

DEPRESIA
PSIHOPATOLOGICĂ,
DERIVATĂ DIN CEA
NORMALĂ ȘI ADAPTATIVĂ

Mircea Lăzărescu, Păltiniș 2024



-
-
- Interesul actual pentru psihopatologia depresivă trimite, parțial, la moștenirea **Psihozei Maniaco Depresive a lui Kraepelin** – devenită Tb Bipolară, - ce are în vedere episoade endogene recurente, alternând și mixtându-se cu episoade maniacale....
 - ...alături de care s-a dezvoltat recent spectrul Tb Monoploar Depresive.
 - ..Dar.. și spre moștenirea unei depresii ne-psihotice, etichetată **ca nevroză**, dezadaptare sau reacție, - frecvent mixtată cu anxietatea, iritabilitatea și preocupări somatice - abordabilă psihoterapeutic, cu trimitere la varii doctrine.
 - Acceptând și marcata **interferență cu medicina somatică**, psihopatologia depresiei nu se poate desprinde de problematica antropologică a **suferinței umane** – ce gravitează în jurul durerilor, eșecurilor și pierderilor.....paradigmatică fiind condiția **doliului**.

-
-
- Nucleul abordării psihopatologice a depresiei nu poate ocoli Episodul Depresiv major(ED) al TBP, care la fel ca și Episodul Maniacal (EM), sunt manifestări care extrag subiectul din participarea sa la viața cotidiană comunitară - necesitând frecvent internarea. Variante tipice ale ED și EM (din TBP) prezintă:
 - instalare endogenă – fără o cauză psihosocială identificabilă
 - durată limitată în timp, cu posibile remisiuni spontane ...dar cu
 - tendința la reapariție periodică, deseori ciclic alternă între ED și EM (putându-se înregistra și cicluri rapide sau stări mixte)
 - Acestea nu se aplică însă tuturor formelor de manifestare depresivă anormală, pentru multe nefiind posibilă precizarea apartenenței sigure la TB și TMD

-
-
- Între ED și EM din cadrul TBP există și notabile diferențe:
 - - SD, în diversele sale moduri de manifestare acută sau prelungită, e mai pregnant corelat cu evenimente de viață trăite, cu semnificația acestora...
 - - Psihopatologia depresiei - în corelație cu cea anxioasă și a altor trăiri din serie afectiv negativă - e frecvent și intens abordabilă psihoterapeutic, beneficiind și de elaborări doctrinare.
 - „Afectivitatea negativă„(Nevrozismul) – incluzând și depresia ușoară - e inclusă și între dimensiunile ce caracterizează tipologic persoana în FFT (referința dimensiunii Extroversiei la EM e mai puțin vehiculată explicit).
 - ED – și tb depresive diverse – beneficiază de o medicație specifică, pe când EM e de obicei tratat cu medicație antipsihotică

-
-
- Pentru simptomatologia ED se ia de obicei ca referențial descriptiv reacția depresivă intensă de după pierderi – paradigmatic fiind **doliul**, (după moartea unei persoane de intens atașament)...trimitere sugestivă..dar care pretinde și contextualizarea socio culturală
 - (În cazul doliului de ex., cea a ritualului colectiv al înmormântării, în care se adună o colectivitate de persoane apropiate, reprezentanții cultului divin oficiind o slujbă sacră... cu trimitere expresă la existența de după moarte a ființelor umane (a strămoșilor..a rudelor.. a celor dragi.),....iar comunitatea respectă apoi conduita celui îndoliat, de retragere socială și neparticipare la activități productive,. sociale și de veselie sărbătorească...durata doliului fiind limitată).

Profilul psihologic al tristeții omenesti normale (dar majore).

Pierderi MAJORE disparere... lipsă de speranță în viitor (de proiecte)... jale... tristețe adâncă
 Esecuri MAJORE « viitorul e blocat nu mai e de așteptat nimic bun, totul s-a terminat »

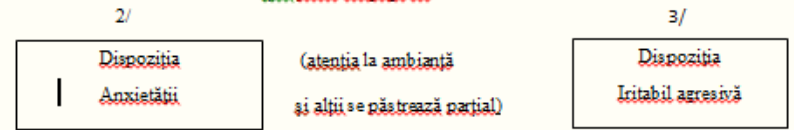
↓ ↓ ↓ Frustrări
 ↓ ↓ ↓
 1/

Retragere din prezentul situational, bradipsihie, inhibiție

lipsă de atașament față de prezent
 nimic nu impresionează, nu atrage, nu face plăcere, izolare socială, lipsa inițiativei, reactivității

- repliere pe sine și trecut
- pe comoralitate, resimțită neplăcut (de obicei cu inhibiție instinctivă)
 - pe propriul trecut negativ (esecuri, vinovății)
 - autoevaluare negativă (se simte neputincios, neajutorat, dependent), anergic, incapabil, vinovat ... merită pedeapsă, suferință, autopedepsire masochistă)
 - preocupare cu neființa, moartea, suicidul..., viața nu mai are rost....

tristețea e centripetă ea adună și centrează subiectul pe sine însuși
 DEPRESIA DE INTENSITATE MEDIE
 ...se poate conjuga cu...



Distimie... tristețe și anxietate
 un sentiment de pericol iminent
 neprecizat : tensiune situatională
 neliniștită, de așteptare, agitație

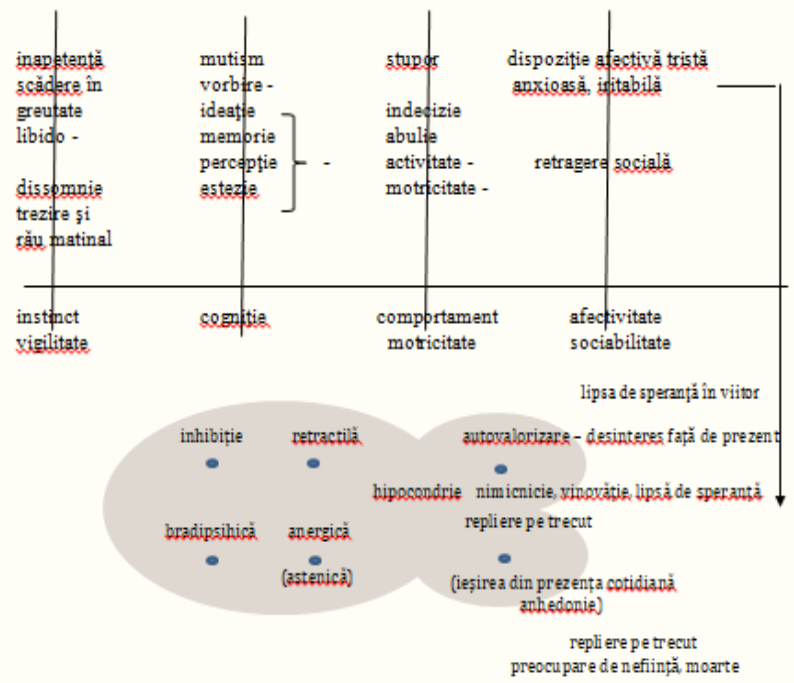
Disforie... tensiune în raport cu alții
 resimte pericolul de a fi atacat de
 altcineva, agitație, impulsivitate, agresivitate

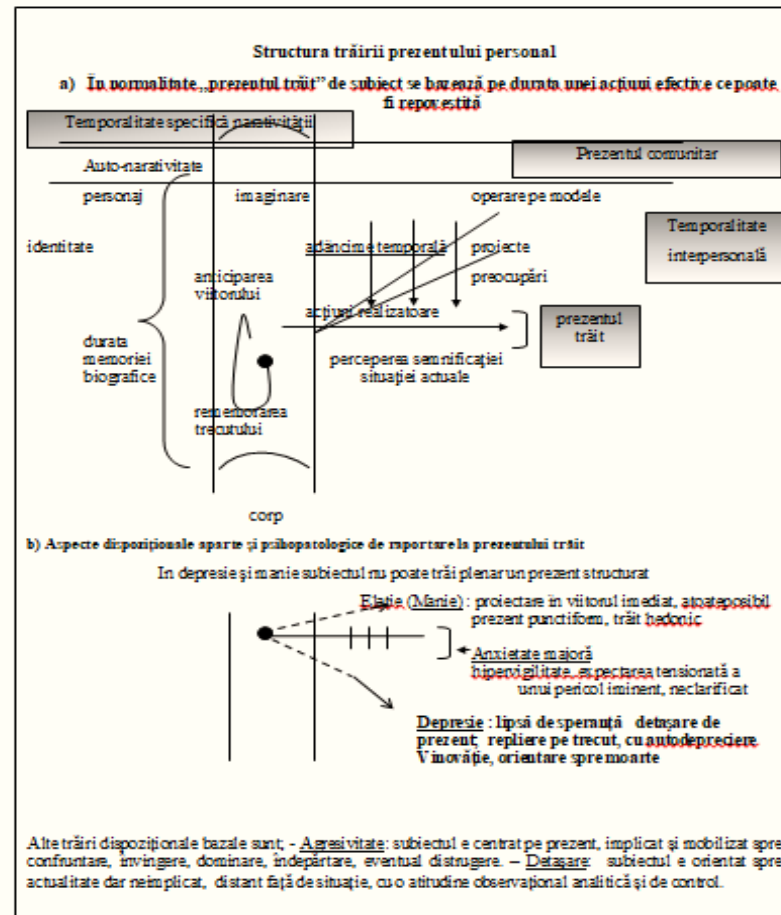
Combinatia celor 3 dispoziții - depresivă anxioasă, iritabilă - configurează AFECTIVITATEA NEGATIVĂ, prezentă în variate contexte psihopatologice, cu diverse intensități și durate... uneori pluri-condiționată (poate fi chiar o variantă temperamentală caracterială în FFM)

-
-
- În manualul de diagnostic **DSM-5**, se circumscrie în primul rând un episod de depresie majoră, caracterizat succint și explicit prin criterii de includere și excludere. Pentru un diagnostic pozitiv se cere:
 - Prezența continuă timp de cel puțin 2 săptămâni, a minimum 5 din următorii 9 itemi, obligatoriu fiind ca unul să fie dintre primii doi: 1) Dispoziție depresivă aproape tot timpul; 2) Scăderea interesului pentru aproape toate activitățile...Următorii 7 sunt : scăderea în greutate, tulburarea de somn, inhibiție psihomotorie (sau agitație), anergie, sentimentul lipsei de valoare sau vinovăție, scăderea capacității de a se gândi, de a se concentra și decide, gânduri recurente de moarte. Simptomatologia identificată trebuie să exprime o evidentă modificare a felului de a fi anterior și să inducă suferință și disfuncție socială
 -

-
-
- În raport cu sistemele standardizate de diagnostic, se poate face apel și la abordări fenomenologice sintetice, care ne oferă un alt profil al Episodului depresiv, caracterizându-l în primă instanță prin:
 - Părăsirea PREZENȚEI la situația actuală - la prezentul comunitar actual și la articularea cu propriile proiecte, preocupări și relaționări...
 - ...prin: - lipsa de speranță în viitor - dezinteres anhedonic față de prezent (și alții)...cu replierea vinovată sau autodepreciatoare pe trecutul sinelui încorporat. Cu resimțirea negativă a corporalității, blocată vital și..
 - ..atitudine de negație și de prefigurare a inexistenței (morții)

Elemente ale unui nucleu psihopatologic formal al depresiei, ce se exprimă în simptome ale variatelor funcții psihice





-
-
- Depresia psihopatologică derivă din manifestările depresive ale persoanei, care au o semnificație reactiv adaptativă.
 - O înțelegere adecvată a depresiei psihopatologice a omului – la nivelul ED sin TBP - implică specificul psihismului său conștient cultural, de a fii continuu „prezent,, la evenimentele cotidiene comunitare, implicat în ele, alături de alții, și urmărind proiectele și preocupările pe care dimensiunea sa identitară, biografico caracterială, le țintește mereu, în interiorul specificității lumii sale umane.
 - Iar depresiile reactive, mai acute sau mai prelungite, sunt și ele ocazii de a încerca descifrarea specificității psihismului uman. La acest aspect în ultimul timp si-a adus o remarcabilă contribuție **psihopatologia evoluționist culturală**, evidențiind semnificația adaptativă a inhibiției de după eșecuri și pierderi.

-
-
- Dacă pe vremea lui Jaspers cineva ar fi întrebat: „De ce reacționează omul prin tristețe în urma unui eșec sau când pierde **pe cineva apropiat** ?,,,.. probabil i s-ar fi răspuns: „Pentru că așa e natura umană”.
 - După anul 2000, răspunsul tinde însă să se schimbe, mai ales prin contribuția psihopatologiei evoluționist culturale. Se sugerează acum o perspectivă, care afirmă că tulburări cum sunt cele anxioase și depresive, derivă de fapt din strategii psihice reactive adaptative. Pentru depresie specifică ar fi reacțiile din urma eșecurilor și pierderilor, paradigmatic fiind doliul.
 - Psihopatologia evoluționistă a comentat inițial unele exemple relativ simple.

-
-
- Evoluționiștii au indicat asemănări între comportamentul inhibat al hibernării și depresie și între cel al rutului și starea maniacală. În hibernare individul e practic imobil, cu funcțiile vitale și biopsihice în stare de hipofuncționare, neconsumând noi resurse energetice – într-o perioadă când acestea sunt reduse. Cu toate observațiile corelate unor schițe de „depresii sezoniere”, și a unor disfuncționalități a bioritmurilor, corelația între ED și EM din TBP și oscilația anotimpurilor nu a fost găsită semnificativă la om - care de multe sute de mii de ani și-a controlat termoreglarea.

-
-
- Alt model care a fost invocat a fost cel situațional, al „**reflexului de moarte** („Totstelreflex,„) al animalelor în fața pericolului indus de contactul direct cu predatorii agresivi: individul aflat în pericol cade brusc în stare de nemișcare – „ca și cum ar fi mort,„- fiind astfel ignorat de animalul ce îl vânează. Un model similar e cel al „**declarației de înfrângere**„, din cadrul confruntării intraspecifice dintre doi masculi; cel învins se întinde imobil în fața învingătorului, expunându-și zone vulnerabile.... fiind în consecință, „lăsat în pace,„. Aceste modele trimit în primul rând spre leșinul histeric, stuporul reactiv și sindromul cataton. Ceva mai comprehensivă e inhibiția animalului rănit sau bolnav, condiția favorizând refacerea.

-
-
- Interpretarea **doliului** e mai complexă, ea fiind mediată de specificitatea psihismului uman de a realiza relații de atașament, prin care „imagoul,, altei persoane e asimilat în propriul psihism (în instanța „internal working model,, a lui Bowlby).
 - Născându-se cu un creier imatur ce continuă să se dezvolte postnatal, subiectul își diferențiază psihismul pe parcursul primilor trei ani, perioadă în care se realizează un atașament postnatal intim și prelungit față de persoana de îngrijire; a cărui imago îl „introjectează,, astfel în propriul psihism, ca o parte componentă a sinelui propriu. Pierderea unei astfel de persoane e similară unei „amputări,, a „organismului său psihic extins,,. Încă din prima copilărie, ea poate declanșa o „depresie *anaclitică*. Doliul adultului se calchează pe acest model, intens prelucrat în mediul socio cultural (e.g. prin ritualul înmormântării și al statutului de om îndoliat)

-
-
- Depresia se poate întâlni la om reactiv **nu doar în pierderea doliului, ci și în multiple condiții de pierdere**, ce se desfășoară după acest model al habituării și asimilării (introjectării) în dimensiunile propriei persoane.. Omul își poate pierde casa în care locuiește, patria, poziția sa socială ierarhică statutară, idealurile, speranța în ceva mai bun, valorile de care s-a atașat, stima de sine, onoarea, respectul celorlalți, autoevaluarea sa pozitivă, credința sa spirituală (În Vechiul Testament Iov își pierde toți copiii, toată averea și poziția sa socială, dar nu și credința în Dumnezeu; și își revine).
 - Toate pierderile depresogene menționate, se referă însă la dimensiuni existențiale pe care persoana culturală le câștigă progresiv pe parcursul existenței sale; și pe care le asimilează într-un fel de „corporalitate cultural-spirituală a propriei identități”,... a persoanei sale, de care el e atașat....Conducând la menționata „amputare existențială”,.

-
-
- Pe lângă pierderi, un alt eveniment a cărei semnificație e depresogenă îl constituie **eșecul**. Acesta se produce când subiectul nu realizează sau nu obține ceva,... ce și l-a dorit insistent.. și pentru care s-a străduit, uneori mult timp și cu deosebite eforturi să-l obțină. Poate fi vorba de eșecul la un examen... la obținerea unui post.. la o întrecere sau concurs... la avansare în profesie sau spre o nouă condiție socială.. eșecul unei relații afective..amoroase ...al căsniciei..o deziluzie în raport cu o persoană în care ai investit afectiv etc. Evenimentul în sine al eșecului poate avea o scurtă durată temporală.. dar parcursul de viață a **proiectului** pe care el îl încheie, poate, d.p.d.v. temporal, fi lung. Eșecul se poate suprapune cu o înfrângere într-o confruntare, într-o luptă, poate urma unui îndelungat și epuizant efort etc.

-
-
- Poate fi invocată acum și depresia ce apare în condițiile trăirii **culpei**. Aceasta rezultă din acțiunile – sau inacțiunile – unui subiect, care au avut consecințe negative asupra altora. Odată ce-și conștientizează intim vinovăția, subiectul are remușcări, urmate uneori de înclinația spre penitență și „răscumpărare,, morală. Dacă e credincios, el se spovedește...se retrage în rugăciuni...pe vremuri.,chiar la o mănăstire, o perioadă de timp. Condiția de retragere în singurătate, de inacțiune în lume, orientarea spre meditații și rugăciuni.. e una „introvertă,, depresivă, chinuitoare chiar, prin revenirea obsesivă a vinovăției. Astfel de cazuri ajungeau mai de mult și la spovedanii obsesive. Dar, după o perioadă de timp, subiectul poate ieși din această stare, regenerat moral.

-
-
- Condițiile menționată la acest nivel subliniază pregnant corelația între depresie și „retragerea în sine,,...în spațiul intim, interior, subiectiv. Dacă extragerea din temporalitatea prezentului situațional cu repliere pe sine poate fi considerată o caracteristică standard a sindromului depresiv, merită subliniată cu această acum agregarea psihismului depresiv spre **zona spațială aparte, a subiectivității psihice**, plasată de orice om în interioritatea propriei corporalități,....
 -La un pol opus față de spațio-temporalitatea evenimentelor exterioare curente și a altor persoane,,- ce se manifestă în „spațiul lumii exterioare,, în care se petrec toate evenimentele fizico biologice.
 - Culpa se înscrie și între principalele teme ale delirurilor depresive, alături de tematica hipocondriacă, de ruină și negație.

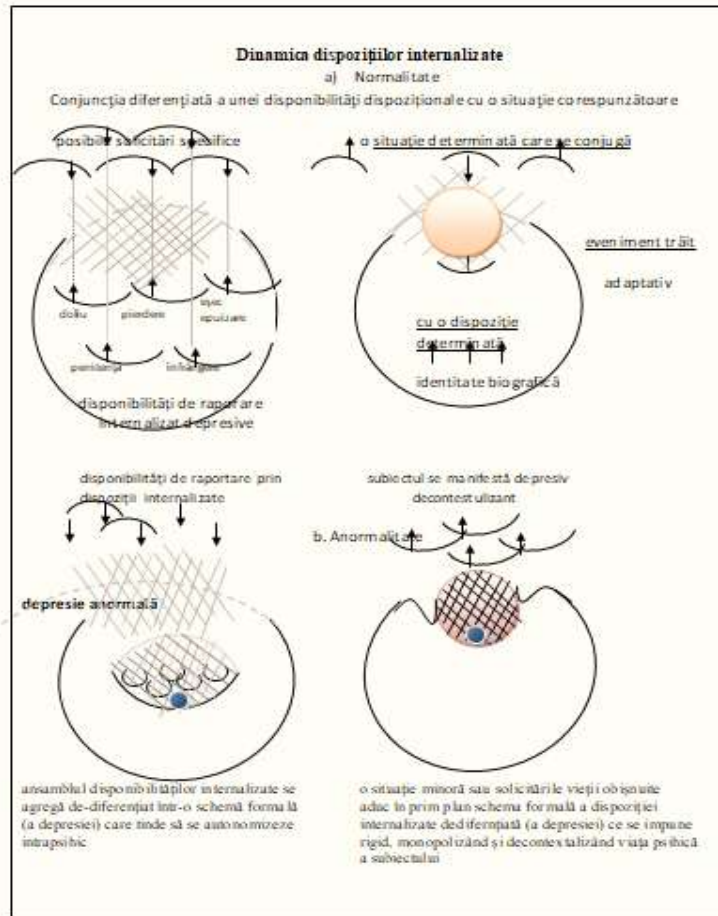
-
-
- Toate împrejurările la care un om poate reacționa depresiv se cer înțelese ca secvențe în cadrul unei procesualități existențiale, în care persoana se implică proiectiv, de-a-lungul unor parcursuri ce evoluează spre obiective asumate; și nu doar ca evenimente „surpriză”, punctual-reactive.
 - La fel sunt și evenimentele cu impact moral negativ, ce induc scăderea stimei de sine, așa cum e culpa și rușinea, cu depresie consecutivă; și din care subiectul își poate reveni treptat, prin răscumpărare morală, prin reafirmare socială pozitivă.
 - În toate cazurile vieții curente în care un om devine depresiv, el se resimte într-un moment special al existenței sale de viață unice, uneori trăită la limită.

-
-
- Faptul de a putea ajunge depresiv în urma unui eșec, a unor pierderi diverse, a unei înfrângeri combative dar și morale, apare ca înscris în structura desfășurării dinamice a cursului existenței cu sens a persoanei; ca o posibilă manifestare adaptativă, de retragere strategică. Ca o repliere pe sine, într-o postură de reculegere ruminativă și reevaluare, a unui om aflat într-o situație dificilă, problematică.
 - Iar semnificația acestei retrageri ar fi, cea de a favoriza printr-o adecvată analiză, regenerarea și refacerea sa, mai ales cea sufletească, morală, existențială... Pentru ca subiectul să fie capabil de noi angajări în proiecte de viitor..în noi relaționări. Timp de retragere ce se cere respectat, ca un firesc episod al ciclurilor existențiale.

-
-
- Depresia ce e suferită în cazul eșecurilor, pierderilor și mai ales a doliului, nu e însă determinată, deci, doar de semnificația evenimentului..
 - ... ci de o intervenție “organismică”, instrumentală (organ = instrument), a unei disponibilități – a unei dispoziții anume – a psihismului persoanei;. Care e actualizată din fundalul dispozițional identitar - în care coexistă alături de multe alte astfel de disponibilități – pentru a se manifesta adecvat.. într-un moment ce o pretinde.
 - Căci „a fi capabil de reacție depresivă” (adaptativă) e o caracteristică a normalității persoanei umane; o condiție în care ea își resimte identitatea solicitată aparte; la fel cu o simte solicitată specific - dar în alte sensuri și direcții - în cazul unui pericol a unei provocări agresive,, a unei solicitări .. a unei vești despre un succes etc..Iar astfel de „utilizări ale disponibilității de a fi depresiv,, se petrec în permanență, ca strategii circumstanțiale adaptative în diverse secvențe ale vieții unui om ce-și trăiește unica sa viață.

-
-
- În perspectivă psiho-antropologică nu ar trebui ignorat nici faptul că tematica situațiilor de suferință, chin, depresie, disperare etc. e prezentată și dezbătută și în plan cultural, de ex în tragedii. Antichitatea a utilizat în mod curent respectivul scenariu – ce se referea la personaje interpretate acum de actori –pentru inducerea unui „catharsis. evenimente tragice ale unei persoane date să fie transpuse și desfășurate în astfel de narativități publice
 - Atmosfera tragic-depresivă se întâlnește până și în ritualurile de pătimire ale zeului (e.g. postul Paștelui). și la fel, scenariile tragice se desfășoară în literatura la care subiectul are în mod curent acces...în filme; nefiind exclus ca propriile experiențe de viață să ajungă la un moment dat comentate în literatură. Această prelungire și prezență a condiției depresive în planul scenariilor ficțiunii literare e importantă, deoarece ea ne relevă dimensiunea de „personaj,, în care se plasează subiectul uman când intră în condiția depresiei, cea de erou al unui scenariu relatabil; ipostază care se dezvoltă în cazul delirurilor depresive congruente.

-
-
- Ceea ce ar urma să clarifice psihopatologia, se referă la tranziția acestui modúl psihoantropologic funcțional al tristeții - ce se actualizează periodic flexibil-adaptativ -, în ipostaza de organ aflat în disfuncție. „Modúl al depresiei psihopatologice„ ce se manifestă acum ca o formă suprapersonală rigidă, aberant, nesolicitat, intens, doar prin parametrii săi formali, decontextualizând subiectul; ajungând să-și subjuge uneori pentru anumite perioade de timp, întreaga existență psihică a acestuia.
 - O ipoteză ce ar merita analizată e aceea că, ceea ce se manifestă ca schemă ce se imune endogen în SD din TB și TMPD, ar fi un contur formal generic al,, disponibilităților internalizate,,...care se coagulează rigid și se impune spontan cu rigiditate, fără disponibilitate și deschidere spre datele situaționale, subjugându-și ansamblul psihismului persoanei.



-
-
- Depresia se manifestă, în viața cotidiană și în psihopatologie, de obicei mixtă în diverse proporții cu alte trăiri dispozițional afective, de tip anxios, iritabil, de detașare, anergice.
 - Cea mai frecventă condiție comorbidă **depresiei** (a cărei formă tipică e cea inhibată) este **anxietatea**, apropiere ar putea fi comparată - simetric - cu cea dintre dispoziția de elatie (maniacă) și cea agresivă (prima, putând avea și variante euforice, sărbătorești).. În variante majore de depresie, anxietatea susține o manifestare neliniștită...ce se poate combina și cu dispoziția de tip agresiv (=disforie). Această „**depresie neliniștită agitată**„ ridică însă și problema unor „**stări mixte**„ - de combinare manie-depresie -, motiv pentru care se cere analizată atent.
 - Condiția *distimic-disforică* a depresiei de intensitate medie ocupă o plajă importantă a psihopatologiei clinice ne-psihotice, etichetată tradițional ca „nevroză„.

-
-
- În perspectiva intersecțiilor dispozițional afective ale depresiei anxietatea e instructivă deoarece, prin specificul său definitoriu, nu deconectează subiectul de situațiile actuale, ca depresia inhibată majoră,... menținând astfel un evantai mai diferențiat de manifestări, precum sunt - în arie ne-psihotică - :
 - - Atacul de panică.. ca echivalent al stărilor acut-emotive, dar acum fără condiționare exterioară reală; - Dispoziția anxioasă- ce rămâne interesată de situația actuală și de viitorul imediat, printr-o tensiune investigatorie crispată (dar nu ca proiecție spre un viitor atotposibil, ca în manie); - Fobiile, care exprimă o referință preconștientă la zone intra-mundane de pericol (de obicei incomprehensibil) care se cer evitate sau care pretind protecția celor puternici.
 - Dispoziția depresivă se conectează direct cu dispoziția anxios neliniștită..dar e apropiată și de atacul de panică...nefiind direct corelată cu fobiile.

-
-
- Corelația dispoziției depresive cu cea **agresivă** e particulară, fiind distorsionată de schimbarea în depresie a orientării intenționalității agențiale, cu repliere pe sine, trecut, corporalitate, negare, anihilare.
 - Ca urmare, ea se va manifesta preeminent ca **autoagresivitate**...de tip masochist..cu automutilări, terminând cu variate forme de suicid. Heteroagresivitatea e indirectă, de obicei mediată de anxietate sau de stările mixate cu elafia, care, reconvertesc intenționalitatea spre exterior.
 - Combinația dintre dispoziția depresivă și cea anxioasă se prezintă mai desfășurat în Tb Obsesiv Compulsivă (de Episod și de Personalitate) în care intervin parametrii elaborării și executării **acțiunilor**, strâns corelați cu problematica **ordinii**.

-
-
- O modalitate aparte de mixtare dispozițională e cea dintre depresie și **dispoziția detașării neimplicante**, specifică depersonalizării.
 - Psihopatologia clinică a subliniat în repetate rânduri conjuncția sd de depersonalizare/derealizare atât cu Atacul de Panică cât și cu sd depresiv, inclusiv în variantele sale majore. Aceasta se manifestă, d,p,d,v, fenomenologic prin sentimentul marcat de detașare, neimplicare, distanțare..
 - Acesta e – în DSM=5 cantonat la varianta Melancolică (cu sentiment special al resimțirii depresiei). Pacientul poate să nu prezinte marcat inhibiție psihomotorie și nici mimica specifică (repliere pe sine cu comisurile căzute și fruntea încrețită în omega melancolic), dar, subiectiv se simte trist, fără speranță detașat de lume în general și de situație în special.

-
-
- Esențialul acestui comentariu , e acela de a nu ignora trimiterea spre fondul de disponibilități – dispozițional caracteriale - al instanței identitare a persoanei biografice. Acesta intervine în dinamica raportărilor situaționale ca un fel de complex funcțional, ca un sistem de instrumente (= organe) aflate la dispoziția sa, prin care el se deschide și se poziționează optim în raport cu semnificația situațională dată.
 - - **Anxios** dacă aceasta sugerează un posibil pericol: - În modalitate de concentrare **agresivă**. ergic luptătoare...dacă subiectul receptează o provocare agresivă...- Într-una de **elație realizatoare**..dacă se simte solicitat și aspirat spre realizări fructuoase și cu sens ...la capătul cărora...poate intra într-o stare de bucurie și veselie sărbătorească dacă a ajuns la un succes ..sau – poate adopta o dispoziție **depresivă**, de retragere inhibată.. în vederea refacerii și reorganizării, dacă a fost marcat de eșec, pierdere, înfrângere...Sau, se poate poziționa într-o dispoziție de **detașare observațională neimplicantă**

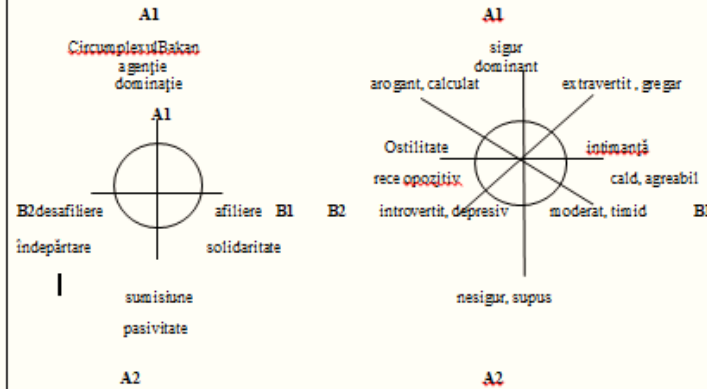
-
-
- Menționata structură a disponibilităților temperamental afective - și comportamentale - se conjugă constant și cu cea specifică disponibilităților de relaționare interpersonală-ghidată de axele ortogonale ale circumplexului lui Bacan, în modalități specifice variantelor acestor raportări.
 - În normalitate deschiderea și manifestarea acestor disponibilități (afective-comportamentale-relaționale) e flexibil, și adaptativă, articulându-se cu parametrii situaționali.
 - În psihopatologie ea devine devine rigidă și simplificatoare, putându-se actualiza grosier și monoton, printr-o variantă simplificată formal de dispoziție internalizat-depresivă (și anxioasă) sau externalizat maniacală (și agresivă)..la minime solicitări nespecifice, acaparând și subjugându-și întregul psihism.



Tulburările comportamentale externalizat-conflictuale în raport cu circumplexul relațiilor interpersonale (c.i.)

Circumplexul relațiilor interpersonale (C.I.) a fost elaborat de către o suită de psihologi din SUA (Leary, Wiggins, Kisker, etc) spre sfârșitul sec.XX, pornind de la circumplexul Bakan (utilizat în psihosociologia animalelor) care e centrat pe axele ortogonale: dominație/sumisiune și deschidere agreabilă/opozitivitate, (desafiliere). C.I are multe variante, interpretări și utilizări mai ales în caracterologia și psihoterapie, fiind utilizat și în studierea Tulburărilor de personalitate. Privitor la folosirea sa în legătură cu tb. comportamentale externalizate și psihopatia, faptul apare ca util în conjuncție cu analiza structurii dispoziționale a persoanei și a relațiilor interpersonale intime, care sunt în aceste tb.deficitară.

Circumplexul Interpersonal



În perspectiva C.I., Tb.iritabil, conflictuale, TP antisocială și psihopatia se plasează predominant în cadrantul superior. Atitudinea interpersonală e dominatoare și agresivă, de confruntare, lupă, manipulare. Predomină suspiciunea, ținerea celuiălalt la distanță, ignorarea nevoilor celuiălalt, indiferența față de suferința sa. Dispoziția afectivă intabil agresivă se poate dubla cu una de „emotivitate restrictivă”, cu ”răceală afectivă”; mai rar cu una ușor euforică. Dispoziția amicos depresivă e prezentă mai ales în cazul impulsivității, cazuistică ce se plasează în cadrantul inferior; se pot manifesta atitudini și comportamente agresive, mai ales în modalitate impulsiv explozivă.

-
-
- Depresia, trăirea corporalității și bolile.
 - Datorită specificului dispoziției depresive de extragere a subiectului din „prezența,, sa la „prezentul situațional,, - printr-o repliere bradipsihic inhibată și autodepreciatoare pe trecut și sine -, persoana se concentrează asupra propriului univers interior și a propriei corporalități...
 - ”Corpul trăit,, de către subiect – care e o dimensiune constitutivă a persoanei identitare – se manifestă nefiresc, devenind o importantă parte componentă a simptomatologiei obiective și subiective a sindromului depresiv....începând cu aspectul și comportamentul.

-
-
- Varianta tipică a depresiei e cea inhibată motor, putându-se ajunge la stupor catatoniform, cu negativism general și alimentar.. și opozivitate,
 - Caracteristică e o bradikinezie globală...preferința pentru a sta nemișcat...izolat...reducerea vitezei de decizie și mișcare.. reducerea generală a comportamentului și vorbirii...mimică specifică de „mască depresivă”,
 - Utilizarea corpul ca instrument de acțiune e pentru om o moștenire biologică definitorie – chiar dacă el și-a amplificat-o prin unelte și variate ustensile. În depresie e inhibată și blocată și motricitatea gnoziilor specifice omului, începând cu cea mimico gestuală vorbirea și comunicarea în general.

-
-
- Inhibiția generală ce blochează mușchiulatura striată și psiho-motricitatea, se extinde și asupra instinctivității și mușchiulaturii netede a organelor interne, a imunității etc. Acest sens general al „deprimării bio-psiho-spirituale”, a persoanei din depresia majoră, a fost sesizat de la începutul sec XIX, prin „**depresia vitală**”, comentată de K. Schneider.
 - Din tabloul clinic „psihoantropologic”, al depresiei majore, face parte:
 - - La un pol, o afectare negativă directă a funcționării corporalității, bazată pe spasme a organelor interne și deprimarea unor funcții instinctive, endocrine, imunologice etc.
 - - La alt pol, o atitudine negativă asupra existenței, corelată suferinței, pesimismului, negației degeneralizate, dorinței de moarte..ideației suicidare
 - Între acești doi poli se desfășoară interferențele complexe între dimensiunea depresivă a existenței umane și cea de patologie, pe care o abordează Medicina.

-
-
- Dispoziția depresivă aproprie persoana de universul maladiv al bolilor pe multe căi.
 - Condiția depresivă crește sensibilitățile intero și proprioceptive, sprijinind cene-stopatiile și crescând sensibilitatea la durere (dureri subclinice devin clinice)
 - Spasmele ce se produc pe mușchiulatura netedă a organelor cavitare susțin și întrețin suferințe și boli somatice, cum ar fi cele digestive (staza biliară..constipația spastică), migrena, hipertensiunea și infarctul, colicile renale
 - Datorită simptomatologiei obiective ce se manifestă, unii pacienți se adresează direct medicinei somatice..iar intervențiile terapeutice sunt fără succes, câtă vreme nu tratată și depresia subjacentă (depresie mascată)

-
-
- Uneori, depresivul anxios e exagerat de interesat de examinările și diagnosticele medicale..în manieră hipocondriacă..
 - Dar în general, depresivul e un pacient dificil, care ignoră mult timp simptomele prezentându-se tardiv la medic
 - Nu efectuează analizele recomandate...nici tratamentul corect ce a fost prescris -incluzând de ex dieta - nu vine la control ..
 - Nu relatează corect suferințele și durerile, având o conduita masochistă

-
-
- Nu trebuie ignorată eventualitatea în care depresivul cochetează cu ideea morții (a sinuciderii) ...strategia sa de necooperare încadrându-se în această tendință ..ajungându-se până la „suicid mascat,, prin utilizarea neadecvată a tratamentului,
 - Un risc crescut sunt bolile cronice algice la persoane în vârstă, cu redus suport social, care au un crescut risc suicidar...
 - Se mai cere amintit în acest inventar, clasică vizită pe care pacientul ce și a programat suicidul, o face medicului său curant, făcându-i un cadou (de adio)

-
-
- Inventarul sumar al relației speciale pe care o are psihopatologia depresiei cu polul antropologic al medicinei...ce ar putea fi comparată cu cea pe o are spectrul elatiei maniacale cu războiul, conflictualitatea și închisorile.
 - Dar, ne putem aminti și de zona intermediară a instanței culturale a creativității, în care-și are loc atât masca depresivă cât și cea veselă, a comediei.
 - Polul depresiv al psihopatologiei este, de altfel, cel care ne atrage în mod special atenția asupra „interiorității subiective,, a psihismului uman pe care orice om și-o descoperă în intimitatea intra-corporală a existenței sale identitare.
 - (Căci, orice om plasează „sufletul,, și „mintea,, sa în interioritatea identității biografico caracteriale pe care o resimte în sinea sa încorporată, centrată de un sine intențional și reflexiv, sintetizator și generator, care se raportează la lumea obiectivă prin intermediul situațiilor actuale).





- În depresie crește modul de suferință și exprimare a bolilor cronice... cresc infecțiile (prin scăderea imunității)
- E favorizată preocuparea obsesiv-compulsivă față de sănătate.. dismorfofobia.. hipocondria etc.
- ..subiectul se poate pedepsi corporal.. se atomulează...se sinucide...

DEPRESIA ȘI TRĂIREA CORPORALITĂȚII.

- Psihismul persoanei umane se dezvoltă pe fundalul moșteniri psihismului mamiferelor superioare...care, desigur, s-a metamorfozat mult pe parcursul antropogenezei, nu doar prin stațiunea bipedă, prehensiune și creșterea creierului etc., ci și prin dezvoltarea la nivel supraindividual a unei „lumii umane,, bazată pe logos, norme, valori, instanță teoretico spirituală.etc, -..la care individul se raportează prin unelte și instrumente.
- În baza acestei moșteniri de fond, omul continuă să utilizeze într-un mod bazal și continuu corporalitatea în raportarea sa nemijlocită la lume prin intermediul situațiilor actuale; și aceasta, chiar dacă odată cu uneltele, el a interpus, între individualitatea ec-sistentă a persoanei sale și lume, extra-corporalitatea ustensilelor.

-
-
- Dată fiind această preeminență a problematicii corporale în SD, în prima jumătate a sec XX psihiatrul K.Schneider a comentat un aspect special al „depresiei vitale„ (inhibiție instinctivă, erotică și refuz alimentar cu slăbire, lentoare până la imobilitate motorie , frecvente boli somatice și hipocondrie, etc); ca o marcă biologică în cadrul depresiei umane, cu multiplele sale specificități de manifestare (prin preocuparea subiectivă excesivă și aberantă față de autoevaluarea negativă, culpă, suferință, lipsa de rost existențial, negație, suicid).

-
-
- Depresia e o stare psihopatologică a persoanei conștiente în care psihismul este deconectat din naturala sa inserție în situațiile actuale – firesc articulate cu proiectele de viitor - , producându-se o „cădere,, și reorientare a intenționalității sale reflexive spre sinele său încorporat, trecut și negație. În aceste condiții, propria corporalitatea e resimțită și se manifestă disfuncțional.
 - Propriul corp e trăit în depresie pasiv, el fiind **inactiv, imobil**. Condiție în care cu ușurință se reactivează modele moștenite din biologie. În acest sens, în marginea depresiei a fost comentată un timp paralela cu perioadele de hibernare ale unor specii, care în anotimpul în care resursele sunt reduse rămân multă vreme în imobilitate izolată inactivă,, reducând astfel consumul energetic și supraviețuind. Dar depresivul nu se află într-o nemișcare detașată, indiferentă, degajată...ci intenționalitatea sa e „repliată,, spre sine și trecut, în direcția neființei (a morții).. Ajungând astfel, într-un fel, să fie „activ în sens invers,,... frământat și direcționat spre moarte , suicid – și nu spre așteptarea calmă a unor perioade mai bune.

-
-
- În această perspectivă, nu e ușor de transpus nici celălalt model moștenit din biologie, al „**reflexului de moarte**„ – al nemișcării - în fața agresorului... Care e mai adecvat „stuporului reactiv„ în fața unei spaima majore..Totuși, **modelul imobilității catatoniforme** se poate suprapune peste lentoarea și imobilitatea depresivului, ca un fel de intersecție.
 - Ceva mai adecvat pare modelul repaosului animalului rănit sau bolnav, condiție care favorizează vindecarea.

-
-
- Reorientarea intențională a depresivului în direcția neființei, a morții, favorizează preocuparea sa față de prezența bolilor; inclusiv în cadrul conjuncției depresiei cu alte trăiri de tip „internalizat,, ca anxietatea, autocontrolul obsesional – ajungându-se la preocupări de modelul **hipocondriei și dismorfofobiei**.. Replierea pe sine și corporalitate favorizează atenția acordată propriului corp, „analiza funcționării corporale, creșterea sensibilității pentru interocepție.. În acest sens se manifestă și creșterea pragului la durere și ceneștopatiile, „senzațiile corporale neplăcute,, disconfortul corporal.. Aceste percepții și sensibilități sunt însă întreținute și de disfuncționalități bio-corporale efective...

-
-
- Deprimarea psiho-corporală se manifestă nu doar pe mușchiulatura striată, prin lentoarea mișcărilor...ci și pe cea netedă, prin spasme pe organele interne... digestive mai ales.. dar în general cavitare... condiționând reale colici biliare...migrene...etc..
 - **Inhibiția instinctivă** scăderea somnului (sogn agitat)...inapetența și scăderea în greutate reducerea libidoului...**scăderea imuniară**...toate sunt modificări bio-corporale efective ce se întâlnesc în sd depresiv, care se înscrie astfel cu drepturi depline ca o problematica medicală generală.

-
-
- Apoi, în perspectiva practicii medicale, evoluția oricărei boli e mai dificilă la depresiv, deoarece:.. acesta se adresează târziu medicului....nu efectuează analizele recomandate.. nu colaborează în respectarea prescripțiilor medicale....nu vine la control..nu își dorește însănătoșirea....ci, dimpotrivă...DOREȘTE SĂ MOARĂ....și uneori se sinucide sub umbrela conduitelor medicale (nu ia medicamentele în doză prescrisă...ci sau prea mare sau prea mică... folosește medicația ca să se sinucidă....nu mai urmează medicația...lăsându-se în voia evoluției bolii de bază....nu respectă prescripțiile igieno alimentare și de alimentație

-
-
- De aceea, medicul generalist trebuie avizat să fie atent la posibilitatea „suicidului mascat medical,..O atenție specială în această direcție se cere acordată persoanelor în vârstă...cu boli cronice algice... cu suport social redus,,,,cu temperament introvertit și lipsite de optimism etc.,
 - Medicina generală are o importantă intersecție cu problematica depresiei..și o parte din insuccesele terapeutice se corelează cu eventuala interferență a demersului medical cu actualizarea acestei dispoziții. Suntem într-o zonă în care DEPRESIA se impune ca problemă medico-antropologică, nu neapărat prin „Episoadele Depresive standard - cele cu evoluție endogenă periodică. Ci, într-o modalitate în care „ disponibilitatea depresivă,, a unor persoane – adaptativă și firească până la un punct – e cultivată de împrejurări...și...în conjuncție cu dispoziția anxioasă – se actualizează anormal, intrând într-un posibil cerc vicios cu patologia somatică în general.

-
-
- Disponibilitatea și actualizarea potențialului depresiv, poate juca un important rol și în aria tulburărilor etichetate ca PSIHOSOMATICE. În final, se cere amintit și conceptul de DEPRESIE MASACATĂ... care se referă la solicitări de consult medical – la medicul generalist sau la diverși specialiști - pentru acuze care au un suport de disfuncție corporală minor....dar care..sunt în mare măsură expresia unei stări depresive (endogene) globale, de care subiectul nu se plânge efectiv prin acuze specifice, pe care să i le adreseze medicului.

-
-
- Medicul generalist și de orice specialitate ar trebui să mențină în orizontul conștiinței sale, posibilitatea ca pacientul pe care-l consultă și îl tratează, ar putea fi, și marcat de „afectivitate negativă,..(depresie în primul rând)...iar acest fapt are importanță pentru intervenția sa general medicală...deoarece...nu e niciodată anulat și nici posibilitatea suicidului.