A stylized illustration of a human head profile in yellow outline, facing right. The brain area is filled with a cluster of blue and white circular shapes, resembling a brain scan or neural activity. The background is light blue with faint, wavy lines and several solid blue circular shapes of varying sizes scattered throughout.

Tulburarea de personalitate marginală și sistematizarea *externalizat/internalizat* în psihopatologie

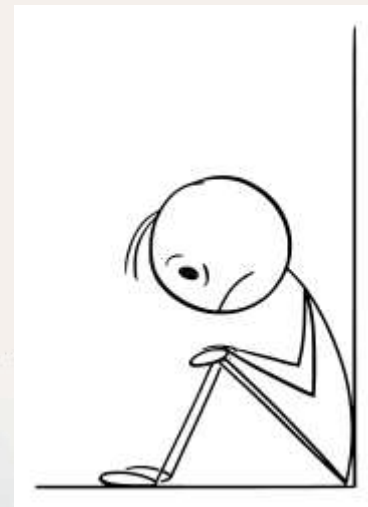
Prof. Dr. Lăzărescu Mircea
Dr. Riviș Ioana-Alexandra

Psihopatologul privește cu un al treilea ochi (cel din frunte) manifestările omenești extreme



Dispoziția euforică, stridentă, plină de energie și încredere în sine a **maniactalului**, care este înzorzonat, vorbește neîncetat și cântă în mijlocul unei adunări sobre

Nemișcarea tăcută a **depresivului**, Care privește în pământ, cu fruntea încrețită ca litera omega, despre care aflăm că nu mănâncă de câteva zile



Și la fel, manifestări aparte ale relaționării interpersonale

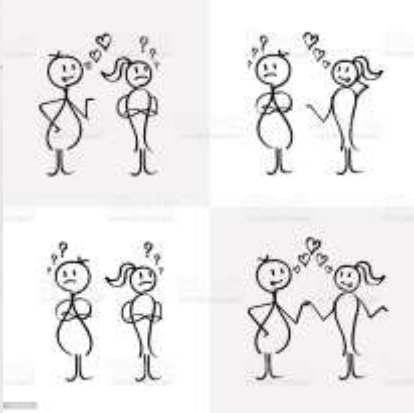


Omul care cu cruzime și indiferență îl manipulează și chinuie pe cel mai slab ca el și fără ajutor.

Cel care evită să apară în public de teama că se va face de râs sau că ceilalți îl vor comenta negativ.



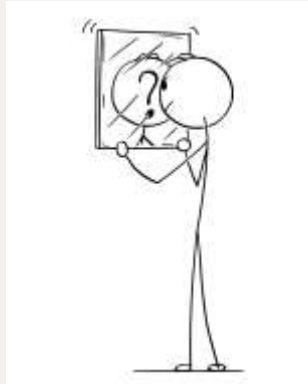
Omul care zilnic își schimbă modul de raportare la partener, când adulându-l, când batjocorindu-l, rugându-l să-l ierte sau agresându-l.



Care se întâlnesc în Tulburările de Personalitate (TP).

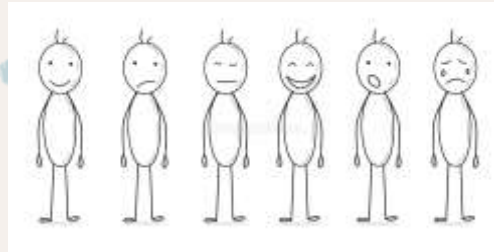
O variantă aparte de TP este cea *Marginală* (borderline), caracterizată prin marcată instabilitate

Imagine de sine fluctuantă



- Probleme de autocontrol-
autovătămare (substanțe,
promiscuitate sexuală,
alimente),
- conducere riscantă
- Automutilare
- parasuicid

Afecte oscilante



Instabilitate
Oscilații
Impulsivitate

- Disforie
- Iritabilitate
- Anxietate
- Paranoidie (intermitent)
- Senzație de vid interior

Relații interpersonale instabile



- eforturi de a evita
abandonul real sau
imaginar
- Idealizare/devalorizare

Comparativ cu celelalte tulburări de personalitate din clusterul B, Tulburarea de Personalitate Marginală manifestă proeminent iritabilitate și oscilații între atitudini opuse față de sine și cei din jur. Pronunțata instabilitate a TPM ne duce cu gândul la polarizarea internalizat/externalizat, care a funcționat în psihopatologie din secolul XX (Achenbach), inițial doar în pedo-psihiatrie.

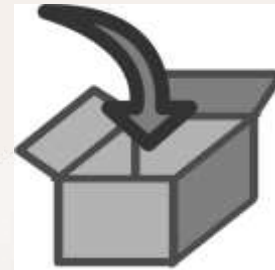
TP EXTERNALIZATE



- Conflict cu cei din jur
- Comportament insuficient controlat
- Impulsiv ("acting-out")

tendință spre

TP INTERNALIZATE



- Probleme cu el însuși
- Tendință la supracontrol
- Retrageră socială/
anxietate/depresie

Polarizarea externalizat/internalizat se regăsește și în tipurile de TP din DSM 5

Cluster A

ciudați, excentrici

Schizoid
Paranoid
Schizotipal

(Externalizate)

Cluster B

dramatici, instabili emoțional

Antisocială
Histrionică
Narcisistă

Marginală

(Internalizate)

Cluster C

anxioși, evitanți

Evitantă
Dependentă
Obsesiv-compulsivă

TP din DSM 5 se corelează cu unele cadre nosologice

Cluster A

TP Schizoidă
TP Paranoidă
TP Schizotipală



Tulburarea psihotică

- schizo-paranoidă
- delirantă

(Externalizate) Cluster B

TP Antisocială
TP Borderline
TP Histrionică
TP Narcisistă



Tulburarea disociativă

Tulburarea afectivă bipolară
cu cicluri rapide

(Internalizate) Cluster C

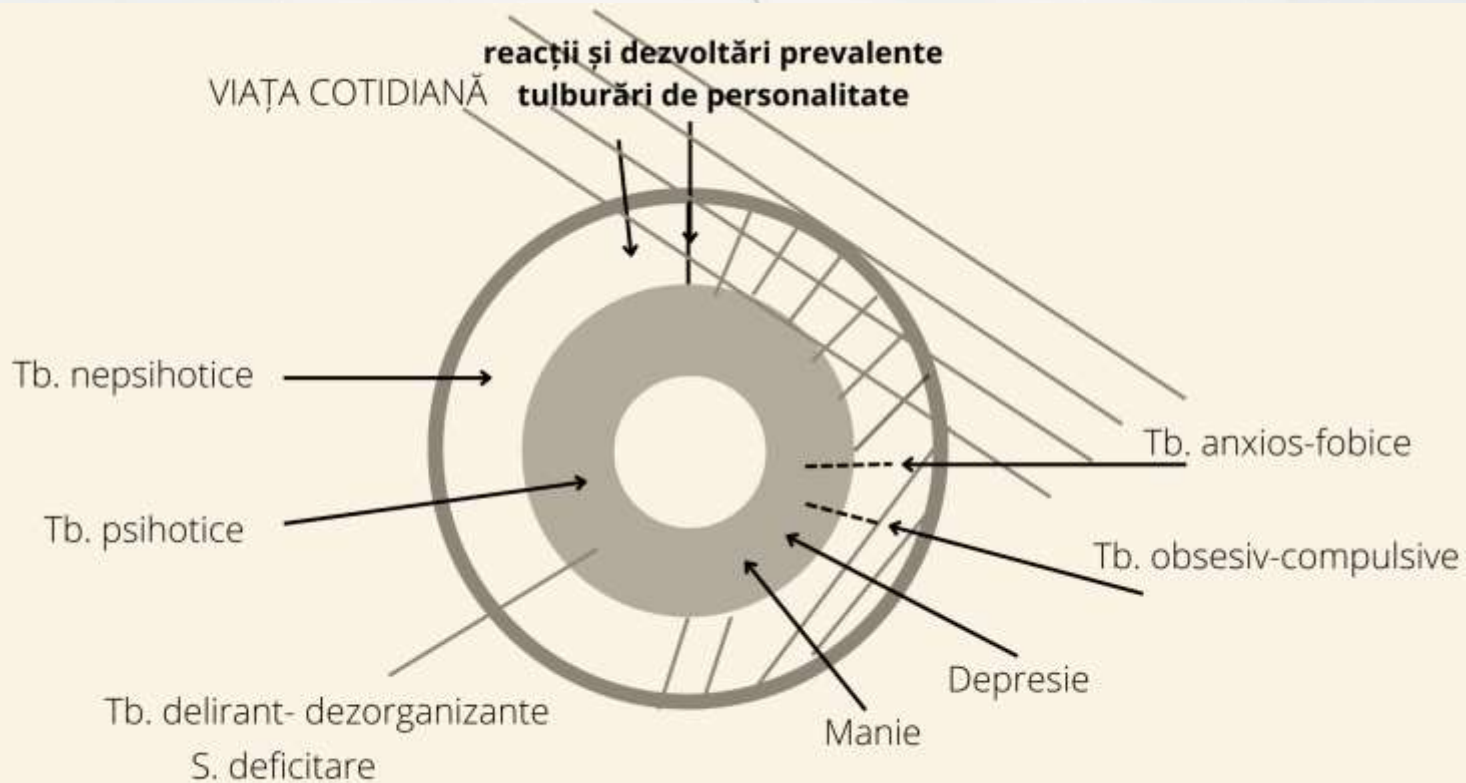
TP Evitantă
TP Dependentă
TP Obsesiv-compulsivă



Tulburarea obsesiv-compulsivă

Tulburarea anxios-depresivă

TULBURĂRILE PRISHOPATOLOGICE ȘI ORBITA PSIHOTIFORMĂ



Dispoziții afective și comportamentale

EXTERNALIZATE

euforie

Conflict cu cei din jur
Impulsivitate

agresivitate

Indiferent (flegmatic)
Schizotim
Schizo-apatie

dezinhibiție

încredere în sine

asertivitate

iritabilitate

Rece afectiv

inhibiție

nelinește

Calm observațional

obsesivitate

depresie

Conflict cu sine
Retragere, nesiguranță de sine

anxietate

INTERNALIZATE

Polarizarea externalizat/ internalizat...

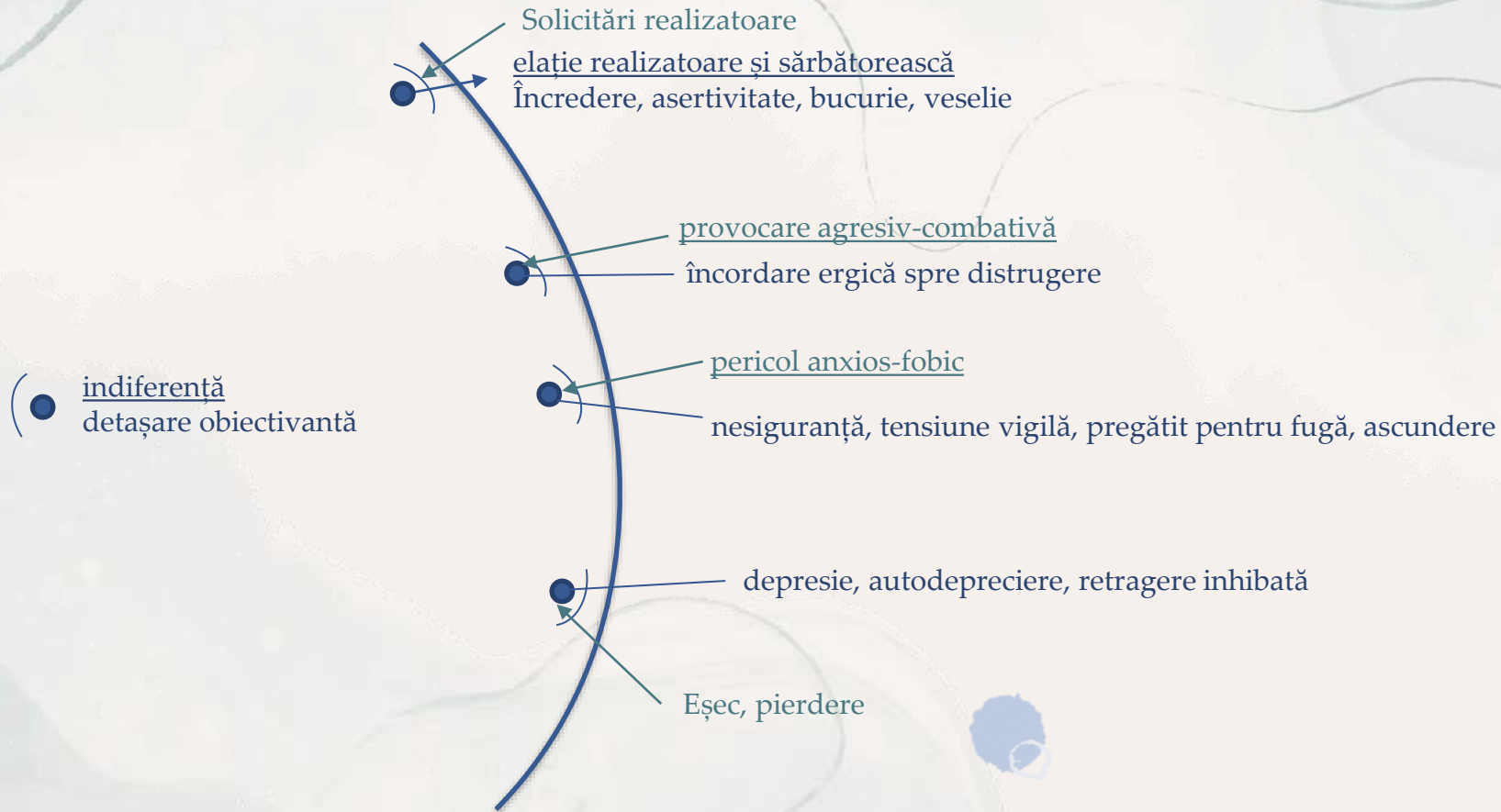
are la bază orientarea stărilor dispoziționale, care apar ca și moduri de raportare ale subiectului la anumite situații, la lume. Exprimă o poziționare comportamentală, afectivă și/sau relațională.

Din perspectivă predominant comportamentală, atitudinea poate fi:

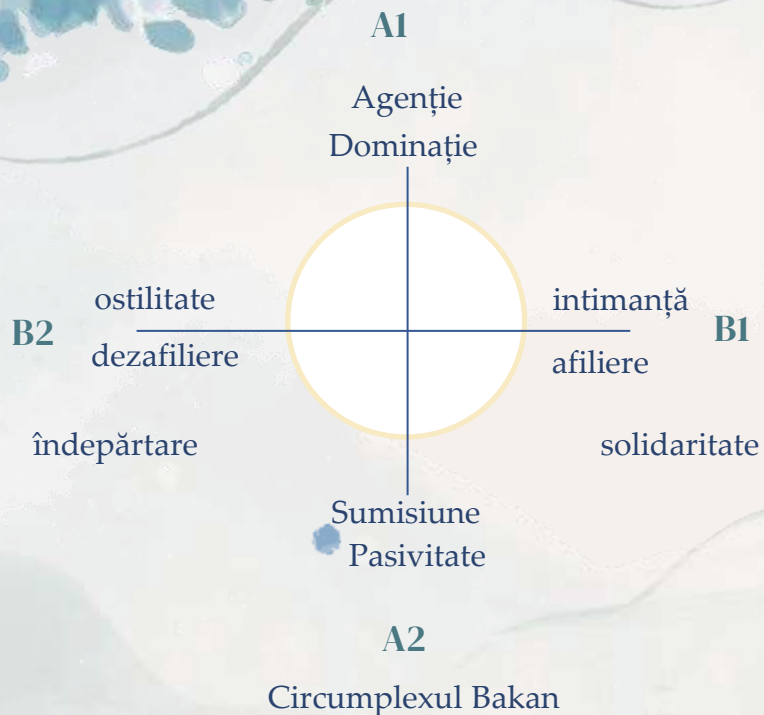
- De investigare-explorare, de implicare majoră într-o realizare efectivă, de confruntare și luptă
- De așteptare tensionată, de pregătire pentru retragere și ascundere, de retragere inhibată în vederea refacerii, urmată de contemplație, meditație, rugăciune, etc.



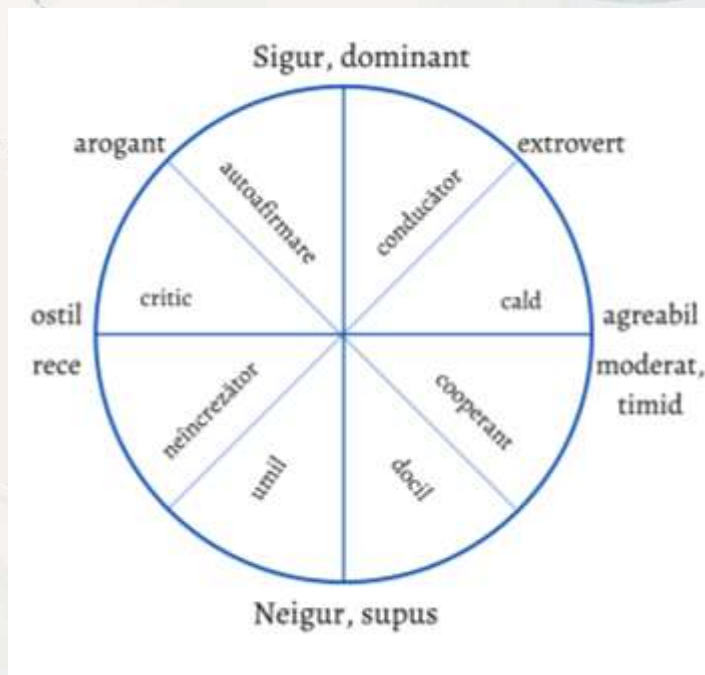
Din perspectivă dispozițională



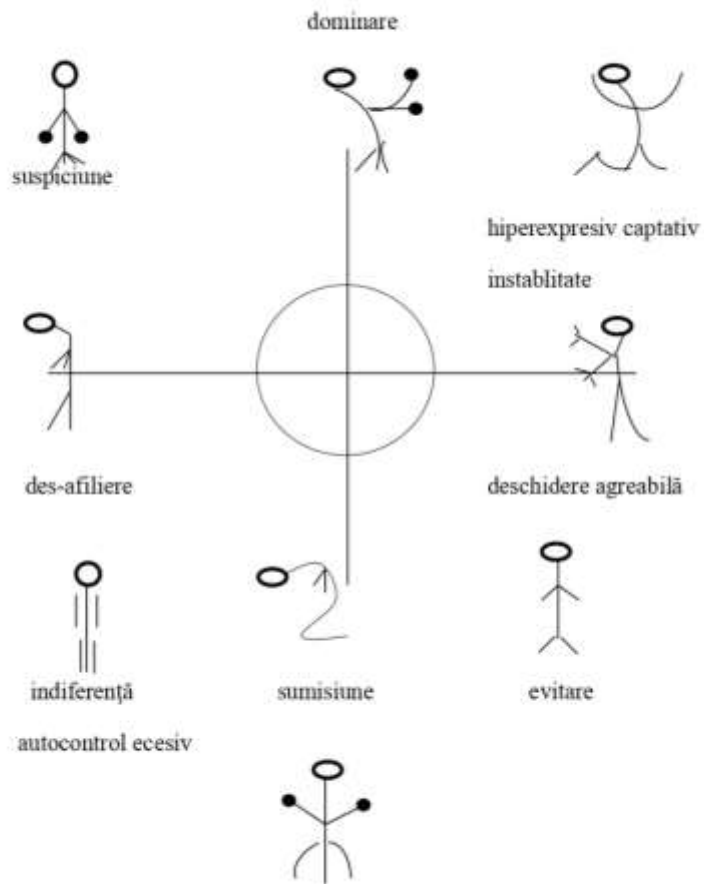
Dispozițiile comportamentale se raportează la circumplexul relațiilor interpersonale



Circumplexul interpersonal



Circumplexul relațiilor interpersonale





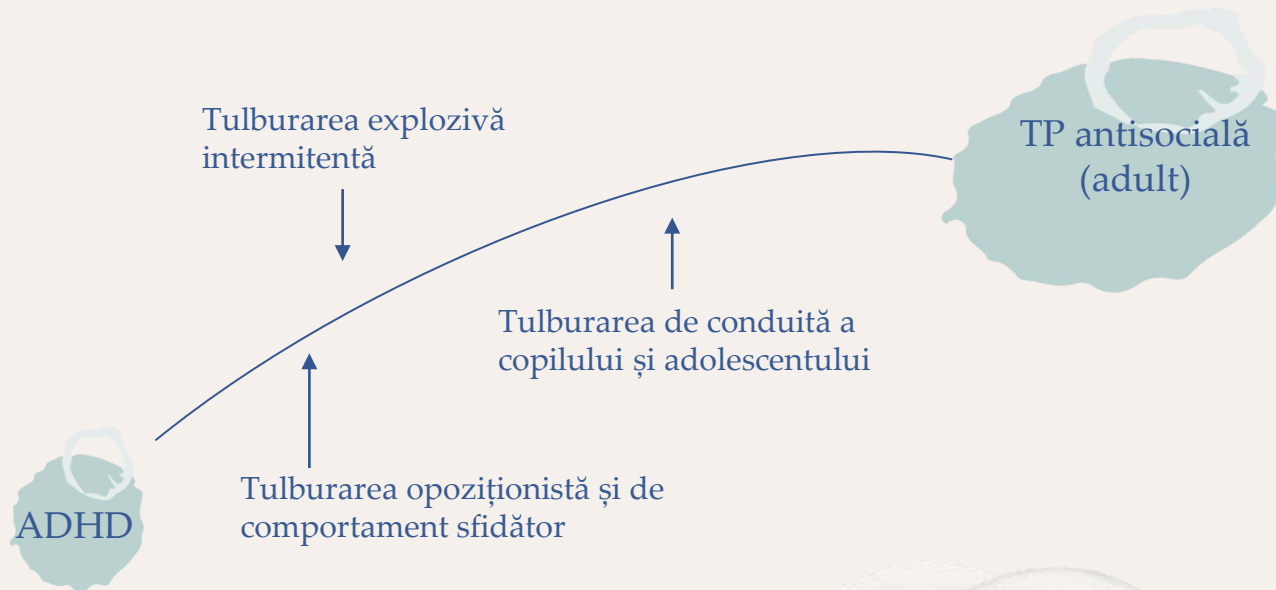
În cazul Tulburărilor de Personalitate, în prim plan se plasează distorsiunea dispozițiilor interpersonale, evidente și la TP Marginală din Clusterul B.

Cea mai reprezentativă în clusterul B, este cea Antisocială, pe care o vom invoca drept referențial în comentarea TP Marginale.

TP Antisocială este instructivă-psihiopatologic și pentru că ea se degajă dintr-un întreg complex de tulburări comportamentale ce se manifestă și developmental.

Tulburarea de Personalitate Antisocială și spectrul ei

Tulburarea de personalitate antisocială e comentată în DSM V, nu doar în capitolul **tulburări de personalitate**, ci și printr-un grupaj de **tulburări dezvoltamentale**, care, cel mai frecvent o preced.



Tulburarea de opoziție și de comportament sfidător

= pattern comportamental cu dispoziție iritabilă furioasă (grief) și argumentare sfidătoare (sau vindicativă)

- se manifestă începând din prima copilărie, comportamentul durează peste 6 luni și se răsfrânge asupra indivizilor, animalelor, proprietăților
- Subiectul își pierde ușor cumpătul, este adesea supărăcios, furios, revoltat, plin de resentimente. Se ceartă adesea cu autoritățile, refuză să se conformeze regulilor, îi poate enerva deliberat pe alții, sau îi învinovățește pentru propriile-i greșeli
- Dacă nu se soldează cu distrugereri sau leziuni, comportamentul trebuie să se manifeste cel puțin de 2 ori/săptămână mai mult de 3 luni.

Tulburarea explozivă intermitentă

- se manifestă după 6 ani, prin izbucniri comportamentale intermitente ce exprimă pierderea controlului asupra impulsurilor agresiv
- agresioni verbale (izbucniri, tirade) sau agresioni fizice (împotriva proprietății, animalelor, indivizilor), nepremeditate și care depășesc proporția priovocării.
- Dacă nu se soldează cu distrugeri sau leziuni, comportamentul trebuie să se manifeste cel puțin de 2 ori/săptămână mai mult de 3 luni. Dacă sunt distrugeri și/sau lezarea altora, pentru diagnostic ajung 3 manifestări în 12 luni.

Tulburarea de conduită

= pattern de comportamente repetitive și persistente ce apar cel mai des după 10 ani prin care sunt violate drepturile de bază ale altora, normele și regulile de conviețuire în comun

Agresiuni asupra oamenilor și animalelor:

- deseori sare la ceartă, amenință sau intimidează pe alții
- inițiază confruntări fizice;
- folosește arme ce pot cauza serioase leziuni;
- este fizic crud cu alte persoane sau cu animalele;
- îl forțează sexual pe altul.

Distrugerea deliberată a proprietății altora, producerea de incendii:

- Înșelăciune, furt, minciună.
- Violare serioasă a regulilor (pleacă de acasă, uneori pentru mai mult timp)
- Absenteism școlar


Criteriile de diagnostic cer ca, cel puțin 12 luni să fie prezente 15 manifestări din cele de mai sus.

La Tulburarea de Conduită se specifică și date asupra dispoziției afective:

- limitarea emoțiilor prosoziale, cel puțin 12 luni, în multiple relații și locuri; și care reflectă funcționarea interpersonală și emoțională a subiectului.

Se reține:

- Lipsa remușcărilor și a sentimentului de vinovăție
- Nu-l interesează ceea ce simte altul. E nepăsător; E concentrat mai mult asupra efectelor pe care actele sale le are asupra sa decât asupra altora.
- Este neinteresat de performanțele sale, chiar dacă sunt scăzute, atât la școală cât și la muncă.
- Are afecte superficiale sau deficitare. Nu exprimă afecțiune sau emoții pentru alții decât în manieră nesinceră sau dacă urmărește un profit.



Tulburările psihice incluse în categoriile menționate mai sus se centrează pe probleme relaționale interpersonale; inițial între copil și cei ce-l îngrijesc, ulterior între tânăr și societatea adulților. Ele derivă din comportamente ce se întâlnesc și în normalitate, fiind studiate de psihologia relaționării și caracterizării interpersonale.

Tulburarea de personalitate antisocială

este și ea menționată în acest capitol al DSM V, deși este inclusă și în capitolul *tulburărilor de personalitate*

= **pattern persistent și inflexibil de atitudini și comportamente care neglijează sau violează drepturile alora, manifestat după 18 ani (unele simptome de conduită pot fi prezente înainte de 15 ani).**

3

- Incapacitatea de a se conforma normelor sociale, legale (indicată de comiterea repetată de acte care constituie motive de arest)
- Incorectitudine, indicată de minciuni repetate, recursul la alibiuri, manipularea altora pentru profit sau plăceri personale
- Impulsivitate sau incapacitate de a face planuri
- Iritabilitate și agresivitate, indicată de confruntări (bătăi) sau atacuri corporale repetate
- Neglijență nesăbuită pentru siguranța personală sau a altora
- Iresponsabilitate, incapacitate repetată de a avea un comportament consecvent în muncă ori de a-și onora obligațiile financiare
- Lipsa de remușcare, indicată prin indiferență ori prin faptul de a justifica de ce a făcut să sufere, a maltratată sau a furat de la altul

Cap. 13 DSM V

Cazuistica sistematizată de DSM V în capitolul 13 (descrisă mai sus), sugerează că o arie a *tulburărilor de personalitate*, centrată de cea *antisocială*, se organizează developmental prin conduite interpersonale **EXTERNALIZATE** distorsionate, impulsiv-agresive, pe fundalul unei dispoziții afective iritabile, disforice sau indifferente.

Oscilațiile endotime subdepressive și hipomaniacale pot diminua sau accentua comportamentul conflictual; și orienta agresivitatea uneori spre sine.

Multe dintre aceste manifestări, dacă apar în condiții de hipercontrol și a unei dispoziții anxios-depresiv-fobice, se vor regăsi ca simptome obsesiv-compulsive (compulsia de a agresa, incendia, distruge).

Corelația dintre comportamentul disocial, impulsivitate, impulsivitate și autocontrol a fost abordat recent și în studiile privitoare la *psihopatie*.

Problematica psihopatiei

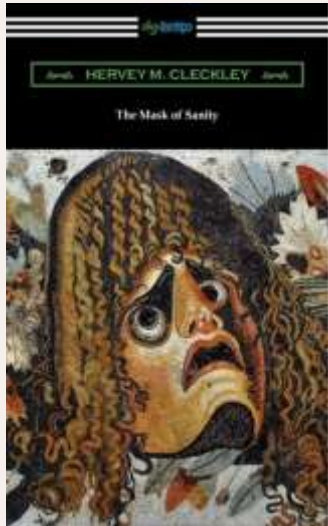
1941

este descris și discutat un anumit tip de persoană anormală „psihopatul”

- caracterizat ca fiind activ, independent, sociabil, plăcut și convingător în relația cu alții, având un farmec superficial și o bună inteligență, stăpân pe sine, sigur, fără simptome de serie nevrotică, abil în a rezolva probleme interpersonale în folosul său.

DAR

- complet lipsit de sinceritate, în care nu te poți încrede, fără sentimentul rușinii și al remușcărilor
- cu un comportament antisocial inadecvat, manipulator și exploator; și nu învață din experiență.
- egocentric, incapabil de a iubi, cu o afectivitate restricționată. Nu-și dă seama și nu înțelege faptul că manifestările sale sunt neadecvate.



Problematika psihopatiei

Harre (1985) a operaționalizat itemii de caracterizare a psihopatiei lui Cleckley ajungând la o listă de 20 (PCL -checklist); aceștia au fost partajați – în urma unor analize factoriale – între:

Fermecător
Grandios
Interpersonal
Mincinos
Manipulativ
Nevoie de stimulare
Parazitism
Lipsă de scopuri
Stil de viață antisocial
Impulsivitate
iresponsabilitate

F1
**Trăsăturile de
personalitate**

F2
Comportament

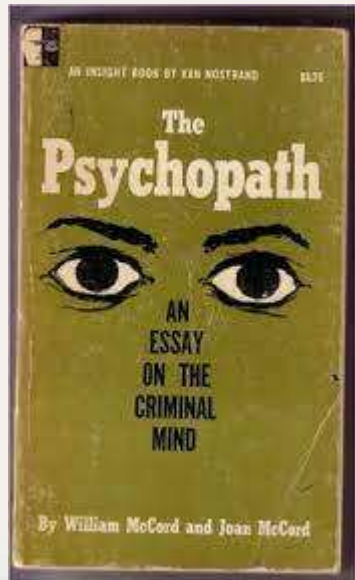
Fără remușcare
Superficial
Cruzime
Nu acceptă responsabilitate
Control comportamental redus
Tulburări de comportament timpurii
Delicvență juvenilă recidivantă
Versatilitate criminală

Ca dezvoltări ulterioare, pornind de la ideea că psihopatia ar fi o dimensiune de personalitate supraadăugată celor ce definesc tipurile categoriale din DSM-5, s-au propus modele în care fiecare din acestea ar avea și o variantă psihopată (Millon).

Apoi, Lyyked (1957) a atras atenția privitor la lipsa reacției de anxietate la „psihopatul primar”, care ar fi predominant condiționat genetic; prin absența din encefal a unor structuri neuronale care să susțină emotivitatea socială.

Sunt persoane lipsite și de empatie, de atașament, de impresionabilitate, milă, sensibilitate la vinovăție. Acest deficit bio-afectiv a fost etichetat prin expresia „Callous Unemotionality” - C.U. - (aspru-neemoțional). El e exprimat în DSM-5 prin formularea „limitarea emoțiilor prosoziale”.

Spre deosebire de această cazuistică, întâlnim „sociopatul” (sau psihopatul secundar), a cărui devianță caracterial comportamentală ar rezulta predominant din influențele negative ale ambianței educative, care induc învățări patologice.

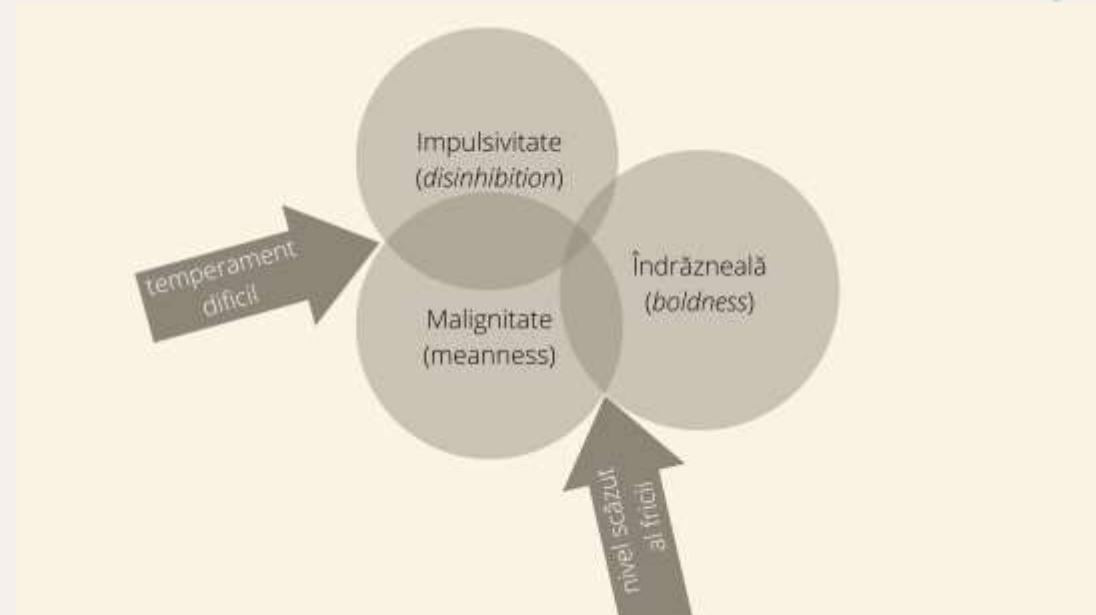


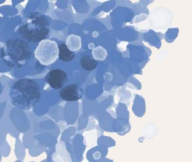
În 1964 a apărut cartea lui McCord and McCord: **The psychopath. An Essay on the Criminal Mind**, care avea în vedere studierea unei cazuistici penitenciare formată din infractori criminali. La aceasta, lipsește „farmecul superficial”; dar se regăsește lipsa de empatie, milă și remușcare, o agresivitate activă, crudă, criminală, de tip „instrumental”, predator. În acest grupaj se agregă psihopații sadici și criminali în serie.

În ultimii ani problema psihopatiei a început să fie abordată dimensional și multifacetat; direcție în care s-a impus „modelul triarhic” (Patrick), care are în vedere trei poli (sau fațete, dimensiuni):

Problematica psihopatiei

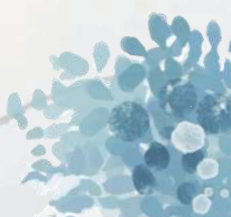
În ultimii ani problema psihopatiei a început să fie abordată dimensional și multifacetat; direcție în care s-a impus „modelul triarhic” (Patrick), care are în vedere trei poli (sau fațete, dimensiuni):





Prima dimensiune, conceptualizată ca îndrăzneală (*baldness*) se referă la: lipsa de frică socială, însoțită de asertivitate, stabilitate emoțională, spirit de aventură. Ea exprimă un tip special de dezinhibiție însoțită de siguranță de sine, imunitate la stres, atitudine nepăsătoare (lipsa de griji), cu potențial interpersonal carismatic și cu căutarea noului. Originile acestei trăsături trimit la descrierile lui Cleckley, a psihopatului ca om sociabil, plin de farmec seductiv, lipsit de anxietate și probleme nevrotice. Dar s-au găsit și alte corelații: în caracteriologia persoanelor cu „trăsături extroversive” și „emoționabilitate pozitivă” sau în valorile pozitive ale comportamentului de tip leadership.

S-ar putea comenta și similitudinea cu comportamentul hipoman, care este orientat spre o sociabilitate gregară, imună la stresori, interesant de nou și plină de inițiativă și îndrăzneală.

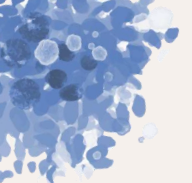


A doua dimensiune din modelul triarhic e impulsivitatea, cu trimitere la actele îndrăznețe dar neplanificate, realizate spontan, reactiv-impulsiv, ca expresie a dezinhibiției și lipsei de autocontrol. În perspectiva descrierilor clasice ale lui Achenbach, lipsa de autocontrol se întâlnește în comportamentele externalizate, presupunând un deficit al funcțiilor executive; precum și a celor de control al impulsurilor și relaționărilor. În acest sens, impulsivitatea e prezentă în ADHD și în tulburările din Cap. 13 DSM-5 comentate mai sus.

Dar impulsivitatea se corelează frecvent și cu afectele negative, ca anxietatea, depresia, sentimentul de culpă. Aspectul nu e pregnant în modelul clasic al psihopatului Cleckley. Dar se regăsește la psihopatul din penitenciare a lui McCord; precum și în noul cadru nosologic de tb. developmentală introdus în DSM-5 la Cap. Tb. depresive, a Tb disruptive intermitente, ce apare pe fundal depresiv.

A treia dimensiune a psihopatiei în modelul triarhic este malignitatea – meanness. E avută în vedere tendința spre agresivitatea proiectivă, instrumentală, crudă, dublată de lipsa afectivității de atașament și empatie (milă, remușcare), pe care le are în vedere conceptualizarea C.U. (*calous unafectivity*). Ca variante, la tineri se mai au în vedere : - grandiozitate manipulativă;- impulsivitate iresponsabilă.


Patrick sugerează de a se părăsi perspectivele univoce, propunând ca în cadrul modelului triarhic să se accepte variate combinații între cei trei poli. De aceea, dimensiunea impulsivității e acceptată în acest model, împreună cu posibilele sale trăiri anxios depresive, care nu ar fi un criteriu de excludere a psihopatului.



Se cere remarcat faptul că ansamblul problematic al psihopatiei privită dimensional, deși acceptă o dimensiune a instabilității impulsive, ne menține în cadrul larg al tb. externalizate, mai ales în planul dispozițiilor relaționale agresive, dublate de afectivitate predominant disforică și apatică; dar și ca relație prosocial realizatoare, ca „îndrăzneală” (*baldness*).

Ceea ce lipsește cu evidența, e aspectul autocontrolului problematizant, ca în cazul egodistoniei obsesionale.

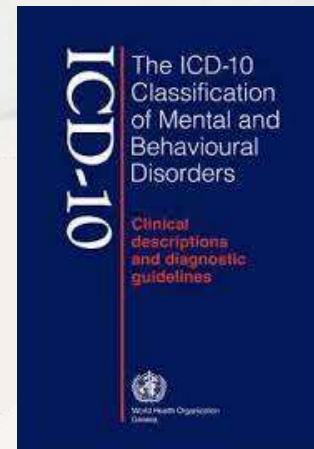
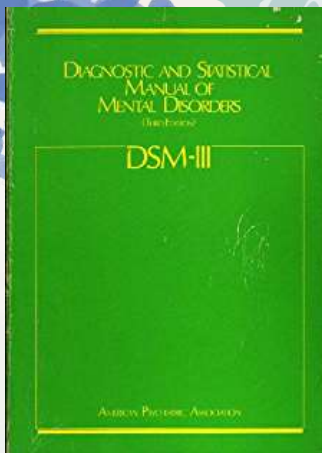
Ne putem reîntoarce acum privirea spre TP Marginală, marcată de instabilitate relațional-impulsivă, disforie și incertitudine a imaginii de sine; care desfășoară aceste trăiri nu în plan interpersonal public, ci într-o relaționare din aria intimității; dublată de o pronunțată incertitudine identitară; ce o apropie de TP obsesională..



Tulburarea de personalitate marginală și clusterul B al tulburărilor de personalitate



Prof. Dr. Lăzărescu Mircea
Dr. Riviș Ioana-Alexandra



- Tipul TP Marginală a fost promovat de către DSM-III în atmosfera neopsihanalitică ce se dezvoltă spre sfârșitul sec. XX, în paralel cu teoria atașamentului. Dar originea sa e în tradiționalul tip al „instabilului emoțional” (K.Schneider, 1921)

- Impulsiv: bruște comportamente neprevazute, conflictualitate prin acte impulsive, izbucniri de furie și violență, disozitie instabilă și capricioasă, inabilitate de a menține cursul unei activități de durată;
- Borderline : incertitudinea imaginii de sine, implicarea in relații intense dar instabile conducând la crize emoționale, eforturi excesive de a evita abandonul, acte repetate de autovătămare, sentiment cronic de vid interior;



Actuala TPM plasată în DSM-5 clusterul B, împărtășește cu celelalte tipuri din această clasă o raportare interpersonală distorsionată de tip externalizat, însă este:

- centrată pe o relație interpersonală din aria intimă de atașament; care e instabilă, în conjuncție cu propria incertitudine identitară și cu deficitul de control al situațiilor
- dispoziția afectivă e una disforică (depresie-iritabil-explozivă) dar și cu vid interior, cu izbucniri de furie și culpă.

Tulburările de personalitate marginală se diferențiază față de celelalte tipuri din clusterul B

Față de TP Antisocială

- derivă din Tb de conduită și opozitiv-provocatoare
- centrată pe încălcarea drepturilor altora și a normelor de conviețuire

se manifestă, deci, într-o arie de relaționare extinsă în plan social, dincolo de spațiul afectiv interpersonal

Tulburările de personalitate marginală se diferențiază față de celelalte tipuri din clusterul B

Față de TP Histrionică

- simte nevoia de a fi mereu în centrul atenției celorlalți, chiar necunoscuți, comportându-se hiperexpresiv-teatral peste tot în societate, fie pentru admirație fie pentru compătimire
- Se îmbracă și se exprimă mimico-gestual strident, uneori e provocator sexual.
- Exagerează expresiile emoționale, pe care nu le resimte autentic.
- Se comportă submisiv, e sugestionabil, cameleonic.

spectaculozitatea unor evenimente și situații publice, în raport cu mulți "spectatori" anonimi

În actuala societate care cultivă comunicarea tehnică la distanță, câmpul său de manifestare e mult îngustat

Tulburările de personalitate marginală se diferențiază față de celelalte tipuri din clusterul B

Față de TP Narcisistă

- cultivă o părere megalomană despre sine ca persoană de excepție; pe care și-o cultivă prin fantezii imaginare și pretinzând altora un comportament corespunzător.

Narcisistului îi lipsesc însă incertitudinea identitară, centrarea pe o anumită relațioare apropiată, trăirile disforice, exploziile de furie și culpă, perioadele de vid interior.

TP Marginală, la fel ca și cea Histrionică și Narcisită, își trag parțial conturul din tradiția histeriei de după Charcot; care – în marginea „freudismului” – a invadat nu doar aria nevrozelor, ci și problematica personologiei normale și anormale, pe măsură ce aceasta s-a constituit.

La confluența celor trei, o tulburare ce a fost intermitent comentată interbelic, a fost *Pseudologia Fantastă*; în care, subiectul relatează despre sine situații și evenimente excepționale, autoplasându-se în relații cu importante personalități publice; și confabulând despre averi, evenimente și poziții sociale de excepție.

Dar la pseudolog centrul megalomaniei e plasat în povestea relatată altora (spre deosebire de delirantul fantast, ce e convins de o nouă identitate, psihotică).

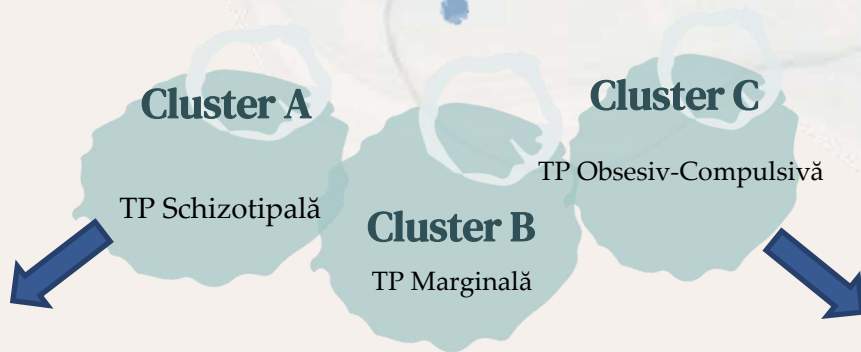
În raport cu TP din clusterul B, TPM exprimă o mai amplă preocupare spre receptare autoanalitică; fapt care ar apropia-o parțial de TP Obsesiv-Compulsivă (TPOC).

Dar, autocontrolul lipsește la TPM. Pe când la obsesiv el este hipertrofiat. Împreună cu preocuparea față de o stabilitate psihică rigidă și inflexibilă, care centrează chinul psihism al obsesivului anankast; și care e convertită la TPM în opusul ei: o instabilitate dizolvantă.

Totuși, sentimentul de gol și vid interior - de plictis și *spleen* - se întâlnește constant și la obsesivul malign, fapt constatat încă de pe vremea psihasteniei lui Janet.

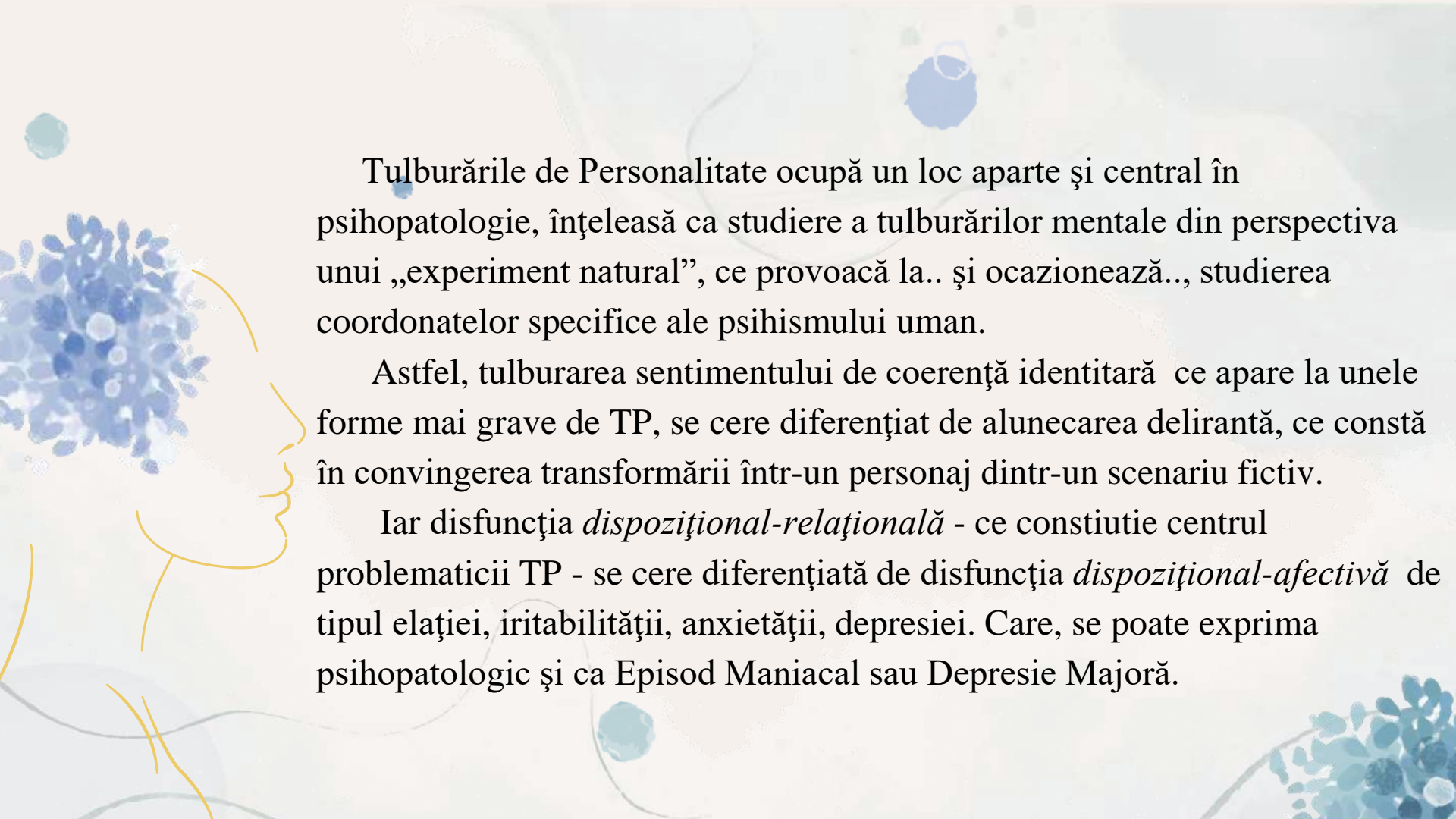
Fragilitatea și labilitatea coerenței identitare a personalității

Deficitul de resimțire al identității – a coerenței centrale identitare – e evident și la TP Schizotipală – cu un început de deorganizare ideoverbală, trăiri parapsihologice etc., care derivă, împreună cu TPM, dintr-o cazuistică psihanalitică ce fusese etichetată ca intermediară între nevroze și psihoze”



Își resimte incertă identitatea la fel ca TPM, refuză însă apropierea de alteritate; ținând mereu la distanță pe alții, prin relaționări oficiale; și încearcă să-și contureze un profil identitar prin hiperconformarea la norme, statute și roluri sociale („nomopatia” –Krausz).

Cele trei tipuri de TP menționate la acest nivel – Marginală, Schizotipală și Obsesiv-Compulsivă – prezintă de fapt frecvente cazuri ce pot fi considerate ca intermediare între TP și orbita psihozei.



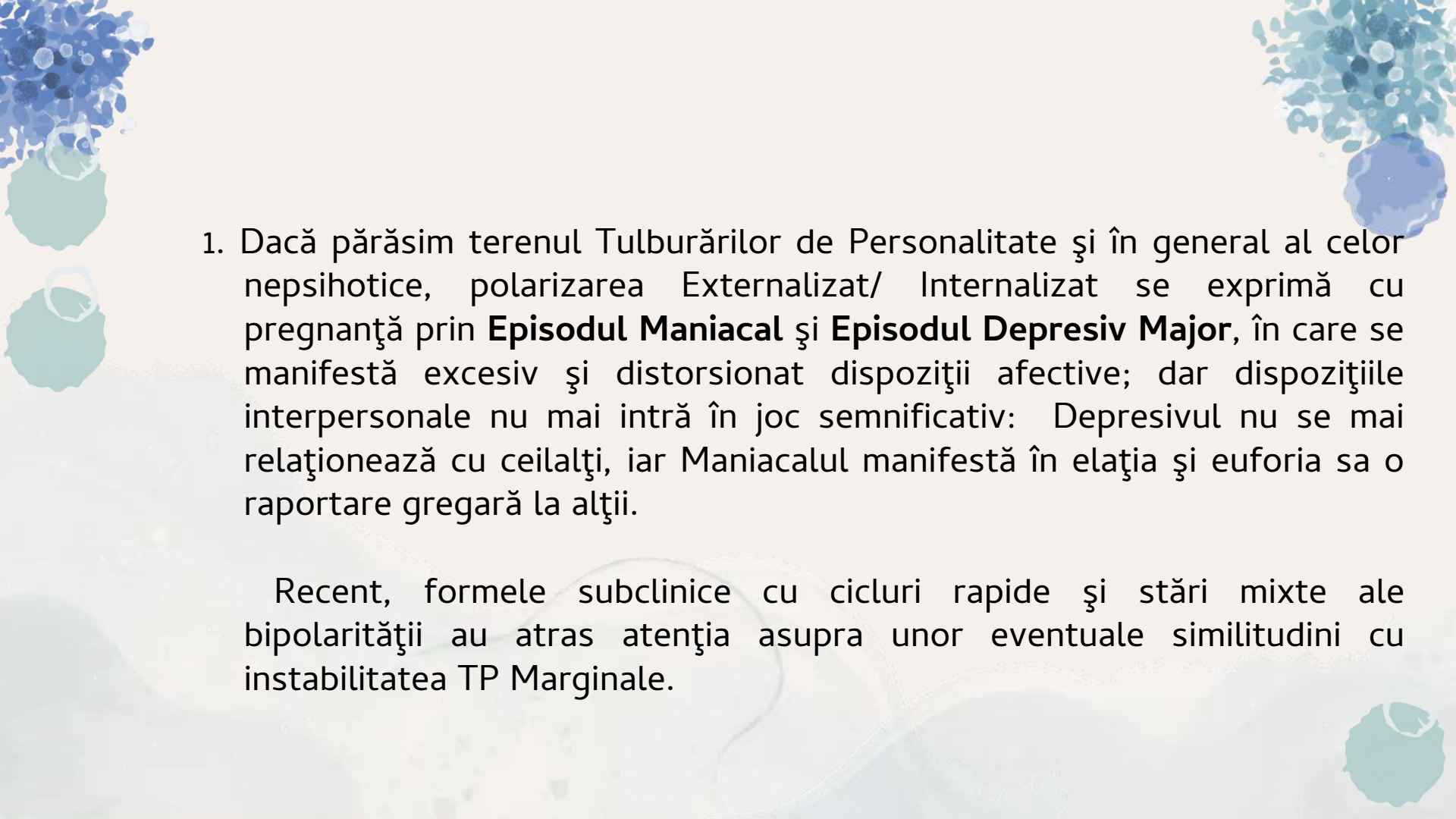
Tulburările de Personalitate ocupă un loc aparte și central în psihopatologie, înțeleasă ca studiere a tulburărilor mentale din perspectiva unui „experiment natural”, ce provoacă la.. și ocazionează.., studierea coordonatelor specifice ale psihismului uman.

Astfel, tulburarea sentimentului de coerență identitară ce apare la unele forme mai grave de TP, se cere diferențiat de alunecarea delirantă, ce constă în convingerea transformării într-un personaj dintr-un scenariu fictiv.

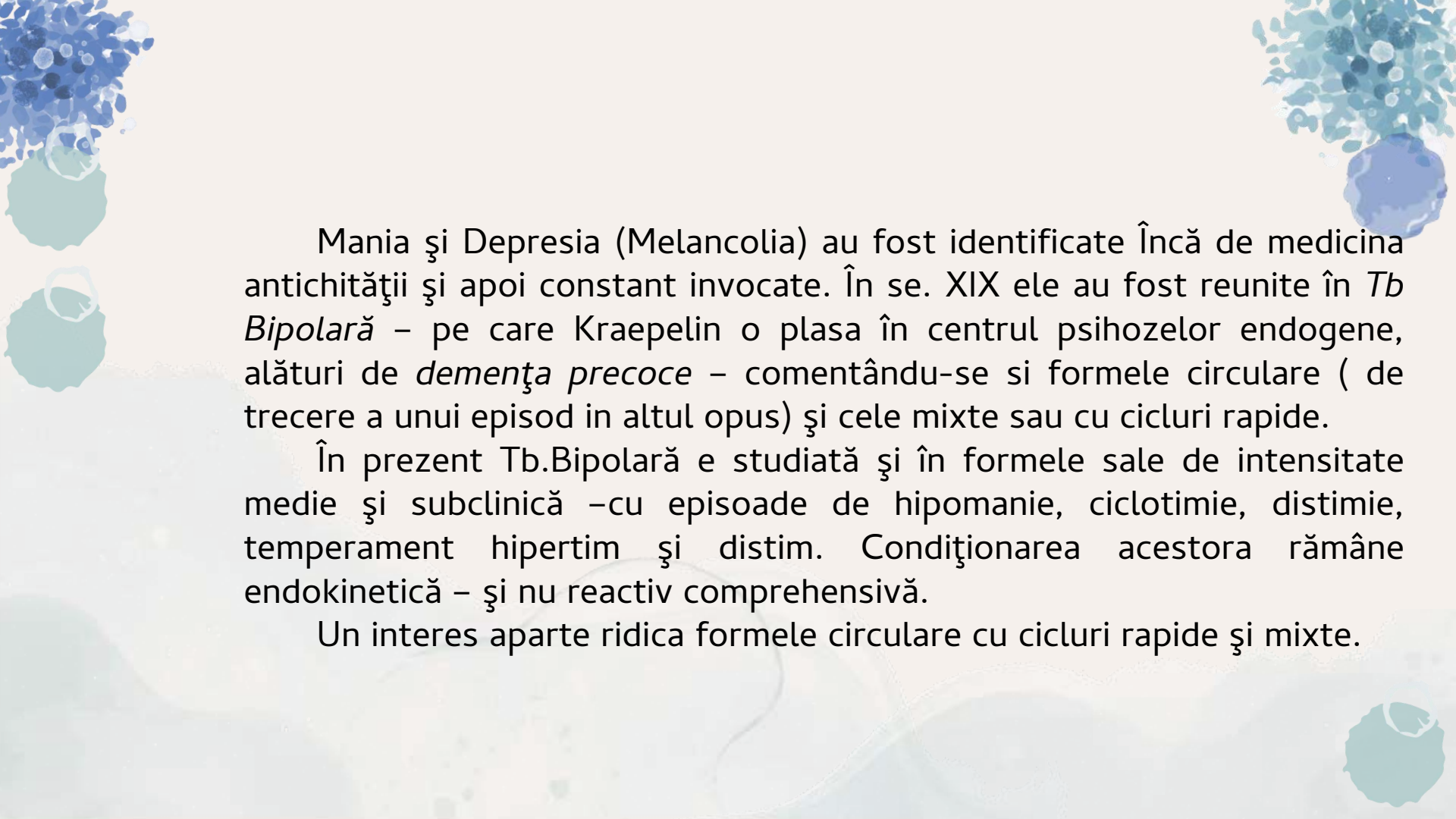
Iar disfuncția *dispozițional-relațională* - ce constiutie centrul problematicii TP - se cere diferențiată de disfuncția *dispozițional-afectivă* de tipul elatiei, iritabilității, anxietății, depresiei. Care, se poate exprima psihopatologic și ca Episod Maniacal sau Depresie Majoră.

**F. Polarizarea Externalizat / Internalizat în perspectiva
patologiei dispoziționale Bipolare, prin alternanța Episoadelor
maniactal și depresiv**



- 
1. Dacă părăsim terenul Tulburărilor de Personalitate și în general al celor nepsihotice, polarizarea Externalizat/ Internalizat se exprimă cu pregnanță prin **Episodul Maniacal** și **Episodul Depresiv Major**, în care se manifestă excesiv și distorsionat dispoziții afective; dar dispozițiile interpersonale nu mai intră în joc semnificativ: Depresivul nu se mai relaționează cu ceilalți, iar Maniacalul manifestă în relația și euforia sa o raportare gregară la alții.

Recent, formele subclinice cu cicluri rapide și stări mixte ale bipolarității au atras atenția asupra unor eventuale similitudini cu instabilitatea TP Marginale.

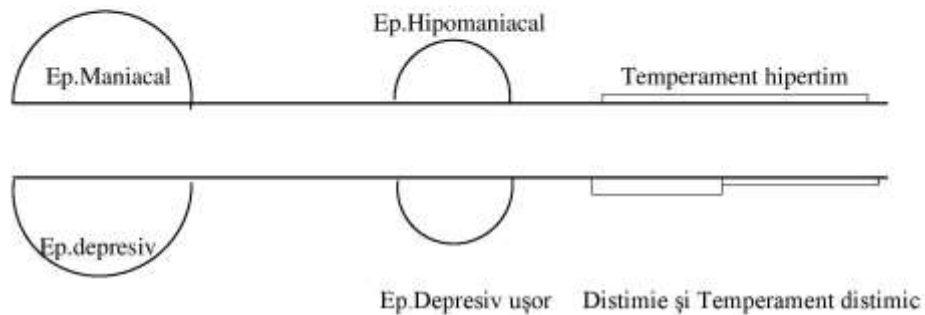


Mania și Depresia (Melancolia) au fost identificate încă de medicina antichității și apoi constant invocate. În se. XIX ele au fost reunite în *Tb Bipolară* – pe care Kraepelin o plasa în centrul psihozelor endogene, alături de *demența precoce* – comentându-se și formele circulare (de trecere a unui episod în altul opus) și cele mixte sau cu cicluri rapide.

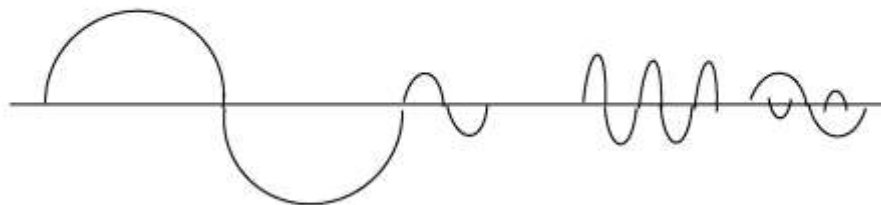
În prezent *Tb. Bipolară* e studiată și în formele sale de intensitate medie și subclinică –cu episoade de hipomanie, ciclotimie, distimie, temperament hipertim și distim. Condiționarea acestora rămâne endokinetică – și nu reactiv comprehensivă.

Un interes aparte ridică formele circulare cu cicluri rapide și mixte.

Episoade ale Tulburării Bipolare



Forme ciclice și cu cicluri rapide



Episoadele se pot însoți și cu simptomatologie psihotică delirantă sau schizoafectivă

Episodul Maniacal în DSM-5 e caracterizat prin:

Prezența continuă peste 14 zile și perturbatoare social a unei

DISPOZIȚII ELEVATE și a unei ACTIVITĂȚI CRESCUTE
(expansivă, iritabilă) orientată spre scop

+ trei din

nevoie redusă de somn

creșterea activității (agitație)

logoree

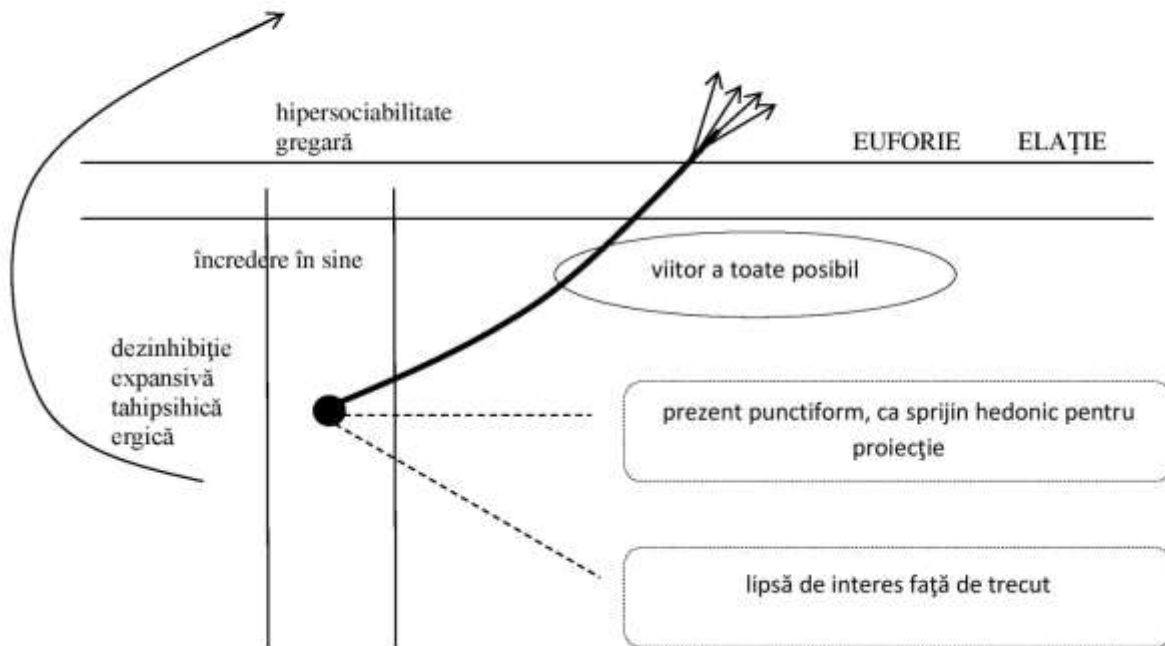
implicarea în acțiuni riscante

fugă de idei

GRANDIOZITATE

distractibilitatea atenției

**Sindromul maniacal înțeles ca deficit disfuncțional al dispoziției de elăție euforică din normalitate;
aspecte formale**

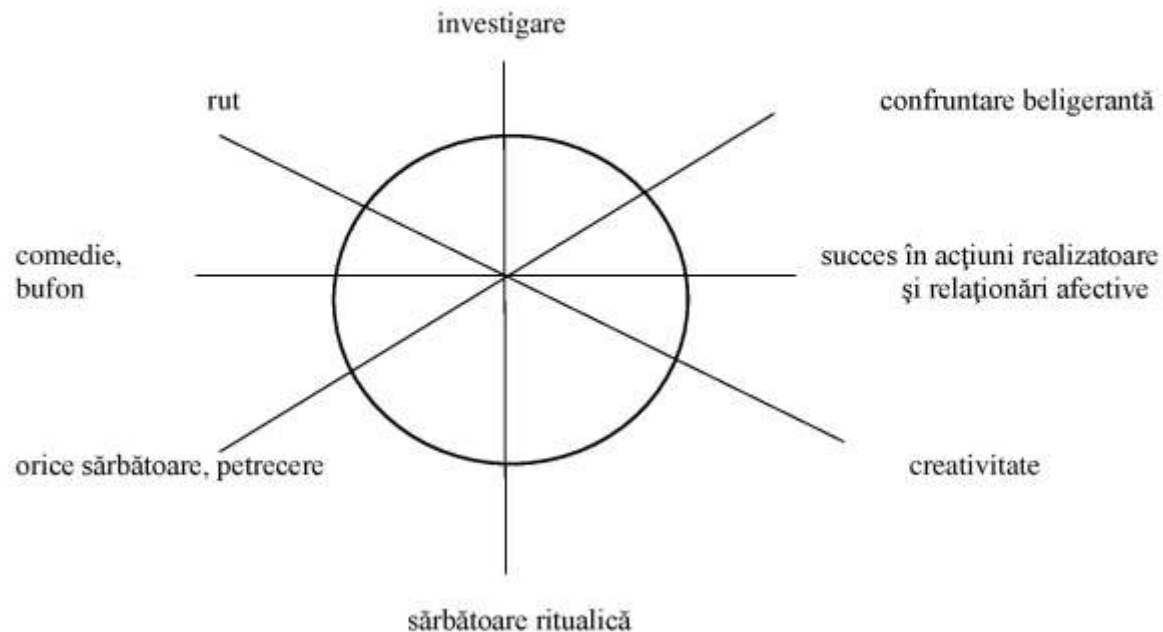


Simptomatologia sindromului maniacal privită ca derivând dintr-o tulburare formală bazală

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

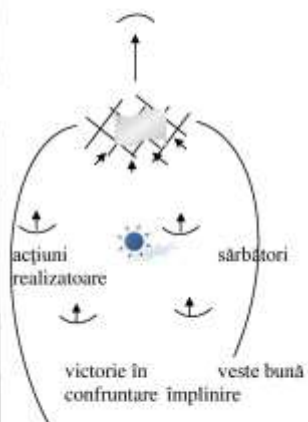
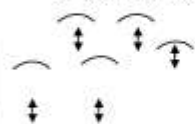


**Circumplex al modalităților adaptative psihoantropologice care au la bază schema formală a
dispozițiilor externalizate**



În psihopatologie asistăm la condensarea schemelor (structurilor funcționale) ale variatelor dispoziții externalizate într-un model rigid, ce se impune la stimuli minori, decontextualizând subiectul.

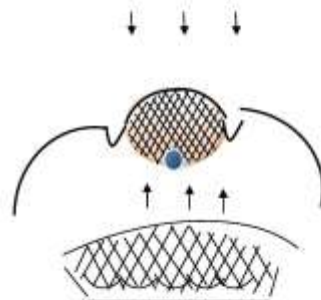
a. Normalitatea



Subiectul dispune de variate modalități dispoziționale în clasa dezinhibiției expansive prosociale, care se activează în evenimente prin conjuncție cu situații specifice

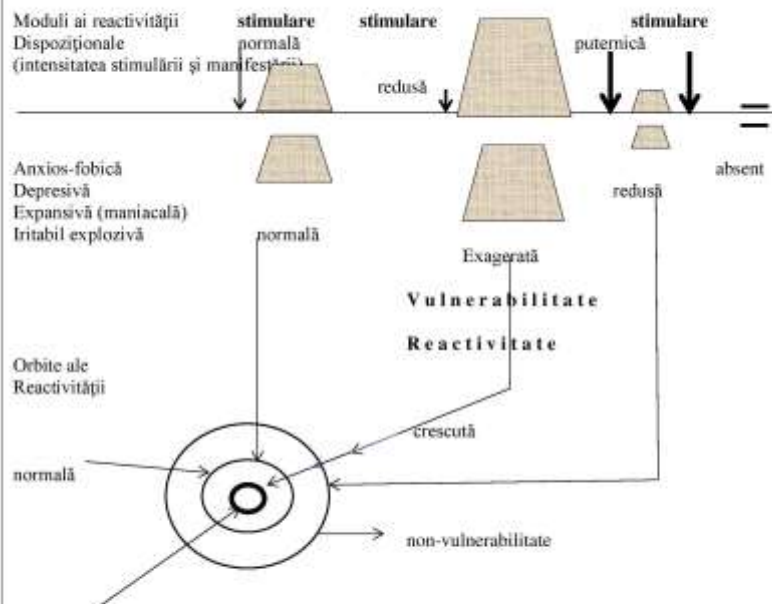
b. Anormalitatea

Solicitări minore sau nespecifice declanșează schema formală externalizată care acaparează psihismul și îl decontextualizează



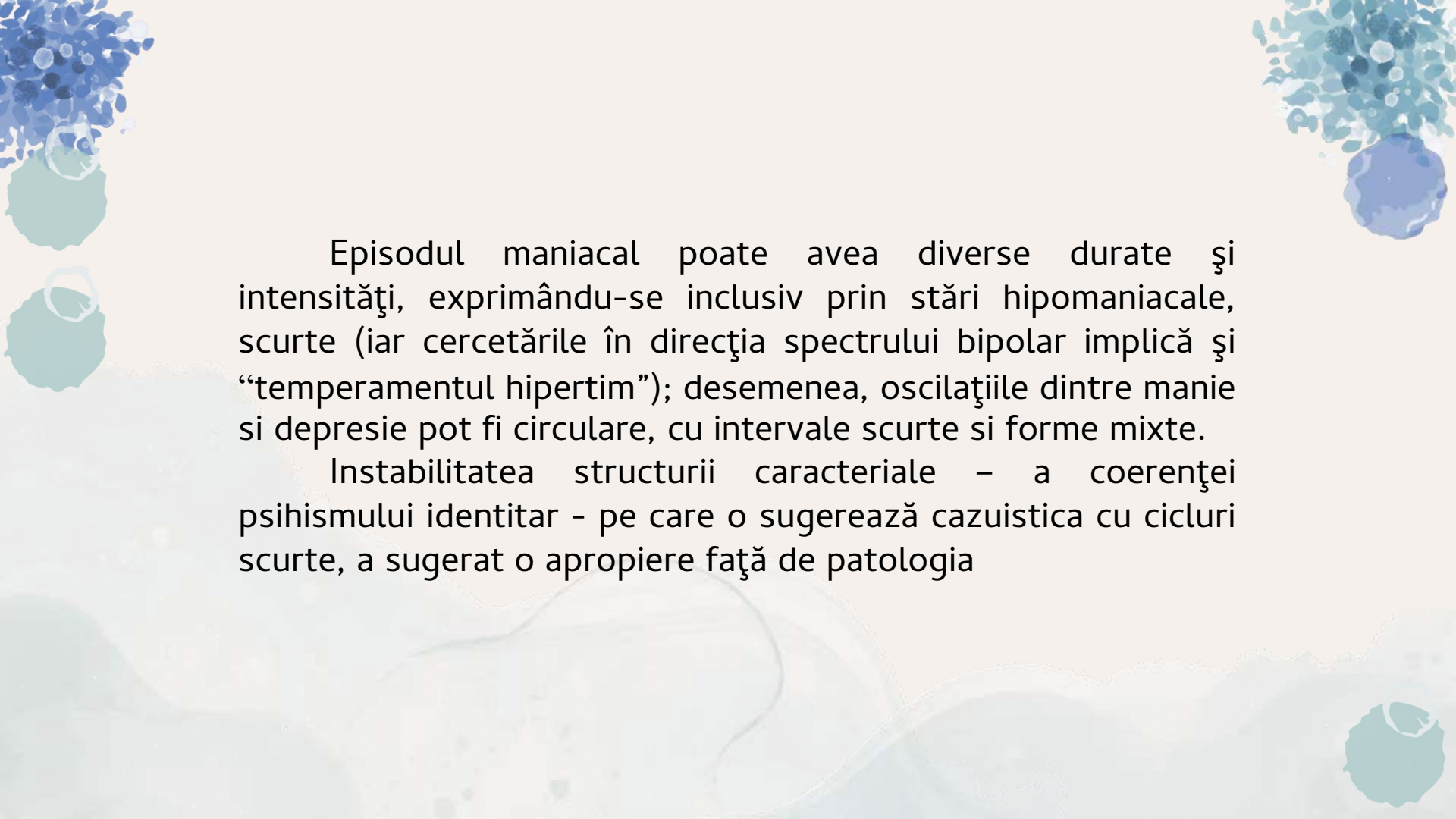
Disponibilitățile externalizate se comasează nediferențiat într-o schemă formală rigidă a dezinhibiției expansive

Dinamica reactivă și endogenă a stărilor dispozițional comportamentale



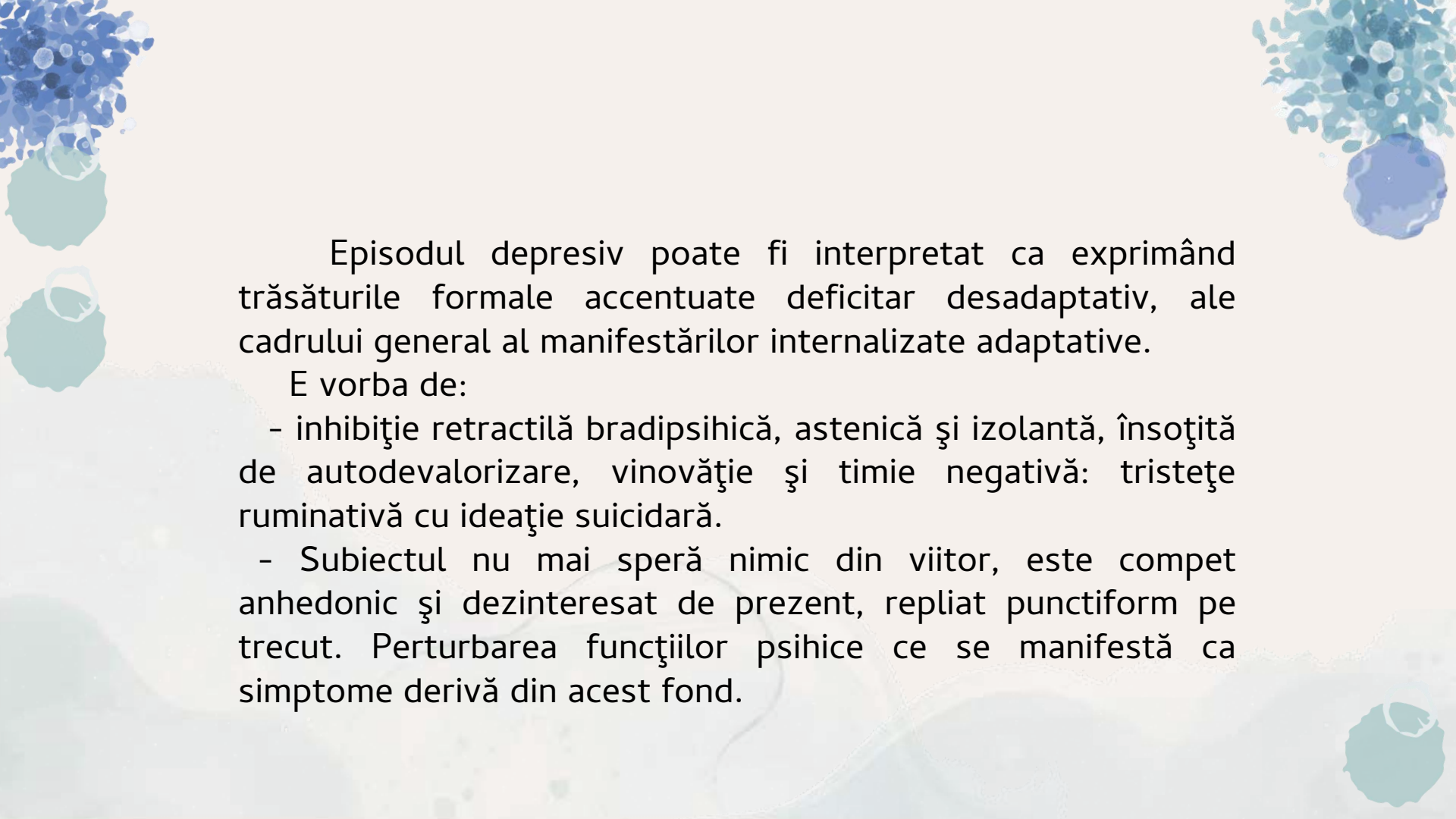
Reactivitatea dispozițională poate "cădea" – se poate agrega – pe o orbită hipersensibilă care se autointreține (nu mai are nevoie de cumulare a noi stresori) și determină o hipersensibilitate sau o manifestare continuă anormală a stării dispoziționale (anxioasă, depresivă, expansivă, iritabil explozivă, suspicioasă)

Această situație ar putea fi invocată și în comentarea episoadelor scurte de manie și depresie, a patologiei cu cicluri rapide, și, în cele din urmă, a "stărilor mixte" fapt care însă sugerează o relaxare a funcțiilor ce susțin coerența centrală a psihismului.



Episodul maniacal poate avea diverse durate și intensități, exprimându-se inclusiv prin stări hipomaniacale, scurte (iar cercetările în direcția spectrului bipolar implică și “temperamentul hipertim”); desemenea, oscilațiile dintre manie și depresie pot fi circulare, cu intervale scurte și forme mixte.

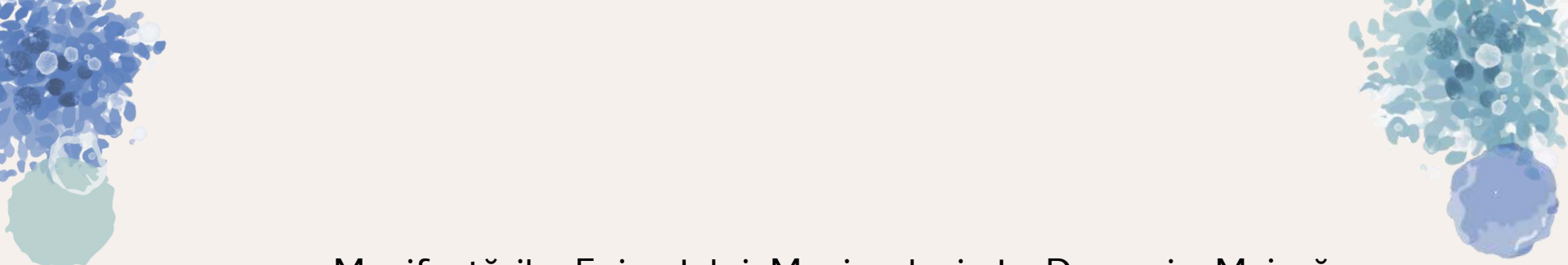
Instabilitatea structurii caracteriale – a coerenței psihismului identitar – pe care o sugerează cazistica cu cicluri scurte, a sugerat o apropiere față de patologia



Episodul depresiv poate fi interpretat ca exprimând trăsăturile formale accentuate deficitar desadaptativ, ale cadrului general al manifestărilor internalizate adaptative.


E vorba de:


- inhibiție retractilă bradipsihică, astenică și izolantă, însoțită de autodevalorizare, vinovăție și timie negativă: tristețe ruminativă cu ideație suicidară.
- Subiectul nu mai speră nimic din viitor, este compet anhedonic și dezinteresat de prezent, repliat punctiform pe trecut. Perturbarea funcțiilor psihice ce se manifestă ca simptome derivă din acest fond.



Manifestările Episodului Maniacal și de Depresie Majoră din Tb.Bipolară sugerează și în prezent psihopatologilor clinicieni să nu ignore dinamismul cauzal *endokinetic*, ce s-a impus pe vremea lui Jaspers.


Ep. Maniacal și Ep. Depresiv se impun subiectului la fel cum indivizii biologici sunt cuprinși de rut sau hibernare.....chiar dacă rețelele neuronale ce susțin la om aceste stări sunt modelate și de entuziasmul creației, euforia sărbătorilor culturale sau tristețea doliului, sancționată prin slujba religioasă de la înmormântare.





Manifestarea *endokinetică* a dispozițiilor afectiv comportamentale se poate conjuga, desigur, cu un conținut evenimentțial specific uman, de relaționări interpersonale și cicluri culturale.

Dar dinamismul acesti *endokinezii* se adâncește în procesualitatea existențială bio-psiho-antropologică, ce susține viața subiectului dintre nașterea și moartea sa.





VA MULTUMESC

mlazarescu123@gmail.com

