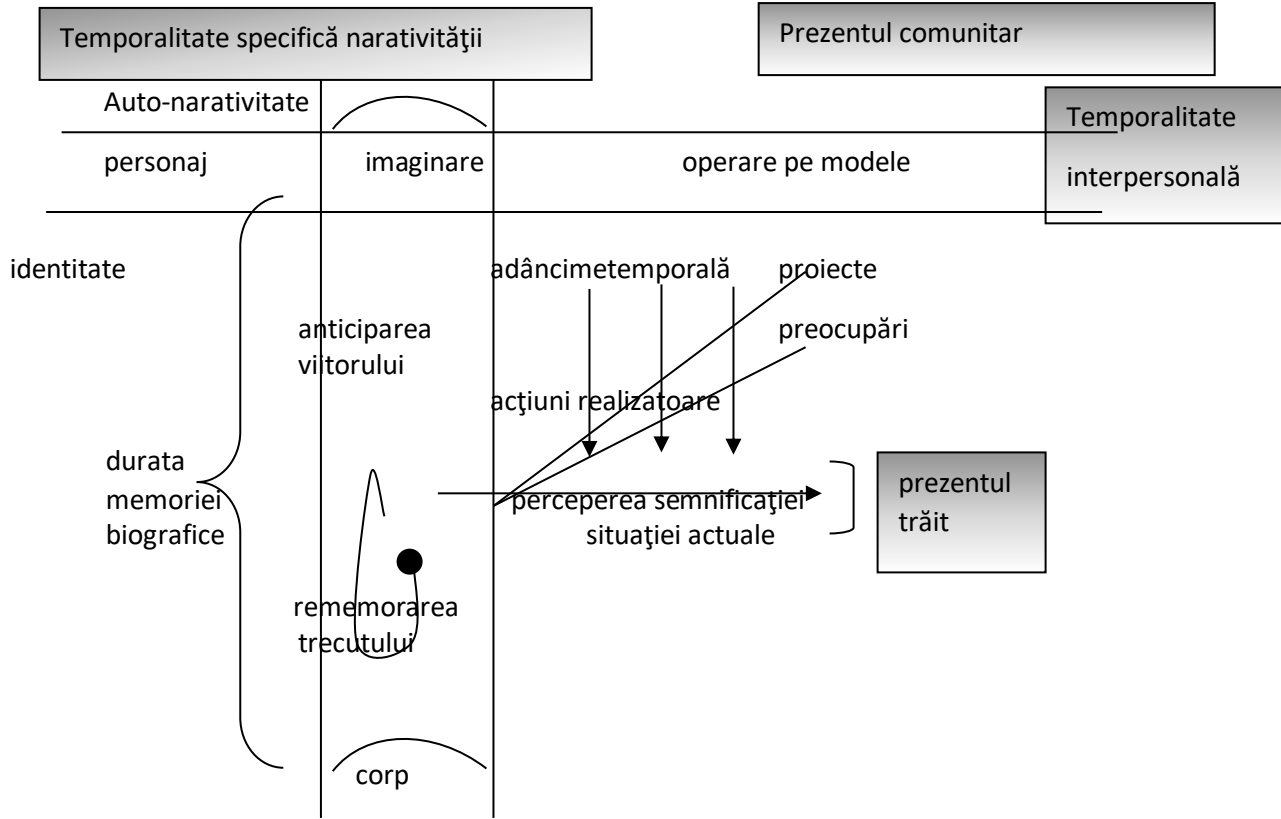
- trăirile evenimențiale actuale ale persoanelor proxime, de atașament, cu care subiectul rezonază afectiv; și a persoanelor cu care el colaborează
- cu temproalitatea oficeală, orar-calaristică a comunității istorice în care există

Organizarea temporalității antropologice a unui subiect, implică și dimensiunea teoretic-discursivă a culturii literar-științifice supraindividuale, care e susținută de logos; nivel la care se evidențiază: “eternitatea” etalată de miturile practicilor religioase, temporalitatea specifică narațiunilor fictive și cea a entităților ideale a științelor (e.g. a celor matematice)

Trăirea prezentului și ansamblul structurii temporal experențiale a persoanei. se conjugă în permanență cu trăirea spațialității.

Structura trăirii prezentului personal

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



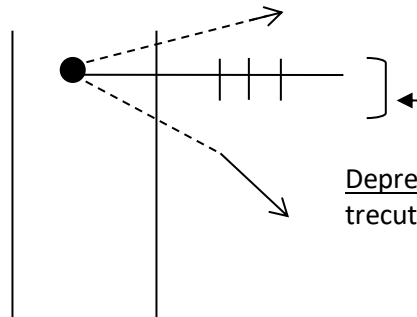
b) Psihopatologia dispozițională a prezentului trăit

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

Manie : proiectare în viitorul imediat, prezent punctiform, trăit hedonic

Anxietate majoră
Prezentul trăit nu se constituie

Depresie : detașare de prezent; repliere pe un trecut vinovat



Aspecte ale psihopatologiei depresiei

2 Noiembrie 2022

a/Depresia iritabilă și interferența depresiei cu disfuncția dispoziției agresive.

Episodul depresiv tipic (standard, de referință) poate fi considerat cel inhibat; în cazul acestuia, trăirile subiective specifice (tristețea, lipsa de speranță, anhedonia, replierea pe trecutul personal, autodeprecierea, vinovăția, ideea de moarte și sinucidere) se corelează cu un profil psihobiologic inhibat, centripet, bradipsihic, anergic, avolițional. Forma majoră a acestei variante este stuporul depresiv, care are multe elemente din sd. cataton.

Episodul depresiv se poate combina frecvent cu o dispoziție anxioasă, care e și ea de tip “internalizat”; dar care comportă neliniște psihomotorie cu îngrijorare față de un pericol iminent și simptome neurovegetative specifice (tahicardie, hiperpnee, sudorație, tranzit intestinal rapid etc.). O altă combinație poate fi însă cu dispoziția iritabil agresivă – depresia disforică (iritabilă)-; iar alta cu simptomatologia de tip maniaco-depresiv, ce se întâlnește în “stările mixte”. Ultimele două variante dau deasemenea episoade neliniștite; dar ele au acum în vedere mixtura cu dispoziții afective care, în esența lor, sunt de tip “externalizat”, orientate spre, lumea exterioară, spre alții. Deoarece relația depresie-manie este una amplă ce e comentată în cadrul problematicii bipolarității, se cere la acest nivel o scurtă oprire asupra combinației cu dispoziția iritabil agresivă.

Dispoziția (afectivă) agresivă este una din cele 5 dispoziții psihice de bază ale psihismului uman: 1/depresivă, 2/anxioasă, 3/agresivă(iritabil explozivă), 4/de elafie

și euforie, de 5/indiferență și detașare. Psihopatologia clinică identifică cu evidență episoade de depresie iritabilă (agresiv-disforice); dar, în egală măsură se întâlnesc, pe lângă episoadele maniacal euforice și de elatie, și episoade de manie iritabilă. Dispoziția iritabil agresivă se poate, deci, distribui, în ambele direcții: spre combinarea sa cu depresia – care e tipic internalizată - și spre ep. maniacal, care la fel de tipic e de model externalizat. D.p.d.v. fenomenologic, prin ea însăși, dispoziția agresivă (iritabil-exploziv-conflictuală) este de orientare externalizată. De aceea, varianta combinării sale cu depresia merită e atipică și se cere analizată mai atent.

Dispoziția agresiv iritabilă și conflictual-explozivă are în psihopatologie, pe lângă manifestări mixtate cu alte sindroame, și o arie în care se exprimă în prim plan clinic; și care în DSM-5 e plasată în Cap. 13 intitulat: **Tulburări de comportament disruptiv de control al impulsurilor și de conduită.** Acestea se referă mai ales la tb. ce se manifestă în perioada developmentală până la terminarea adolescenței, și cuprinde: - Tulburarea de opoziție și comportament sfidător; - Tulburare explozivă intermitentă; - Tulburarea de conduită; -în plus, prin extensie, e inclusă și : - Tulburarea de personalitate antisocială.

În raport cu această sistematizare, DSM-5 introduce și o completare, descriind în Cap. Tb Depresive, o noua categorie; ce se manifestă tot în perioada developmentală, și în care, manifestările iritabil explozive și conflictuale se desfășoară, explicit, pe un fundal afectiv dispozițional depresiv (morocănos-disforic); și, tot în mod explicit și subliniat, se exclude pe tot parcursul manifestării, orice simptomatologie maniacală. Este vorba de: **Tulburarea cu perturbare afectivă de tip disruptiv.** Aceasta e diagnosticabilă în perioada developmentală, între 7-18 ani și constă din:

Manifestarea persistentă, continuă, fără întrerupere cel puțin 1 an a:

a/ unei dispoziții (depresiv-disforice) iritabil-furioase, dublată de

b/ accese colerice severe recurente - verbale și fizice, față de oameni și obiecte – ce sunt disproporționate față de situații și se manifestă în mai multe arii sociale (acasă, la școală, cu prietenii).

În toată perioada tulburării, nu se identifică simptome de tip maniacal sau hipomaniacal (cu durata mai lungă de o zi), acesta invalidând diagnosticul. În schimb se pot întâlni ca și comorbide tb. anxioase, depresive, ADHD, tb din spectrul autist, toxicomanii; iar dacă sunt prezente simptome pt. Tb opozitivă și de comportament sfidător, dg va fi cel de Tb cu perturbare afectivă de tip disruptiv.

b/ Tematica delirantă depresivă.

Dimensiunea psihoantropologică a depresiei, centrată pe trăirile subiective, include și autoevaluarea identitară, felul în care subiectul își resimte și trăiește identitatea sa de persoană; iar la acest nivel pot să apară și convingeri delirante. Delirul constă într-o convingere puternică într-o idee (temă) aberantă și neadevărată, care nu poate fi modificată prin argumente. Principalele teme delirante depresive exprimă atitudinea negativă a subiectului în raport cu sine: vinovăția, autodeprecierea, ruina, evaluarea negativă a corporalității.

Vinovăția. Convingerea delirantă de vinovăție se poate concretiza în expresii precum: “ sunt cel mai vinovat om din lume.....merit sa fiu condamnat pe viață...închis..torturat....sunt vinovat de criza energetică mondială...de războiul din est.... etc. “ Caz aparte: - Pacientul se poate prezenta la poliție și declara că el e vinovat pentru o crimă ce s-a petrecut în oraș....fără a putea demonstra cum a procedat..

Autodeprecierea. Pacientul poate formula”....sunt lipsit de orice valoare...sunt un nimic...un gunoi....nu merit ca medicii să-și piardă timpul cu

mine....să se cheltuiască medicamente și mâncare cu mine...nu merit să fac umbră pământului..”

Sărăcie, ruină, catastrofă.... Pacientul afirmă ..”.. totul va fi rău.....tot mai rău....nu vom avea ce să mâncăm....cu ce să ne îmbrăcăm...cu ce să ne încălzim....vin vremuri cumplite....oamenii vor trăi suferințe îngrozitoare...”..... Caz aparte. Pacientul gândește și afirmă ..”..cei pe care-i iubesc vor suferii îngrozitor...dar ei nu-și dau seama...eu nu pot să-i las pradă unor astfel de suferințe cumplite..” (argument pentru care-și omoară copiii și soția...și apoi se sinucide).

Hipocondrie.....” sunt bolnav de o boală incurabilă...care mă va chinui ani de zile (..și merit acest lucru)...sunt bolnav de EBOLA și voi infesta întreaga Românie”.....Notă: o anumită stare depresivă stă de obicei și în spatele preocupărilor prevalente hipocondriace și dismorfofobe.

Sd. Cottard. Constă din convingeri delirante de negare a funcționării organelor corporale....pacientul afirmă: ” nu mai am stomac....inima nu îmi mai bate de o lună....nu am mai urinat de trei săptămâni...nimic din corp nu mai funcționează...nu mai am creier...”..

..uneori apar și idei de inexistență (negare a faptului de a exista) ”...nu mai exist...exist în eternitate ..” sau, idei de damnație .. ”sunt condamnat să trăiesc veșnic și să mă chinui în iad o eternitate...”

Sd Cottard a fost inițial descris la persoane în vârstă cu dg de melancolie de involuție..... în el se manifestă simptome de depersonalizare/derealizare.

Convingerile delirante din psihopatologia depresivă exprimă și ele caracteristica de bază a delirului și a tematicilor sale: cea de a se referi la propria condiție identitară ca la un ”personaj”, aflat într-un scenariu fictiv neobișnuit, aberant, imposibil...

c/ Depresia și problematica suicidului.

Comportamentul suicidar constă în preocuparea și acțiunea subiectului de a-și suprima voluntar viața.

Suicidul se poate manifesta și la o persoană cu psihism neafectat psihopatologic, în situații existențiale aparte, "limită" (suferințe prelungite și profunde, rușine și dezonoare, pierderi semnificative, pierderea idealurilor etc.).

Suicidul e mai frecvent la persoane insuficient de echilibrate psihic, la cele cu "Tulburări de personalitate", adicții și cu diverse Tb. psihopatologice (Tb depresive, bipolare, psihotice etc.).

În comentarea problematicii suicidare se cer reținute câteva distincții:

Suicidul deliberat și elaborat, bazat pe o convingere și decizie fermă: el e pregătit meticulos, cu precauția de nu a fi descoperit și contracarat, se însoțește de obicei de o scrisoare explicativă (uneori cu incriminarea morală a cuiva).

Suicidul reactiv, impulsiv, declanșat de un eveniment neprevăzut, efectuat de obicei cu mijloace avute la îndemână conjunctural; se poate corela cu un temperament instabil și poate face parte dintr-o largă gamă de comportamente autoagresive reactive (*self harm*, comportament masochist).

Comportamentul suicidar ca tentativă demonstrativă, efectuat pentru impresionarea altora; se desfășoară în public, anunțat, cu comportament hiperexpresiv, dramatic, teatral.

Suicidul mascat: - prin accident (provocat activ sau la care subiectul se expune); - prin nerespectarea prescripțiilor medicale în boli cronice; - prin angajarea în acțiuni extrem de riscante (în timp de pace sau război).

Comportamentul suicidar e pluricondiționat: - de factori de personalitate (inclusiv genetici, temperamentalii...), - de factori relaționali (suport, conflict, solitudine) ...de factori ideologici (culturali, religioși,.. de factori bioatmosferici.

În suicidologie uneori se evaluează ”riscul suicidar” (al unei persoane într-un moment dat al vieții sale. Problematika suicidului mai e corelată cu statutul social, coeziunea socială și mulți alți factori suprapersonali.

Aspecte ale psihopatologiei depresive II

10 Noiembrie 2022

Depresia inhibată cu expresivitate psihomotorie majoră.

Depresia inhibată, care poate fi considerată prototipul episodului dispozițional comportamental depresiv, se poate manifesta cu expresivitate psihomotorie majoră de tip stuporos, caracterizată prin nemișcare areactivă și opozivitate:

NEMISCAREA: pacientul își păstrează mult timp aceeași poziție (repliată pe sine, pe un scaun sau în pat)

AREACTIVITATEA constă în faptul că subiectul nu răspunde la stimulii fizici și nici la solicitări verbale

OPOZIVITATEA: pacientul se opune încercării de mobilizare, inclusiv cu refuz alimentar

Acest comportament caracterizează tabloul care în semiologie este etichetat ca “stupor”. **STUPORUL** poate apare și reactiv, în urma unei spaima puternice, uneori cu păstrarea unei poziții bizare, subiectul fiind areactiv la evenimente (care

pot fi în continuare periculoase, de ex. în condiții de război); de asemenea, simptomatologia se poate manifesta în contextul tulburărilor disociative.

Complexul stuporos poate fi integrat în simptomatologia mai largă a Sd. CATATON în care, pe lângă simptomatologia menționată (nemișcare areactivă și opozivitate) prezintă și alte simptome, dintre care unele se regăsesc și în spectrul autist:

- Intoleranță la schimbarea ambianței cu agitație stereotipă în spațiu redus; reacție paradoxală la intensitatea stimulilor
- Hipertonie, păstrarea pozițiilor imprimante (chiar antigrațional) = “flexibilitate ceroasă”
- Fenomene de “ecou psihic” (ecomimie, ecopraxie, ecolalie)
- Sugestionabilitate crescută ce poate alterna cu opozivitatea.

Sd. cataton se poate întâlni și în suferințe organice generale - infecții - , suferințe cerebrale, tumori intracraniene....precum și în patologia PSIHOTICA, mai ales schizofreniformă – când e însoțit de tb. delirant halucinatorii, de transparență/influență și de dezorganizare psihică.

Depresia melancolică.

Un episod depresiv manifestă, în cadrul trăirilor subiective, pe lângă autodeprecieri și vinovăție (de diverse grade) și :

O trăire specială, ce constă în sentimentul incapacității de a mai avea emoții, sentimente, senzații, de “a se bucura de ceva, de a fi impresionat de ceva”; această trăire a ANHEDONIEI subiectul o resimte ca o blocare (“amorțea”) emotivă și de rezonanță afectivă, printr-o neadecvare și detașare (de ambianță, alții și de sine), printr-un gol, vid interior.....toate trăite extrem de neplăcut. Deseori el afirmă:

“sufăr de faptul ca nu pot să sufăr...nu pot plânge ...etc”

- (Simptomatologia menționată sugerează o intersecție cu simptomatologia disfuncției dispoziționale ce stă la baza sd., de depersonalizare/ derealizare).

Din p.d.v. psihobiologic se poate întâlni:

- Accentuarea răului matinal, cu insomnie de trezire
- Pronunțată anorexie cu scădere în greutate
- Lentoare sau agitație psihomotorie

PROBLEMATICA EPISODULUI DEPRESIV

(privire de ansamblu, rezumativă și recapitulativă)

DEFINIȚIE.

Episodul psihopatologic depresiv are o simptomatologie specifică care, d.p.d.v. formal, se poate caracteriza prin : (psihobiologic) – inhibiție, centripetă, bradipsihică (în toate sectoarele psihismului) și anergică; (iar psihoantologocic) prin: tristețe cu lipsa de speranță, anhedonie (lipsă de interes pentru prezent), cu repliere pe un trecut personal vinovat, cu autodeprecieri, idei de ruină, gânduri de moarte, suicid, neființă.

Depresia psihopatologică poate fi considerată ca derivând din trăirile de tristețe-depresivă normale ale vieții cotidiene, firești și adaptative, ce apar în urma unor pierderi (doliu, pierderea bunurilor, a poziției sociale, a onoarei, a idealurilor etc.) sau a unor eșecuri, înfrângeri. Sensul adaptativ al reacție depresive constă în acordarea unui timp de bilanț, reevaluare și refacere – în afara solicitărilor

obișnuite- atât d.p.d.v. energetic cât și ca strategii pentru angajarea în noi proiecte. La fel ca în cazul altor sd. dispoziționale - anxios, agresiv, de elafie (maniacală) de detașare (depersonalizantă) – se poate considera că, semnificațiile trăite apelează și actualizează pre-dispoziții afectiv-comportamentale ce se află în structura temperamental-caracterială a persoanei; care, actualizându-se, se combină cu parametrii situaționali, sprijinind subiectul să se adapteze eficient circumstanțelor.

ASPECTUL CLINIC AL EPISOADELOR

Un episod psihopatologic depresiv – care creează suferință și perturbă funcționarea în roluri sociale) poate avea diverse grade de intensitate și diverse durate evolutive.; el are deasemenea câteva variante de afirmare simptomatologică, ce derivă și din mixtarea lor cu alte actualizări dispoziționale

- Depresia inhibată – , care poate fi considerată varianta standard; forme accentuate ale acesteia pot exprima o simptomatologie stuporoasă și/sau catatonă
- Depresia anxioasă; e neliniștită, tensionată, cu alertă neurovegetativă
- Depresia melancolică; constă dintr-o marcată anhedonie (sentimentul lipsei de emoții, de rezonanare afectivă, de capacitate de a simți și a se bucura, detașare) + rău matinal, anorexie
- Depresia iritabilă (disforică); e prezentă o continuă tensiune agresivă, iritabilitate, aspect morocănos, frecvente reacții explozive
- Depresia din”stările mixte”; combină simptomatologia ep. Depresiv cu cea a ep. Maniacal.

Primele două forme clinice menționate mai sus sunt de tip internalizat..iar ultimele două, predominant externalizat.

DEPRESIA SI PATOLOGIA DELIRANTA (PSIHOTICA).

Episoadele depresive – de diverse forme, intensități și durate – se pot combina cu convingeri delirante (însoțite sau nu de halucinații, predominant auditive).

De obicei se diferențiază între:

- Delirul congruent, în care predomină tematicile: - de vinovăție, autodeprecieri, ruină, catastrofă, hipocondriac (Situatii particulare sunt: - cea în care subiectul se autodenunță ca vinovat de o crimă, fără a putea demonstra cum a efectuat-o:- cea în care, fiind convins de o catastrofă universală în care toți vor suferi, își omoară familia iar apoi se sinucide)
- Un delir particular, atașat tradițional depresiei e sd. Cottard, constând din convingeri de : - nefuncționare sau dispariție a organelor corporale, de negare, uneori și de damnare și de existență în chinuri pentru eternitate; inițial a fost descris în melancolia de involuție
- Tematica deliranta necongruentă, e în esența ei, una paranoidă

DEPRESIA SI SUICIDUL

Atașat problematicii psihopatologice a depresiei se comentează și problematica SUICIDULUI, care e una de ordin antropologic general, desfășurându-se și în afara psihopatologiei; iar în cadrul acesteia, întâlnindu-se și în alte cadre noologice

DEPRESIA SI PROBLEMATICA PATOLOGIEI SOMATICE

O altă problemă importantă este cea a interferenței dintre psihopatologia depresivă și cea a patologiei somatice; interferență care are multiple aspecte. În general, patologia somatică e mai frecventă și cu o evoluție mai negativă în cazul prezenței stării depresive.

x

x x

Dispozițiile afectiv comportamentale ca filtru de raportare a subiectului la situații

Un important grup de sindroame psihopatologice – ca anxietatea, depresia, mania, agresivitatea, detașarea depersonalizantă – pot fi considerate derivând din dispoziții afectiv comportamentale normale și adaptative.

Raportarea curentă la lume a subiectului se face în mod continuu prin intermediul unor situații actuale, care reprezintă drama vieții noastre de zi cu zi. Aceste situații se impun uneori ca mai solicitante pentru subiectul ce trebuie să se adapteze și să facă față problemelor existenței, fie printr-o confruntare cu altul, prin evitarea unui pericol, realizarea unui proiect, retragerea pentru refacerea temporară sau observare atentă și obiectivă a unui eveniment. În toate aceste împrejurări subiectul adoptă o anumită atitudine, se poziționează într-un anumit fel față de situația problematică : - el se poate alerta anxios fobic, activându-se reactivitatea de a identifica cât mai precis pericolele ce-l pasc, căutând să-și asigure locuri de refugiu și persoane de sprijin ; - în alte împrejurări, subiectul se poate monta agresiv, adunându-și puterile și concentrându-se cât mai pregătit pentru confruntare și luptă ; - sunt și împrejurări în care, în urma unui eșec, îngrijorare sau pierderi, el se retrage în solitudine departe de solicitării vieții curente, pentru reculegere și refacerea forțelor, în vederea relansării în noi proiecte ; - sau, în cazul în care e angrenat într-o acțiune pe care e pe cale să o finalizeze pozitiv, subiectul își poate mobiliza toate forțele lucrând zi și noapte, creativ și neobosit, pentru un rezultat pozitiv ; iar

ulterior, poate sărbători în veselie succesul, activându-se « disponibilitatea » pentru petreceri comunitare.

Dispoziția (afectiv comportamentală) agresivă

Dispoziția agresivă este în normalitate una externalizată (« ad-gresi») înseamnă, etimologic, a-te-îndrepta-spre). E caracterizat în normalitate prin:

<u>Psihobiologic</u>	<u>Psihoantropologic</u>
dezinhibiție orientată spre impact lovire, distrugere, tensiune ergică	orientare spre abordare, atac, luptă, dominare, lezare, crimă
e centrată pe un obiect prezent nemijlocit în ambianță	
subiectul trăiește o acutizare a prezentului aflat în derulare	
corelat cu un trecut și un viitor iminent	
încredere în sine, centrare coerentă, asertivitate, delimitare, opozitivitate față de alteritate	
instinctiv: agresivitate +, vigilitate+	
cognitiv: atenție centrată + percepție centrată +	
psihomotor: tensiune, încordare, neliniște, control, dar și impulsivitate, agresivitate	

Agresivitatea poate fi predominant reactivă sau predominant activă, de tip “predator”.

Poate coexista cu dispoziția anxios-fobică (subiectul se și teme de oponentul cu care se confruntă) și cu dispoziția depresivă (agresivitatea se luptă în condiții de disperare).

Agresivitatea poate fi orientate și spre sine însuși, cu autovătămare, tentativă sau act suicidal.

O variantă aparte e cea a jertfei de sine, când subiectul se angajează într-o acțiune extrem de riscantă, conștient de gravitatea pericolului.

Dispoziția agresivă se poate manifesta psihopatologic în următoarele variante :

- Clastic – distrugerea nediferențiată a orice, subiectul întâlnește în calea sa (în stări confuzo-onirice din infecție, intoxicații, suferințe cerebrale, epilepsie)
- Combativ – centrată pe lupta directă, fizică cu altul
- Provocator – inducerea de conflicte, agresivitate verbală, ironie, satiră, batjocură, râs..
- Dublată de « răceală afectivă » (« colour unafectivity »), de indiferență empatică emotivă față de suferința altuia (lipsă de milă, compasiune, rușine, remușcare).
- Dublată de relaționare captativă/farmec superficial – psihopatul Cleckley).
- Cu cruzime sadică (plăcerea de a chinui pe altul).

Un aspect aparte e cel al comportamentului oscilant, instabil a personalității borderline, în care se trece de la atitudini heteroagresive (atitudinale, verbale, fizică) la atitudinea autoagresivă (inclusiv sumisiune, autoumilitare etc.).

Dispoziția (afectiv comportamentală) agresivă se întâlnește în tablouri psihiatrice variate :

- În stări de delirium (confuzo-onirică) ca agresivitate clastică (în infecție, intoxicație, suferințe cerebrale, epilepsie).
- În psihoze delirant halucinatorii și schizomorfe în corelație cu ideea patologică (delirantă, dezorganizare).
- În corelație cu alte tb. dispoziționale :
- Depresie instabil disforică ; - manie iritabil disforică ;

- În tulburări developmentale și alte ciclurilor vieții (de obicei diagnosticabile între 7-18 ani cu durata >6 luni de manifestare continuă.
- Tb. de opoziție și comportament sfidător ;
- Tb.explozivă intermitentă ;
- Tb. cu perturbare afectivă (depresivă) de tip disruptive;
- Tb. de conduită ale copilului și adolescentului.

De asemenea în Tb. de personalitate antisocială și clusterul Psihopatiei.

Agresivitatea psihopatologică se derulează în mare măsură în registrul interpersonal, corelată cu variate distorsiuni ale relaționării cu alții ; ea se articulează cu problematica sociabilității, colaborării, empatiei, intimității și dinamicii afective, nevoii de îngrijire a altora.

Se poate manifesta și asupra obiectelor, bunurilor, animalelor, prin distrugere, incendiere etc.

Heteroagresivitatea e deseori în balans cu autoagresivitatea, manifestă sau latentă.

Dispoziția (afectiv comportamentală) maniacală

Sindromul maniacal poate fi considerat ca derivând din dispoziții comportamentale externalizate normale, cum ar fi : investigația, elanul realizator, creativitatea ; dar și combativitatea beligerantă marcată de încrederea invictorie și veselie euforică a sărbătorilor de orice fel. Sd. Maniacal se caracterizează prin :

<u>Psihobiologic</u>	<u>Psihoantropologic</u>
dezinhibiție expansivă (centrifugă) tahipsihică, ergică în toate planurile psihismului	elație, euforie, proiecte orientarea spre un viitor a toate posibil bazat dar punctiform pe un prezent hedonic neinteresat de viitor
corpul e resimțit ușor, parcă plutește	ieșire din prezent ca proiecție în viitor, optimism, încredere în sine, îndrăzneală, grandiozitate, părere bună despre sine
instinctiv: dezinhibiție erotică (și agresivă), vigilitate, scăderea nevoii de somn, energie + cognitiv: atenție hipermobilă, hiperestezie senzorială, percepție pregnantă, fuga de idei, presiunea gândirii, logoree.	
Comportament: energic+, mișcări rapide, creșterea activității, decizii rapide, proiecte multiple, acțiuni riscante	
Afectivitate: buna dispoziție, euforie, elație (iritabilitate)	
Sociabilitate: hipersociabilitate gregară, optimism, stimă de sine, grandiozitate.	

Sd. maniacal se poate însoți de iritabilitate, dispoziție agresivă, trăiri anxioase (atacuri de panică), forme mixte cu depresie (și cicluri rapide)

Episodul maniacal în DSM-5 e caracterizat prin prezența continua peste 1 săptămână a:

- A. O dispoziție continuă elevată, expansivă sau iritabilă
O anormală și persistentă activitate orientată spre scop, cu energie crescută
- B. În plus, cel puțin 3 din următoarele simptome :
Stimă de sine crescută sau grandiozitate ;
Nevoie scăzută de somn ;
Logoree – vorbește mai mult decât de obicei și simte o presiune de a vorbi.
Fugă de idei (sentimentul că gândurile nu pot fi controlate)
Distractibilitatea marcată a atenției
Creșterea activității orientate spre scop (la muncă, la școală, sexuale)
Implicarea în activități riscante și cu potențiale consecințe nefavorabile (cheltuieli excesive, indiscreții sexuale, investiții bănești aberante).

Pentru Ep.Hipomaniacal simptomele sunt aceleași dar exprimate mai puțin intens (fără a necesita internare) cu durata de câteva zile.

Psihopatologia maniactală de diverse intensități și poate combina în multiple feluri cu cea depresivă, tipică fiind alternarea unor episoade clar definite în cadrul patologiei bipolare ; există și forme clinice cu cicluri rapide și a stării mixte (în care simptomele maniacale și depresive se combină).

Se mai descrie - în afara diagnosticelor clinice – temperamentul hipertim.

Episoadele maniacale, la fel cu cele depresive, se pot combina cu episod psihotic ; și cu alte tb. psihice.

Note

Circumscrierea din DSM-5 a Ep.Maniacal pune accent pe elafie și orientare spre planuri și activități multiple, riscante, aberante...dar, ignore comentarea hipersociabilității gregare.

Acesta a fost însă tradițional descrisă și se întâlnește constant în clinică. Caracteristice sunt simptomele :

- Contact psihic ușor cu oricine (inclusiv necunoscuți) cu abordare directă, cu eludarea formulelor oficiale de conduită, care se practică între persoanele apropiate, cunoștințe, oficiale, străini.
- Comunicare interpersonală e directă și facilă, cu transmiterea către celălalt o bună dispoziție și veselie, întreținându-se o atmosferă de veselie, glume, petreceri.
- Manifestările prosociale gregare se conjugă cu manifestări dezinhibate, asemănătoare cu cele din timpul sărbătorilor carnavalești : cântec, dans, pantomimă, veselie

- Temperamentul hipertim este acceptat în afara unor episoade clinice. Comentarea acestuia de către Akiskal invocă :

« Persoane cu nivel crescut de energie și nevoie redusă de somn (cu trezire matinală), asertivă, predispuse spre contestare, ce prezintă (cel puțin 5 din următorii 7) itemi : - dispoziție veselă, optimistă sau exuberant/iritabilă : încrezătoare în sine, cu bună părere despre sine, uneori grandiozitate : - plin de planuri, exuberant, hiperimplicat ; - neinhibat, caută stimularea, uneori e promiscuă.

Temperamentul hipertim se cere privit și din perspectiva unor tb. de comportament, mai ales la vârsta juvenilă.

Bipolaritatea și mania I

16 Noiembrie 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 succeselor și victoriilor. Iar la polul opus, se plasează dispoziția inhibat retractilă a depresiei ce deconectează subiectul de situațiile actuale, în urma unor eșecuri, înfrângeri și pierderi, cu preeminență a doliului. Starea maniacială 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 aceeași 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 circumscribe o „psihoză endogenă cu dublă formă”, bipolară. Aceasta e inclusă de Kraepelin în sistematica sa a psihozelor ca boală maniaco-depresivă, alături de demența precoce (schizofrenie) și de paranoia; rămânând de atunci în centrul patologiei psihiatrice. Către sfârșitul sec.XX

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 criteriile 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 melancolie; schimbările între cele două stări se pot petrece des

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

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

Melancholicul nu e capabil să intre în vibrație cu lumea exterioară deoarece fibrele sale sunt 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 melancolie și manie din sec.XVII-XVIII e speculativă, ea nu se bazează pe observații clinice, dar e persistentă.

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

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 neimportanți.) observată sau relatată; 6. Creșterea activității orientate spre un scop (fie social, la munca sau la școală, sau sexuală) sau agitație psihomotorie (i.e. tendința spre activități nedirecționate spre un scop); 7. Implicare în activități cu mare potențial de consecințe nefavorabile (i.e. implicarea în cheltuieli excesive, indiscreții sexuale, investiții bănești aberante).

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

Episodul depresiv major în DSM-5

Pentru diagnostic pozitiv sunt necesare următoarele:

A. Prezența a 5 (sau mai multe) din următoarele 9 simptome cel puțin 2 săptămâni, reprezentând o schimbare a funcționării anterioare; cel puțin unul trebuie să fie din primele două: 1. Dispoziție depresivă cea mai mare parte din zi, aproape în fiecare zi, indicată fie prin raportări subiective (e.g. a se simți prost (sad), gol sau lipsit de speranță) sau prin observația făcută de alții (e.g. apare ca plin de lacrimi). N.B. la copil sau adolescent poate fi o dispoziție iritabilă.; 2. Scădere marcată a interesului și plăcerii pentru toate, sau aproape toate activitățile, majoritatea zilei, aproape în fiecare zi (indicat fie prin raportare subiectivă, fie prin observație); 3. Scădere marcată în greutate fără a ține o dietă de slăbire (e.g. mai mult de 5% din greutate într-o lună) sau scăderea sau creșterea apetitului aproape în fiecare zi; 4. Insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi; 5. Agitație sau inhibiție psihomotorie (observabilă de alții); 6. Oboseală sau lipsă de energie aproape în fiecare zi; 7. Sentiment de lipsă de valoare sau vinovăție excesivă sau 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), ideatie 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 subdepresive timp de peste 2 ani, fără intervale libere mai lungi de 2 luni; dar nu se cere prezența anhedoniei (lipsa de plăcere), sentimentul de vinovăție și a ideății de moarte. Pacientul își poate continua, parțial, viața socio-profesională.

În afara acestor circumscrieri, în capitolul consacrat Tulburării bipolare sunt menționați “specificatori” care se referă la : **1.** Prezența distresului anxios: ușor, moderat, moderat sever, sever; **2.** Episoade maniacale sau hipomaniacale cu simptome mixte, depresive; episoade depresive mixte, cu simptome maniacale; **3.** Tulburarea cu cicluri rapide: cel puțin 4 în 12 luni; **4.** Episod depresiv cu trăsături melancolice: prezintă simptome ca lipsa plăcerii și a reactivității, calitate aparte a dispoziției depresive cu sentiment de gol interior, rău și trezire matinală, agitație sau inhibiție psihomotorie marcată, scădere în greutate, sentiment de neadecvare și vinovăție; **5.** Episod depresiv cu aspecte atipice, precum: reactivitate dispozițională specială și cel puțin 2 din: creștere semnificativă în greutate, hipersomnie, rejecție și senzitivitate interpersonală; **6.** Episoade cu aspecte psihotice: acestea pot fi deliruri și halucinații congruente cu dispoziția afectivă, sau incongruente; cu anhedonie; **7.** Cu debut peripartum; **8.** Cu pattern sezonala: 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.

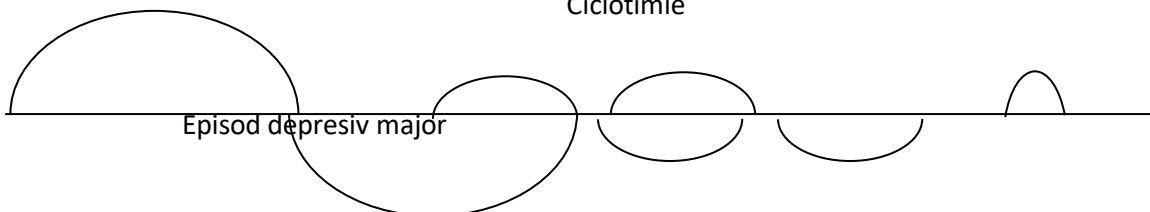
Chenar 48

Variante ale manifestărilor clinice ale episoadelor afective

Episod maniacial major

Episod maniacial scurt

Ciclotimie



Episod depresiv major

Episod depresiv mediu

Tulburare distimică

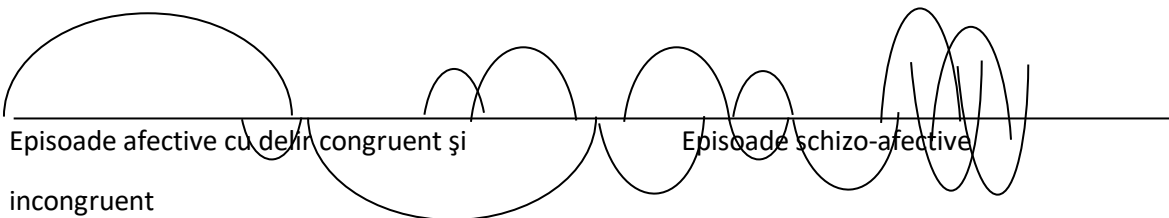
Episod depresiv scurt

Episod afectiv minor în

Cicluri rapide

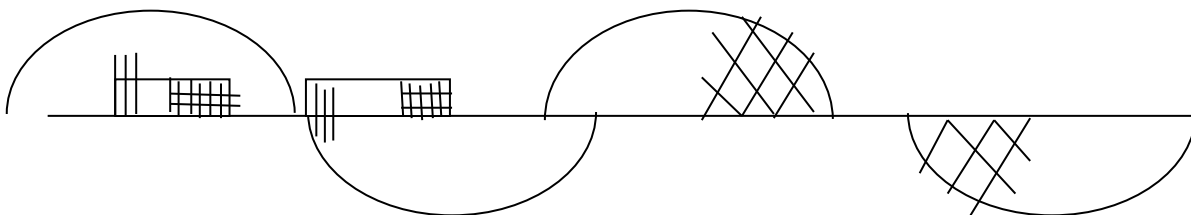
Stări mixte

finalul Episodului clinic



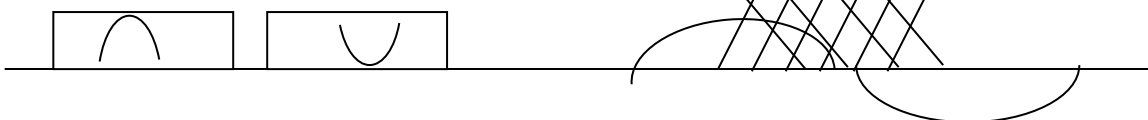
Episoade afective cu delir congruent și incongruent

Episoade schizo-afective



Episod delirant cu stări afective medii și ușoare

Schizofrenie cu stări afective medii și ușoare



Bipolaritatea și mania II

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

Chenar 49

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, ideov-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 decizie rapidă și hiperactivitate,</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 inactivitate, stupor, negativism</p>

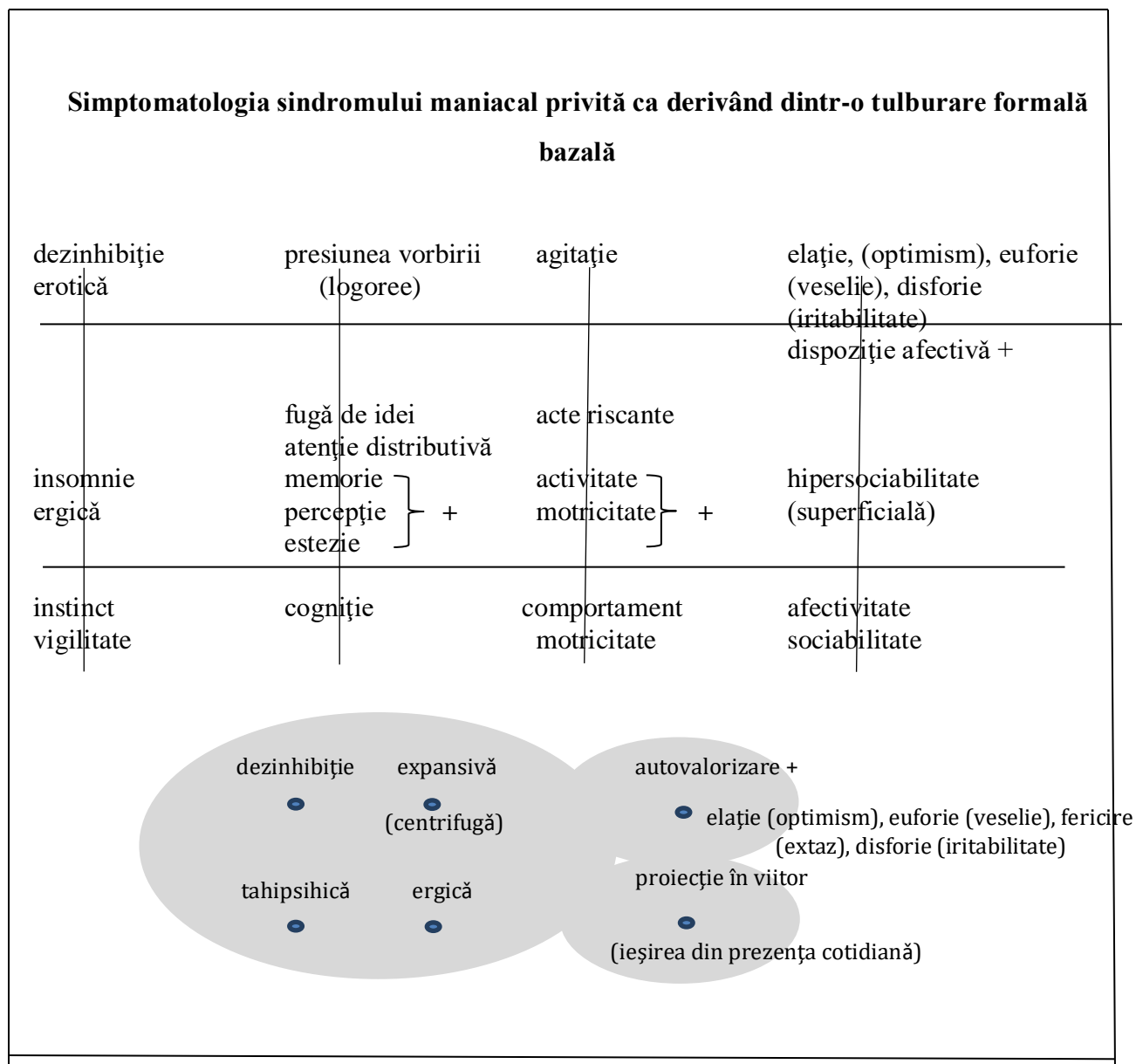
B. Simptome psihoantropologice subiective detectabile prin interviu

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
Viitorul e deschis (totul se va rezolva bine) - participare hedonică la prezent	Viitorul e închis (lipsit de speranță) nu poate adera la prezent (nimic nu-l atrage) incapacitate de a se bucura
Stare afectivă dispozițională pozitivă - veselie, bună dispoziție, euforie ce se transmite celorlalți	Stare afectivă dispozițională negativă - tristețe, proastă dispoziție afectivă, disforie, anxietate, preocupare față de boală și moarte

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

B₁ 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>



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

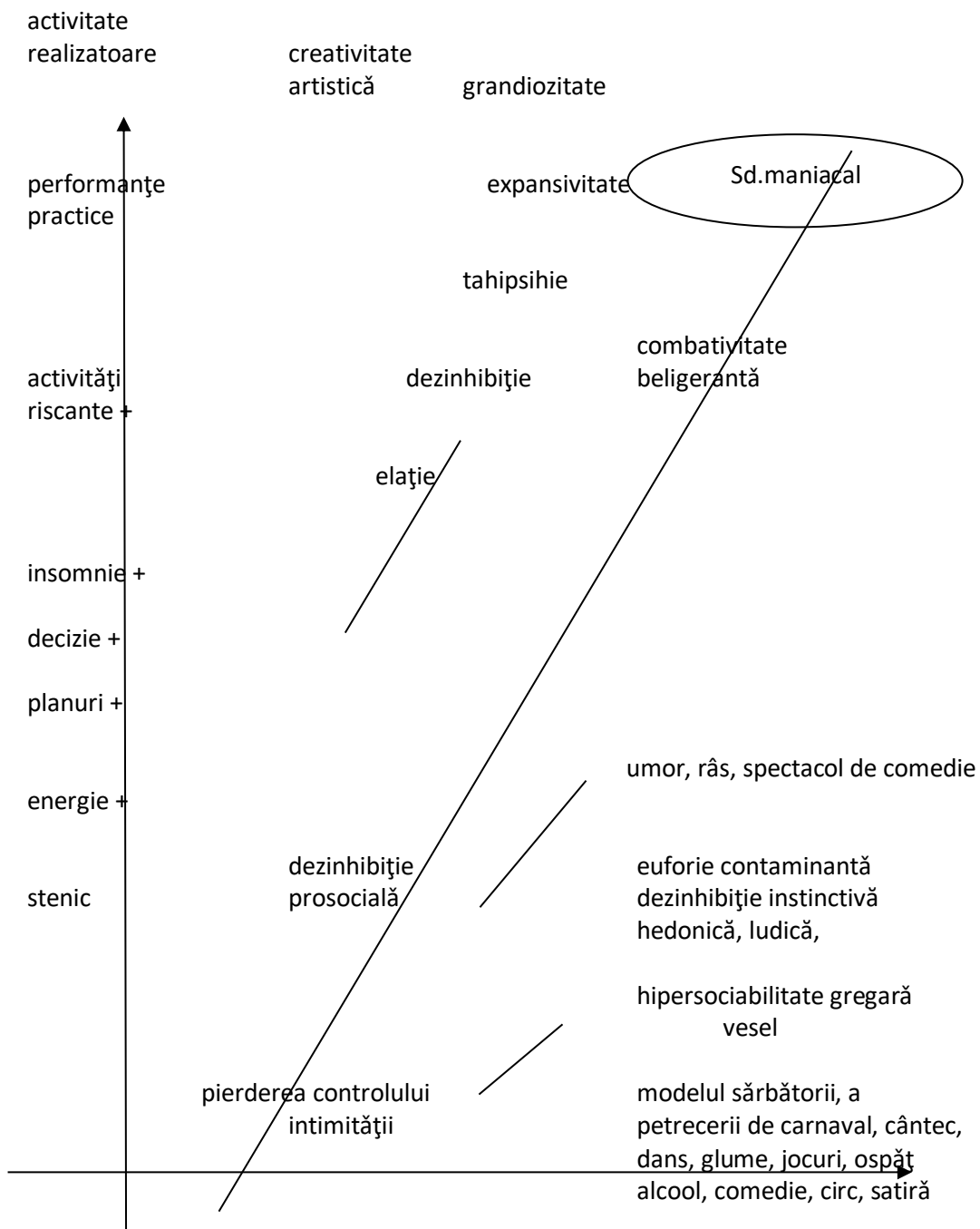
realiza cu ușurință multe lucruri. Faptul poate sta la baza acțiunilor riscante, hazardante sau perturbatorii. În acest sens episoadele hipomaniacale ameliorează nehotărârea obsesivilor. Stima de sine crescută stă și la baza abordării directe, fără reticențe, a altor persoane, aflate în poziții sociale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

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

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

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

**Manifestări ale dezinhibiției expansive externalizate maniacale, incluzând
hipersociabilitatea gregară.**



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. În variantele agitate, e dezinhibată pulsionalitatea agresivă, combativitatea; fapt ce poate fi referit la moștenirea confruntărilor beligerante din biologie, continuate în viața umană ().

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

Motricitatea și comportamentul dezinhibat, expansiv și derulat rapid, reprezintă o arie simptomatică dintre cele mai specifice maniei. Pacientul nu stă locului, se mișcă mereu; uneori și viteza derulării motricității e mai rapidă; el reacționează prompt, dar fără suficientă deliberare. Nivelul activității cu scop (profesional, școlar) crește în faza inițială; subiectul are multe planuri și se angajează în activități riscante. Se poate ajunge la agitație maniacoală. În hipomanie performanțele pot efectiv crește un timp, la fel ca și creativitatea. Pentru ca ulterior ele să se deterioreze.

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

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

Dispoziția afectivă euforică, furorul și elatja. Dispoziția afectivă pozitivă, euforică, a fost considerată mult timp, în secolul XX o caracteristică de bază a stării maniacale. Totuși tradiția patologiei maniacale a consemnat încă din antichitate – și pe tot parcursul modernității – și “furorul maniacal”, mania agitată și violentă, combativă, a nebunului ce lovește nediscriminativ pe oricine din jur. Chiar dacă se lasă la o parte mania delirantă paranoidă, tradiția culturală trimite și spre derivarea maniei agitate din dispoziția externalizată a confruntării beligerante ritualice. Aceasta se originează în tradiția luptătorilor ce se identificau cu un animal carnisier 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

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

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

2. 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 relație, 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...cheltuieli multiple...

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

- contact interpersonal ușor, empatic euforizant (cu transmiterea buneii 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,..contactarea de boli venerice...viață dezorganizată ..etc.

-Veselia sărbătorească:

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

- Dezinhibiție prosocială, gregară, instinctiv alimentară (mâncare multă, alcool și droguri), dezinhibiție 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 rezistența 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 bruscă de la hipomanie 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.

Impulsivitatea, 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.

3. Temperamentul hipertim

În ultimele decenii, problematica patologiei dispoziționale bipolare (și monopolare) a fost abordată prin perspectiva “spectrului maladiiv”, care ține cont, în afara episoadelor 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, patologie somatică aparte etc.)
- În acest context s-a studiat la patologia Bipolară (și Monopolar Depresivă) și prezența (la pacient și relativi) 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 „bubfonului 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 neobișuitului, a “ne-seriosului”, a glumei și petrecerii; în acest cadru variatele manifestări ale petrecerii se desfășurau ca distracții, într-un univers paralel cu cel al seriozității muncii. Unele burguri aveau angajați “nebuni” permanenți, comunele și breslele îi angajau pentru câte un eveniment determinat. Bufonii moșteneau uneori meseria din tată în fiu. Dar se puteau califica pentru această funcție personale de diverse meserii, angajându-se apoi printr-un fel de concurs. La curțile nobililor și regilor meseria de nebun era de obicei bine retribuită, căi “fișă postului” cerea multe calități și competențe.

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

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

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

După : Lever M., *Le sceptre et la marote Histoire, fous de court*, Paris, Fayard, 1983

4. 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 circumscris și caracterizat, pentru a-l diferenția de simpla trăire de autovalorizare megalomană excesivă, prin care subiectul se resimte puternic, capabil de a realiza lucruri deosebite. Această crescută încredere în sine și buna părere despre propriile forțe și capacități, se exprimă de obicei nemijlocită în planuri și acțiuni hazardate; în care pacientul se lansează efectiv, riscant și fără prea multe deliberări. El cheltuie mulți bani fiind convins că-i va recupera, contractează variate angajamente, se angrenează excesiv în jocuri de noroc sau în aventuri romantice, conduce mașina periculos, etc.

Chenar 56

Delir de grandiozitate maniacală

1. O femeie de 32 ani, după o ușoară stare de retragere depresivă dezvoltă (1985) convingeri delirante de grandiozitate. Este probabil nepoata Regelui Mihai, e spioană internațională dar colaborează în special cu Uniunea Sovietică unde ocupă locul doi în ierarhia politică. I se cer sfaturi prin telepatie...se simte protejată de puterile străine, în gând i s-a spus că a primit toate decorațiile din URSS în afară de cea mai înaltă, pe care a văzut-o însă în gând, colorată, frumoasă, atrăgătoare...I se cer sfaturi în numele omenirii, este chemată într-o rezervație cu trei cercuri unde va avea ce-și va dori pentru serviciile pe care le face omenirii. În perioada delirantă prezintă 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, epopeilor, 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 într-o instanță 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 împrumută vocea pentru a se adresa oamenilor.

O cu totul altă situație întâlnim în delirul cu tematică paranoidă, de atitudine ostilă și manipulativă din partea altora; care, de obicei se corelează cu o dispoziție afectivă anxios disforică. Acest proces se plasează în mijlocul universului relațional uman, desfășurat între zona intimă și cea publică, subiectul resimțindu-se ”în centrul” atenției celorlalți. Suspiciunea și convingerea paranoidă, a unei atitudini ostile, se poate referi la persoanele familiale, la vecini, la colegi. Dar și la cele oficiale; sau la instituțiile cu care subiectul vine în contact, la diverse organizații sau instituții internaționale (mafie, servicii de spionaj etc.); trecând spre personajele politico istorice și cele supranaturale, extraterestre, 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.