

Păltiniș – Bipolaritate - PREZENTAREA I

Prof M.Lăzărescu

Text orientativ pt prezentările de la Scoala de vară de psihopatologie de la Păltiniș, iulie 2024

1/. Psihopatologia s-a dezvoltat în sec XIX ca disciplină descriptivă, servind la constituirea semiologiei noii ramuri medicale a psihiatriei.

Din sec XX ea s-a înregimentat și printre științele antropologice, care, în cadrul diverselor doctrine și cu varii metodologii, studiază specificul existenței umane; în cazul de față, cel psihismului persoanei, în raport cu cel animal.

Un impuls special în această direcție s-a realizat în sec XXI odată cu dezvoltarea psihopatologiei evoluționist (culturale), care integrează rezultate obținute de cercetări realizate sub multiple paradigme doctrinare.

Ne vom angaja pe această pistă, abordând psihopatologia **Tb.Bipolare (TBP)** - centrată de **sd maniacal** și cel al **depresiei majore**.

Categoriile diagnostice prezente în Manualul DSM-5 (2013):

1. Tulburări de neurodezvoltare.

2/ Tulburări din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice.

3/ **Tulburarea bipolară și tulburări înrudite.**

4/ Tulburări depresive.

5/ Tulburări anxioase.

6/ Tulburarea obsesiv compulsivă și tulburări înrudite.7/Tulburări asociate traumei și factorilor de stres. 8/Tulburări disociative. 9/Tulburări cu sindroame somatice și tulburări înrudite. 10/ Tulburări de comportament alimentar. 11/Tulburări de eliminare. 12/ Tulburările ciclului somn veghe. 13/ Disfuncții sexuale. 14/ Disfuncții de gen.15/ **Tulburări de comportament disruptiv de control al impulsurilor și de conduită.....** 16/ Tulburări legate de consumul de substanțe. 17/ Tulburări neurocognitive. 18/ Tulburări de personalitate. 19/ Tulburări parafilice. 20/ Alte tulburări mentale. 21/ 22/ Tulburări de mișcare induse de medicamente și alte efecte adverse ale medicamentelor. 22/ Alte afecțiuni care pot justifica abordarea clinică.

2/ Actuala **Tb Bipolară (TBP)** din DSM-5 este urmașa directă a **Bolii Maniaco Depresive (BMD)** circumscrisă de *Kraepelin*, la începutul sec XX și plasată de către el în centrul Nosologiei Psihiatrice, în calitate de **psihoză endogenă** alături de Schizofrenie (Demența Precoce Paranoidă).

BMD a lui Kraepelin prelua, la rândul ei, tradiția anticei manii și melancoliei – așa cum fuseseră acestea modelate și metamorfozate de psihopatologia clinică în sec XIX -,.....

...fiind astfel caracterizată acum prin succesiunea de episoade (sindroame) maniacale și depresive, delimitate în timp (uneori cu remisiune spontană), ce se instalează endogen, fără condiționări psiho-sociale sau organice identificabile.

.... .. Kraepelin a comentat în cadrul BMD și variante delirante, cu ciclurile rapide, stările mixte, ciclotimia și personalități particulare specifice.

De la **BMD** a lui Kraepelin la actuala **TBP**, s-au mai produs însă, de asemenea, o serie de nuanțări și metamorfoze în abordarea clinică. De aceea, demersul ce-l întreprindem pretinde și o scurtă trecere în revistă a istoriei problemei.

3/ Abordarea Tb Bipolare e interesantă și provocatoare pentru o psihopatologie antropologică deoarece:

a/ Sindroamele ce o compun (cel **maniacal** și **depresiv-melancholic**), derivă din grupul restrâns a celor mai vechi tb psihice pe care medicina hipocratică le-a identificat încă de acum 2500 ani (alături de *histerie* și *frenitis*), având și pe atunci o simptomatologie în mare măsură similară celei actuale; fapt ce le califică ca realmente semnificative pentru psihopatologia antropologică.

b/ Este o patologie condiționată în esență **endogen – factorii exogeni** (organici și psiho-sociali comprehensivi) fiind doar declanșatori,... care era plasată de Kraepelin printre **psihoze** (Deși actuala Tb Bipolară actuală cu episoadele sale specifice nu mai e etichetată de DSM-5ca psihotică, condiționarea acestora se menține, în esență, tot endogenă)

c/ Sindromul maniacal și cel depresiv au un tablou semiologic simetric polar... iar tradiția milenară consemnează posibila tranziție directă a unuia în altul,...fapt ce sugerează derivarea lor dintr-o aceeași structură de fond a psihismului normal. Ținându-se cont și de principalele comorbidități (constând din tb. dispoziționale anxios-fobice, iritabil agresive și de detașate..),.....

...apare sugestia derivării ansamblului acestor sindroame, dintr-o structură psihică identitară axială a psihismului persoanei,..mai precis,..cea. a tradiționalei disponibilități temperamentale ,... ca deficit disfuncțional al acesteia,.

d/ Orientarea polară a SM și a SD sugerează direcțiile de manifestare predominant **externalizate** și **internalizate**, modalități pe care psihopatologia le-a sesizat și la alte tb psihopatologice (inițial în pedopsihiatrie). E sugerat astfel un model interpretativ generic, ce s-ar putea aplica unor diverse manifestări psihologice, normale și deficitare disfuncționale.

e/ Sesizarea încă din antichitate a variantelor caracterial-temperamentale ale maniei și melancoliei – aspect reluat în Renaștere – trimite spre derivarea lor din modelele comportamentale normale și adaptative, externalizate și internalizate; fapt ce invită la studierea infrastructurii psihismului normal, care le face posibile.

Dincolo de perspectiva istorică, esențială rămâne însă studierea analitică a sindroamelor maniacale și depresive.

4/ Principala atenție o vom acorda sd. maniacal și celui de depresie majoră – din DSM-5 -, **ca manifestări psihopatologice externalizate și internalizate speciale, ce depășesc limitele încadrării integrative între parametrii vieții cotidiene comunitare**, ordonată prin norme și valori. Se va avea în vedere ipoteza derivării lor din trăiri și comportamente situaționale normale și adaptative, implicate:

- Pe de o parte în procese de investigare, realizare performativă, relaționare asertiv combativă, creativitate, eforie sărbătorească...

-Pe de altă parte în retragerea necesară refacerii și reorganizări psihice interioare.. de după eșecuri, înfrângeri, pierderi (doliu), culpă etc.

Faptul că episoadele maniacale și depresive pot atinge - odată cu TBP - și orbita psihotiformă (chiar fără delir) - depășind nivelul la care se afirmă tb etichetate tradițional ca externalizate și internalizate -, reprezintă și ea o provocare psihopatologică, ce merită să nu fie ocolită..

| O sistematizare a simptomelor maniei și depresiei în vederea unui diagnostic comprehensiv | |
|---|---|
| A. Simptome biopsihologice predominant observabile (bio-psiologice) | |
| MANIE | DEPRESIE |
| Dezinhibiție extroversă și tahipsihie globală (instinctivă, decizională, comportamentală, ideo-verbală, relațională) | Inhibiție introversă și bradipsihie globală |
| <p>insomnie fără oboseală energie crescută logoree fugă de idei, asociații superficiale atenție mobilă, percepție crescută hipermnezie nefuncțională libido crescut, dezinhibiție sexuală hipersociabilitate gregară cu reducerea reticenței decizie rapidă și hiperactivitate, activități hazardante cu risc motricitate crescută și rapidă</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 izolare socială reducerea vorbirii, mutism</p> |
| B. Simptome psihoantropologice subiective, detectabile prin interviu | |
| <p>Autovalorizare +.....Stima de sine crescută</p> <p>sentiment de valoare și capacitate crescută încredere în sine, asertivitate, optimism nerealist grandiozitate, afirmare de sine</p> | <p>Autovalorizare -,,,,,,Stimă de sine scăzută</p> <p>sentiment de capacitate și valoare redusă neîncredere în sine, indecizie, problematizare vinovăție, negație de sine</p> |
| <p>Viitorul e deschis (totul se va rezolva bine) - participare hedonică la prezent -desinteres față de trecut</p> | <p>Viitorul e închis (lipsit de speranță) nu poate adera la prezent (nimic nu-l atrage) incapacitate de a se bucura</p> |
| <p>Stare afectivă dispozițională pozitivă - veselie, bună dispoziție, euforie ce se transmite celorlalți</p> | <p>Stare afectivă dispozițională negativă - tristețe, proastă dispoziție afectivă, disforie, anxietate, preocupare față de boală și moarte</p> |
| 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> |
| <p>Stările maniacele (frecvent comorbide cu tb impulsiv iritabil agresive) și cele depresive (comorbide cu anxietatea fobică) – la care se adaugă cea de detașare (observațional obiectivantă) pot fi considerate ca exprimând manifestarea deficitar distorsionată a celor cinci dispoziții afectiv comportamentale (și relaționale) ale temperamentului caracterial al persoanei identitare : elafia..agresivitatea...anxietatea..depresia... detașarea</p> | |

6/ Tb Bipolară și polarizarea externalizat – internalizat.

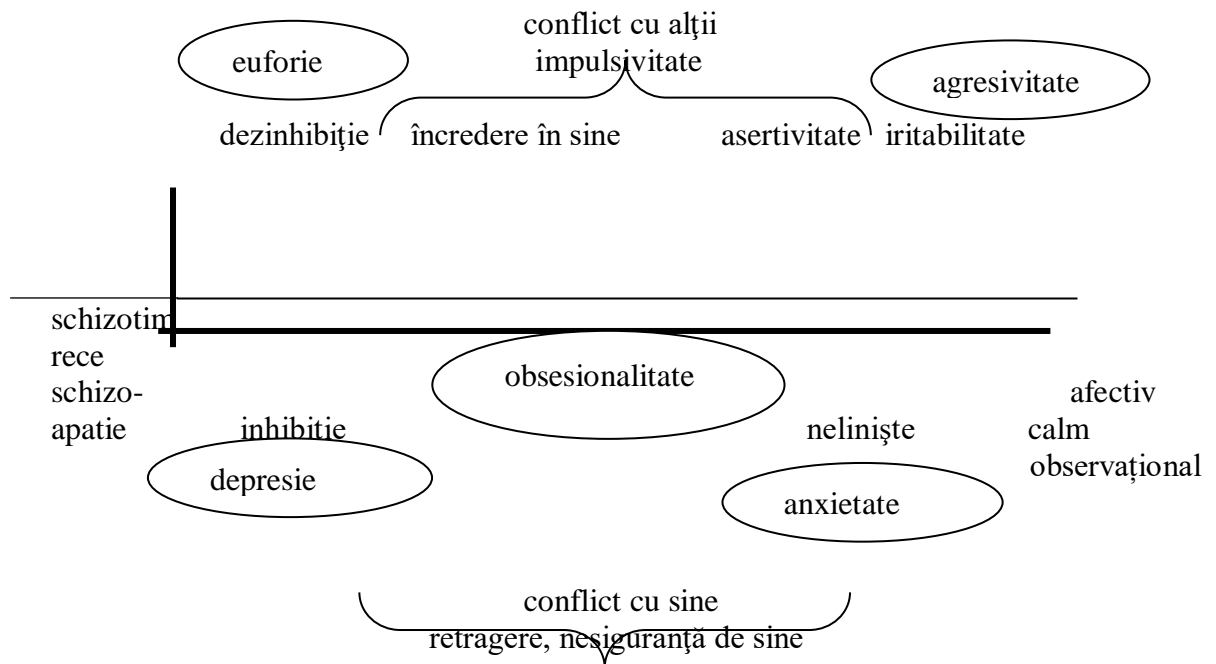
Una din sugestivele și fructuoasele idei de sistematizare a tulburărilor psihice a fost cea a lui Achenbach (1966, 1970) - aplicată inițial pedopsihiatriei - de plasare a grupajelor simptomatologice categoriale între doi poli comportamentali opuși:

- Pe deoparte polul **externalizat**, ce reflectă tendințe dezinhibat expansive.. spre asertivitate și conflicte cu lumea exterioară, cu comportamente insuficient controlate, impulsive („acting-out,,), uneori agresive, explozive; dar și cu o conduită addictivă (care a fost comentată în ultimul timp); și pe de alta,

- Polul **internalizat**, în care pacientul se repliază și are probleme cu el însuși, cu afectivitate negativă și tensionat de a controla situațiile. Tulburările internalizate reunesc stări inhibitate, cu retragere socială, anxietate, depresie, cu hiper autocontrol situațional și comportamental, inclusiv ca în patologia obsesiv compulsivă.

Dispoziții afective și comportamentale

EXTERNALIZATE



INTERNALIZATE

Suportul clinic al acestei polarizări (E/I) e reprezentat și de comorbiditatea clinică cea mai frecventă a unor sindroame, cazuistica avută în vedere a fiind una

Această sistematizare s-a referit – și se referă și în prezent – la o cazuistică ne-psihotică, a pacienților ce-și derulează existența în mijlocul vieții cotidiene comunitare, implicând relaționările interpersonale. Ea nu se suprapune cu tradiția caracteriologică „extrovertit-introvertit,, (a lui Jung); și nici cu sistematizarea dimensiunilor caracteriologice din mai recenta TEORIE a celor CINCI MARI FACTORI (în care, totuși, factorul Extroversie, se apropie de cazuistica „externalizată,, , iar cel al Nevroticismului (afectivitate negativă) - de cea „,internalizată,,.

Deoarece sistematizare E/I e răspândită și intuitivă, merită însă comentarea ei – chiar dacă doar metodologică – în raport cu două arii importante ale psihopatologiei actuale:

-Una este cea a problematicii **Tb de P.Borderline**, care se manifestă printr-o majoră instabilitate a raportărilor interpersonale, în arie intimă, cu atitudini polare între dominație și sumisiune extremă, impulsivitate agresivă în raport cu partenerul și cu sine...pe un fond de afectivitate negativă (disforică), cu momente depersonalizante (vid interior)

- Cea de a doua se referă la **polaritatea alternanței ciclice a episoadelor polare de manie și depresie**. Acestea – spre deosebire de **P Borderline și de polarizare E/I** – plasează în plan secund relaționarea interpersonală – și la alte aspecte ale „situațiilor actuale,, (ale vieții cotidiene comunitare), de care subiectul acum se detașează – printr-o proiecție aberantă spre un viitor a toate posibil în EM..și printr-o repliere pe trecut în ED. Raportarea comparativă a patologiei Bipolarității cu sistematizare E/I și TP Borderline e utilă, mai ales deoarece ea se referă la o condiție psihopatologică care derivă dintr-o tradiție psihotică – **Boala Maniaco Depresivă a lui Kraepelin** - manifestându-se și în prezent într-o arie psihopatologică ce se intersectează major cu cea a „psihozei,,putându-se astfel urmări specificitatea acesteia, în umbra coordonatelor ce organizează polarizarea externalizat/internalizat.

7/ Perspectiva istorică,

a/ stările psihopatologice ale **Maniei și Depresiei** (*Melancholiei*) au fost circumscrise de medicina antichității greco romane ca **boli separate** – alături de *hysterie* (corelată epilepsiei) și *frenitis* (tb acută, febrilă și confuzivă) – încă din

perioada constituirii Corpusului Hippocratic (aprox sec IV ÎCh). Ele erau exprimate prin deviații comportamentale și ideatice, considerate ca și condiționate de dezechilibrul dintre cele patru umori (bila neagră, galbenă, sângele și flegma).

Pentru melancolie era menționată: aversiunea față de mâncare, disperarea, lipsa de somn, iritabilitatea, neliniștea și cu osebire frica, toate cu durată prelungită. Era acceptată o stare de predispoziție, constând în temperamentul melancolic.

Se menționează și comentarea de către Aristotel a faptului că melancolicii pot avea un intelect superior, speculativ (vizitarea lui Democrit).

Informații mai detaliate avem din sec I și II d.Ch prin doi medici de seamă, Soranus și Areteus:

Soranus din Efes (sec I d.chr) comentează prezența la **melancolici** a : fricii - de unele animale..de sunete puternice, dar și de prieteni, - îndoielii, idei și dorință de moarte, căutarea singurătății,... -aversiunea față de mâncare și băutură, dispepsie, flatulență,...- dificultatea de a vorbi, idei neobișnuite;.crede că nu mai are cap...că pielea se uscă ca un pergament.. că au înghițit un șape... că e un „nimeni-nimic.

În antichitate – și până în sec XIX – nu se face o distincție clară între patologia depresivă și cea anxios fobică și nici între variantele relativ integrate și cele aberant psihotice, de tip delirant, precum frica paranoidă; frecvent sunt menționate idei aberante (de tip delirant)...Totuși. - la melancolic cel puțin - se descrie explicit și un temperament corespunzător, normal.

Privitor la manie *Soranus* scrie:

Unii pacienți cu manie sunt bine dispuși....ei râd, joacă, dansează ziua și noaptea și se plimbă tacticos prin piață cu ghirlande puse pe cap, ca și cum ar fi învingători la un joc. Acești pacienți nu-i deranjează pe alții. Dar alții devin furioși, manifestările lor ajungând lipsite de măsură. Unii maniacali care sunt inteligenți și bine educați se apucă să vorbească despre astronomie, deși nu au studiat niciodată filosofia sau se consideră poeți serviți de muze”.

Soranus evidențiază deci, atât formele euforice ale maniei – de modelul veseliei sărbătorești – cât și cele de furie agresivă - furor maniacalis – și cele delirant megalomane – de realizări intelective deosebite, de succese etc.

Soranus a comentat explicit corelația dintre cele două sindroame și faptul că mania și melancolia pot trece direct una în alta.

Areteus din Cappadocia (între sec I și II d.chr) comentează Melancolicul prin stări de supărare (*sorrow*), descurajare, suspiciune, anxietate, izolare, preocupări de persecuție, convingerea că are boli care-l conduc la moarte...etc.

Mania e caracterizată prin lipsă de control și diverse excese, furie (uneori își omoară sclavii)...sau, poate deveni euforic...poate avea idei grandioase.. crede că e un important filosof sau un mare artist.

Areteus a semnalat și el trecerea reciprocă a maniei în depresie și invers.. cu perspectiva unei ciclotimii („mania pare a fi o varietate a depresiei,..“)

Areteus a acordat atenție și „maniei religioase,, din cadrul unor ritualuri ce susțineau stările de transă și entuziasm colectiv, precum cultul lui Cybele... deliruri orgiasice de transformare interioară prin inspirație divină. De asemenea, el a corelat mania cu intoxicațiile, comentând starea euforică de beție de după ingestia de vin.

În perioada lui *Areteus* și *Soranus*, neexistând un concept pt ceea ce în prezent numim patologie psihotică, la cazuistica etichetată ca melancolică și maniacală s-au înregistrat și convingeri identitare aberante – delirante (unele din ele fiind mereu reluate și citate în comentarea acestor boli până după Renaștere). Așa ar fi: convingerea pacientului că s-a transformat într-un cocoș sau într-o vrabie... ca e un vas de pământ sau de sticlă – fiindu-i frică să nu se spargă; unele din astfel de idei exprimă grandiozitate, altele autominimizare depresiv-anxioasă, de ex.: transformarea în Zeu care ține sceptrul lumii...sau, transformarea într-un copil, cerând – în consecință - să fie dus în brațe...preschimbarea într-un grăunte de muștar, cu teama de a nu fi înghițit de o găină..etc.

Opera lui *Galen* (sec III d c) a consolidat interpretarea umoralistă a maniei și depresiei.. care ulterior s-a transmis...pe cale arabă (*Avicena*) dar și european creștină, până la Renaștere.

b/ Tradiția medicinei greco romane s-a transmis mai ales prin filieră arabă, fiind citat frecvent *Avicena*. În perioada Renașterii și după, melancolia și mania sunt comentate în Europa de către noile școli de medicină ce iau naștere, preluându-se descripția cazuistică și interpretarea umoralistă antică. Se publică tratate de medicină ce includ aceste boli, ca cele a lui *Andre Du Laurentis* din Montpellier (1597) și *Felix Platter* din Basel (1602). *Laurentis* reia descrierile antichității, comentând melancolia ca o „tristețe fără motiv,, o formă de *mental alienatio* în care e afectată imaginația și rațiunea- despre afectivitate nu se vorbea în acea epocă -, pacientul devenind fără motiv supărat, retras, cu stări de frică ...Se insistă asupra fricii de pedeapsă...a sentimentului de vinovăție,..o atenție specială acordându-se flatulenței și hipocondriei...

Mania e comentată ca un exces, pacientul gândind, imaginând și acționând nerezonabil.

Ca aspect special, după Renaștere și Reformă, în cadrul melancoliei se impune frecvent sentimentul de vinovăție, parțial corelabil cu „analizele de conștiință,, stimulate de Biserică, care duceau la frecvente spovedanii (zonă de intersecție cu obsesionalitatea.. și care marchează dezvoltarea dimensiunii subiective a conștiinței).

În aria simptomatologică a maniei, se insistă acum frecvent pe comportamentul brutal, pe agresivitate, sexualitate grosieră, bestialitate.. violențe.. injurii .. atacuri...

Melancolia din perioada Renașterii nu se restrânge strict la aria medicinei, ci e abordată și într-un sens larg antropologic, reluându-se dimensiunea caracteriologică avută în vedere în antichitate. La Florența la curtea lui Medici, Ficino dezvoltă tema melancolicului „saturnean,, care – în perspectivă zodiacal neoplatonică – împrumută „materie subtilă,, de la planeta Saturn - pe lângă care a trecut în coborârea sa spre pământ sufletul său; fapt ce induce o predispoziție spre meditație imaginativă, cu deschidere spre speculație filosofică (tema e reluată de Agrippa și ilustrată de Durer în gravurile sale intitulate Melancolia). Tot în această direcție antropologică poate fi plasată monumentală lucrare a lui *Richard Burton* (1621) *Anatomy of Melancholy*, în care sunt comentate multiple fațete le melancolicului.. cu frici, idei de persecuție, otrăvire, gelozie....dar și de om solitar... inclusiv din cadrul derulării vieții cotidiene, cu preocupări specifice...comentându-se variate aspecte ale vieții sale. Melancolici apar în opera lui Shakespeare, iar „nebunu-bufon,, (cu comportament hipomaniacal) devine un personaj cultivat de comunități (la sărbători) și de curțile nobiliare.

Dintre celebritățile medicale ale vremii, *Willis* reia ideea tranziției dintre manie și depresie. În același sens dezvoltă tema *Herman Boerhave*.

Din perioada clasică a Iluminismului sunt relativ puține observații empirice...în schimb, autorii au speculat mult teoretic asupra patogeniei, părăsind paradigma umoralistă. Integralitatea organismului și conexiunile dintre diversele sale părți sunt acum interpretate din perspectiva anatomică a unui corp solid, cu atenție asupra valențelor în acest sens ale circulației sângelui prin vase, mai ales după descoperirea circulației de către Harvey; dar și a nervilor. În locul circulației umorilor se iau acum în considerare calitățile de transmitere prin nervi (a „spiritelor animale,, - purtătoare ale informației). Inițial menținând elemente de tradiție (rece - umed / versus cald - uscat); apoi, invocându-se „tensiunea nevilor,, care pot vibra mai puternic sau mai slab.

Xxxxxxxxxxxxx

Interpretarea Maniei și Melancoliei în epoca modernă

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

| Melancolia | Mania |
|---|---|
| Spiritul e ocupat de reflexie imaginația se odihnește se fixează asupra unui simptom sau obiect conferindu-i proporții nerezonabile tandrețe și teamă | Imaginația e ocupată de un flux perpetuu de idei impetuoase conceptele și noțiunile sunt deformate își pierde congruența, valoarea reprezentativă e falsificată îndrăzneală și furie |
| Spiritele animale sunt obscure, întunecate de un fum gros flacăra; | Spiritele animale se mișcă continuu și neregulat ca suport a gândurilor incoerente ce scânteiază și iradiază căldură, ca o flacăra; |
| de aceea maniacalul nu se teme să stea în frig | |
| Diateza melancolică 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.

Melancolicul 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 melancolicului 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

Sec XVIII a arătat un interes crescut pentru hipocondrie și flatulență, care erau tradițional corelate cu Melancolia; dar, interpretările de acum o proiectează mai aproape de histerie (ca o variantă masculină a acesteia), alături de care va evolua, ca *nevroză* – în sensul lui Cullen - până în sec XIX.

c/ **Sec XIX.** este cel care va da naștere disciplinelor medicale clinice, între ca și psihiatriei, dezvoltându-se amplu acum psihopatologia descriptivă, pe baza studierii atente și îndelungate a pacienților internați pe perioade lungi în azile; și a ghidajului doctrinei facultăților psihice. Tradiționalele boli ale maniei și depresiei, comentate timp de peste două milenii, vor trece prin filtrul acestei abordări, metamorfozându-se profund.

Ca o consecință, ele nu au mai fost privite ca „**boli în genere**„, fără precizarea duratei („*sub specie eternitas*„);..ci, din perspectiva evolutivă a unor **episoade** maladive (= sindroame) cu durată variabilă (scurtă, lungă), care se pot remite și spontan (fără a se ignora cazurile cronice). Faptul a condus la studierea atentă a succesiunii acestor episoade și a intervalelor libere dintre ele; dar și a cazurilor de tranziție directă dintr-unul în altul (**evoluție ciclică**), a celor cu intervale libere foarte scurte (**cicluri rapide**) ori de combinare a simptomatologiei lor (**forme mixte**).. Se sublinia astfel caracterul unei boli unice cu „dublă formă„, de manifestare.....

....ce s-a și definit în Franța la mijlocul veacului (Falret, 1951, Boală cu dublă formă,....Bailarget, 1854, Nebunie circulară).

În urma introducerii explicite în psihopatologie a conceptelor de delir și paranoia – și a definirii acestora -, episoadele de manie și melancolie (depresie) au fost acceptate și **fără delir**, conturându-se treptat ca „**sindroame afective**„(**dispoziționale**). Comorbiditatea lor predilectă era tot afectiv dispozițională: iritabil agresivă (pt EM) și anxios fobică sau detașată - cu „vid interior„(pt ED). Noua abordare a evoluat în paralel cu dezvoltarea psihopatologiei afectiv-subiective (La începutul sec XIX psihologia și psihopatologia operau doar cu „facultățile psihice„, ale cogniției și voliției).

Episodul melancolic s-a impus apoi, pe parcursul sec XIX, tot mai mult și prin inhibiția sa bradipsihică - inclusiv de model cataton -, fapt ce a condus la etichetarea sa ca **DEPRESIE** - după o încercare de etichetare ca *lipemie*. (Mania se va caracteriza prin expansivitate dezinhibată, externalizată).

În Germania Kahlbaum introduce termenul de *dystymie* (1863) care se referă explicit la perturbarea emoțiilor – tulburarea intelectului fiind etichetată ca *paranoia* iar a voliției ca *distrofie*. (E o consecință a modificării de optică ce se produce în acest sec. privitor la facultățile de bază ale psihismului, care la începutul secolului erau doar intelectul și voința, la care se adaugă treptat afectivitatea, cu întreaga sa gamă: emoții..sentimente..simțiri..pasiuni..atașamente). Mendel comentează (1881) episoadele *hipomaniacale* iar Kahlbaum (1882) *cyclotymia*, pe care Haeker o considera o formă ușoară și nedezvoltată a bolii maniaco depresive.

8/ La cumpăna dintre sec XIX și XX, Sistemática Nosologică Psihiatrică realizată de Kraepelin a reunit (1899, ed a 5-a a Tratatului său) în megacategoria clinică a **Bolii Maniaco Depressive (BMD) un ansamblu de tulburări în care dominante erau sindroamele EM și ED, caracterizate nu doar prin simptomatologia lor predominant „afectivă,, ci și printr-o specifică modalitate evolutivă: - debutul la vârsta adultă, și - tendința evolutivă prin episoade circumscrie, - cu tendință la remisiune (chiar spontană) și recădere periodică (eventual ciclicitate). Au fost identificate și cazuri cu cicluri rapide, stări mixte și variante, ciclotimia, distimia, personalitate hipertimă. Kraepelin a păstrat inițial termenul de melancolie pentru o variantă involutiv agitată a bolii, renunțând apoi la subdiviziune.**

Această boală (**BMD**), în calitatea sa de **psihoză endogenă**, se plasa în centrul sistemului său nosologic, alături de:

- Demența-paranoidă-precocă, o altă metacategorie nosologică, ce a fost redenumită în 1913 de către Bleuler **Schizofrenie**. Aceasta, se diferenția de **BMD** nu doar printr-o distinctă simptomatologie, ci și prin: - debut la vârste tinere și evoluție „procesuală,, cu tendință la deteriorare (defect) psihic și social.

Circumscriere psihozelor endogene ale lui Kraepelin era deci clinico-evolutivă.

(În ultima ediție a Tratatului său -1921- a fost introdusă și o a treia clasă centrată de **Paranoia**, psihoză deliant halucinatorie prelungită, cu - debut la vârsta adultă și fără deteriorarea personalității (căreia i se adăuga **Parafrenia**, caracterizată prin „dublă contabilitate psihică,,).

Tulburarea Bipolară din DSM-III-5 e moștenitoarea directă a BMD

9/ Psihopatologia clinică din sec XX a rămas multă vreme dominată, mai ales în Europa, de viziunea nosologică a psihozelor endogene a lui Kraepelin centrată pe cuplul BMD-Schizofrenie; acceptându-se marginal și o cazuistică a **Psihozelor scurte** (Bufeuri psihotice - cu debut rapid, evoluție cu simptomatologie oscilantă, durată scurtă cu remisiune, reapariție periodică); și a **Psihozelor delirante persistente** (de model Paranoia, fără deteriorarea personalității). Schemă ce persistă în clasificarea din DSM-III-5.

- În plan secund, s-a menținut mult timp și interesul pentru perspectiva susținută de autori precum Wernike-Kleist-Leonhard, care pledau pentru multiplicitatea formelor clinico evolutive de psihoză endogenă, atât în perspectivă simptomatologică (e.g. psihoze unipolar depressive și maniacale,, centrate pe variante polar opuse, nu doar maniacale și depressive ci și de tb. a motricității, pe cuplul anxietate/extaz, a unor manifestări confuzive și de tb de vorbire); - cât și în perspectiva evoluției periodice și a celei progrediente, „sistematice,,). Această orientare a susținut varianta „psihozelor cicloide,,...și din ea derivă decupajul **Depresiei unipolare** actuale.

- La un alt pol, s-a menținut și tentația trimeritiei la **„psihoză unică,,** (ce a fost intermitent susținută și în sec XIX). Aceasta a întreținut tema unei „orbite

psihotiforme,, spre care se poate coborâ din diverse incidente clinice. Precum și pe cea a continuumului dintre stările psihotice (e.g. episoade schizoafective, care în DSM-5 sunt incluse ca variante în clasa Tb Schizofrene)

- S-a avut în vedere și **problematica continuumului dintre psihoze (Schizofrenie și BMD) și normalitate, precum și relativa echivalență a simptomatologiei din episoadele depresive și maniacale ale BMD – moștenitoare a condiției lor psihotice din BMD - și stări psihopatologice nepsihotice, ale ”micii psihiatrii,(reacții, nevroze,tb de personalitate)** asupra căreia se va reveni, după o scurtă invocare a prezenței sd maniacal și depresiv în sistemele de diagnostic actuale.

Orientarea diverselor Tulburări psihice spre orbita psihozelor

VIAȚA COTIDIANĂ

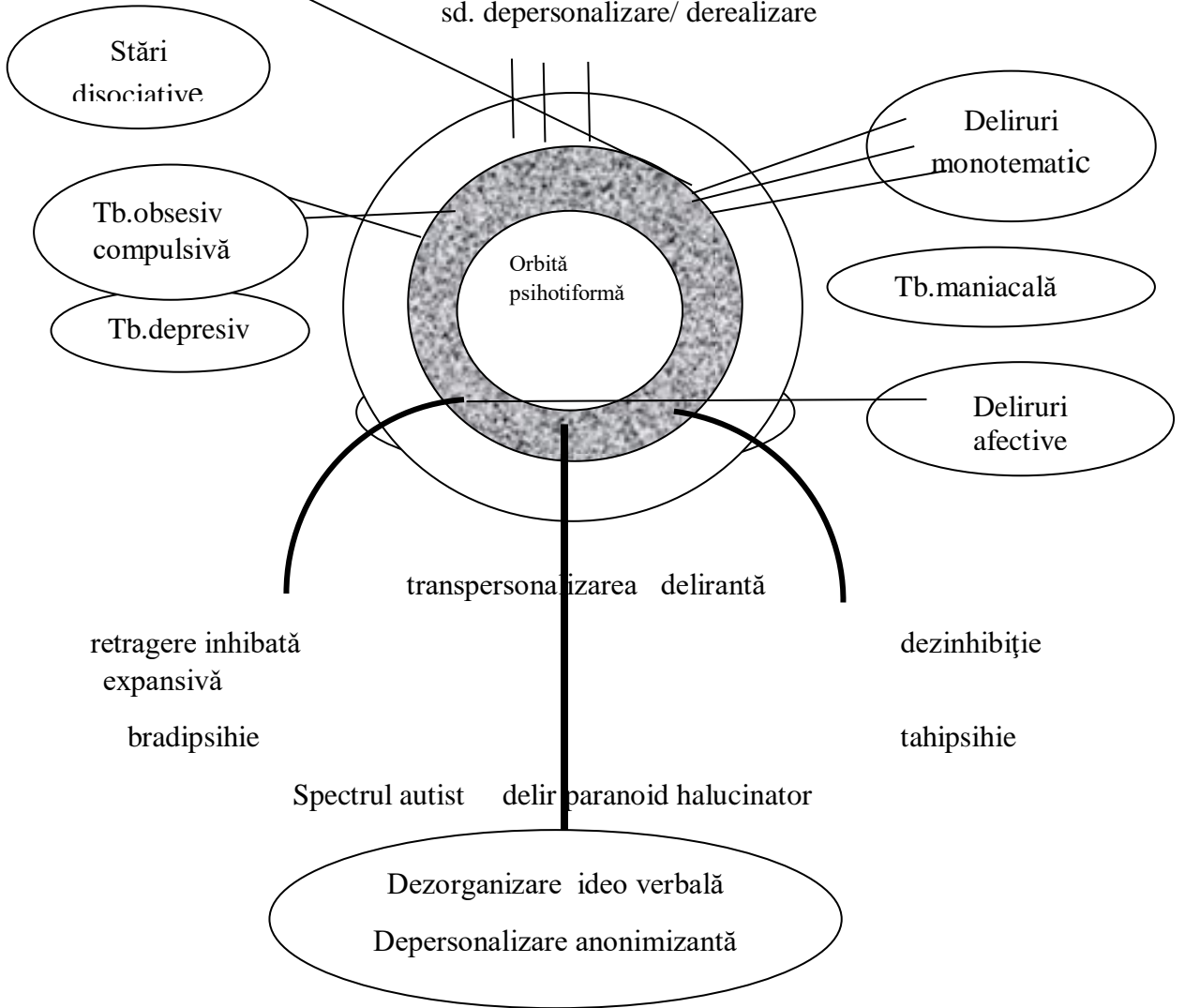
Personalitatea anormală (comportamente conflictual agresive)

Reacție psihopatologică (depresia de doliu, reacția de stres posttraumatic)

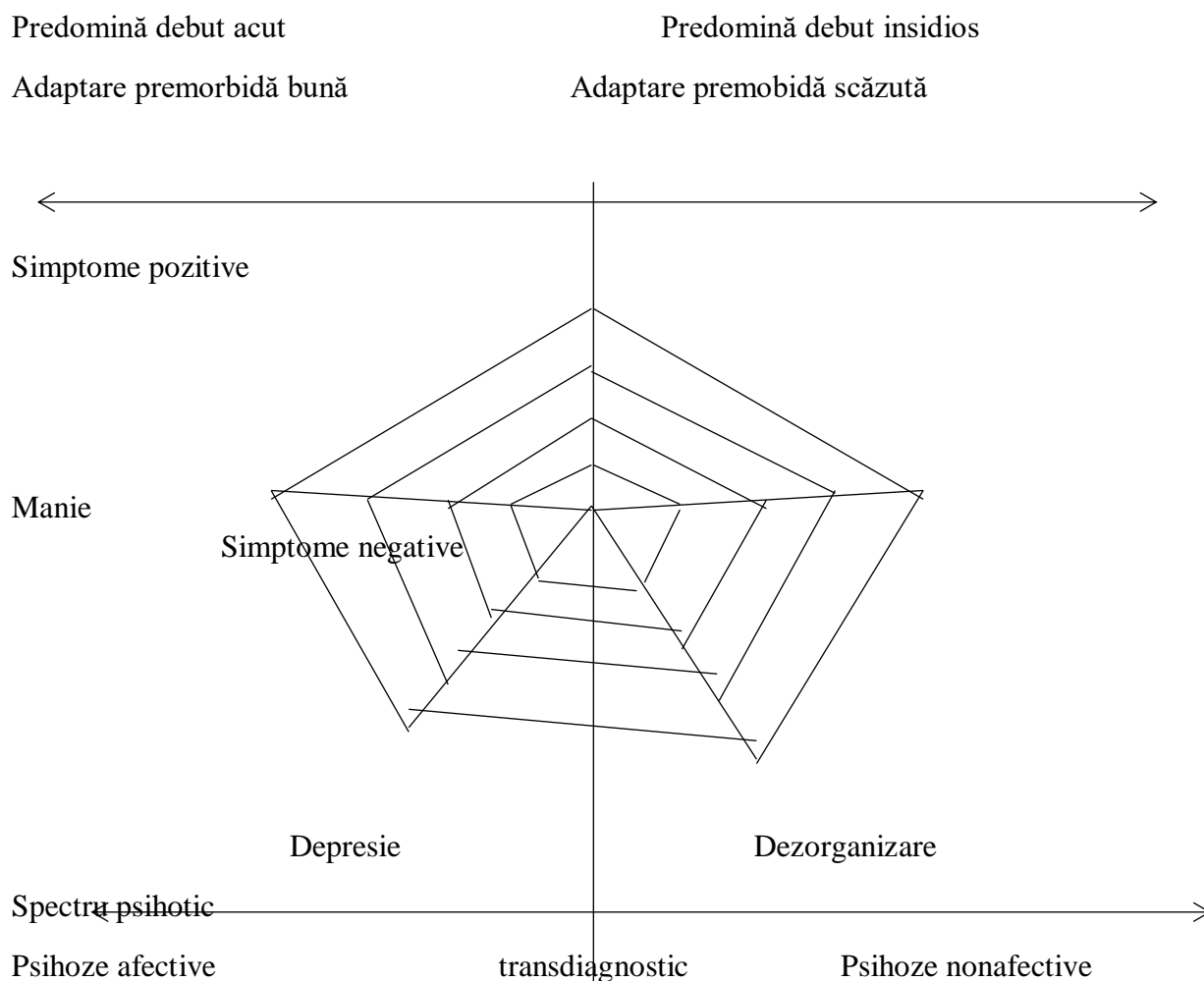
Preocupări anxios fobice

și prevalențiale

sd. depersonalizare/ derealizare



Spectrul psihotic în proiectul dimensional al NIMH (SUA) Taminga, 2021



10/ În acest context istoric s-a profilat **sistematizarea nosologică din DSM-III-5**, care exprimă un construct teoretico-metodologic și o grilă de lectură convențională actuală, destinată statisticii și comunicării dintre specialiști
Acest sistem:

Nu mai acordă eticheta de „psihotic”, decât tb schizofrene și a celor ce prezintă simptomatologia din cele 5 clase psihotice circumscrise în acest capitol 3/ (deci NU și episoadelor maniacale și depresive majore nedelirante..ca în BMD a lui Kreapelin)

Diferențiază d.p.d.v nosologic, în cadrul unei tb afectiv-dispoziționale, două clase, prezentate succesiv: - **Tb bipolare** (ce implică și ep maniacale, plasată imediat după Tb Schizofrene); și, ulterior: - **Tb strict depressive**

- **Tb, Bipolară (TB)** din DSM-5 are ca subdiviziuni: - TB I., TB II. și Tb ciclotimică, la care se adaugă TB indusă de substanțe și medicamente, TB secundară unei afecțiuni medicale, Alte TB.

Baza acestei clasificări o reprezintă referința la manifestarea periodică – eventual ciclică - a unor **episoade dispozițional afective**: EpM , Ep hipomaniacale, Ep depresive și Ep mixte variate ca intensitate și durată, care se succed.

Pentru **episoade** sunt menționați și specificatori: - 1/cu disconfort anxios, - 2/cu elemente mixte atât pt EM, Em, ED), 3/ cu cicluri rapide, -4/cu elemente melancolice, -5/cu elemente atipice (dispoziția reactivă, îngrășare, hipersomnie,, paralizie,,ca de plumb,, sensibilitate la respingere), -6/ cu elemente psihotice, 7/cu catatonie, - 8/cu tipar sezonier. Cei mai mulți din acești specificatori se referă la intersecții dispoziționale între manie (elație) – depresie – anxietate - detașare (trăirile de „gol sufletesc,, din melancolie). Nu e menționată explicit combinarea cu iritabilitatea-agresivă (disforică)

- **TB I** ..constă din prezența unuia sau mai multe EM sau mixte, precedat sau urmat de mai multe EDM și/sau Em

- **TB II** ...constă din prezența cel puțin a unui EDM – și a unor Em clinice (nu a EM)...S-a discutat – în marginea DSM-5 – despre alte subvariante de TB III-IV etc, în care hipomania apare doar episodic, la finalul unui EDM...stimulată de unele terapii sau abuzuri de substanță...e prezent un temperament hipertim,... și /sau toate aceste aspecte apar la rudele de gradul I

- **Tb ciclotimă** constă din cel puțin doi ani în care s-au succedat mai multe Ep de hipomanie și depresie care nu a avut însă intensitatea EDM.

- Tb Depresive constituie în DSM-5 un Cap. aparte,5/ centrat de **Tb Depresivă majoră**, ce e comentată ca episod (cu durată de minimul 2 săptămâni) dar și ca tb recurentă sau prelungită (până la 2 ani, după care e considerată cronică...); se cere să lipsească elementele de diagnostic a E M maniacal – deși se acceptă, ca specificatori stările mixte.

Tb distimică cu durată continuă peste 2 ani fără remisiuni, ce include un sd depresiv prelungit de diverse intensități (Se renunță la distincția din DSM-IV între Distimie ca tb mai ușoară – de modelul „nevrozei depresiv-anxioase,, și TDM prelungită, cronică); și astfel, la problematica endogenității. Episoadele depresive recurente pot fi prezente și în debutul tb bipolare... cu unele criterii de timp și context de spectru, ce rămân în discuție..

; ...În același cap. sunt incluse: - **Tb cu perturbare afectivă de tip disruptiv-agresiv** (între 12-18 ani); - **Tb Disforică premenstruală**, - **Tb Depresivă condiționată de consumul de substanțe și** - **cea condiționată de suferințe organice...** - **Tb depresivă nespecificată**

Interferența cu psihopatologia anxioasă e considerată importantă...și la fel cu patologia psihotică,,caz în care e mai frecventă și bipolaritatea

Decupajul din DSM-5 a patologiei depresive indică importanța acesteia în lumea contemporană...dar diluează puțin distincția – care nu e imposibilă - între

depresia predominant endogenă...și cea care rezultă din existența trăită cotidian de persoană în lumea sa umană, prin evenimente, reacții, conflicte exterioare și intrapsihice (nevroze) Tb de personalitate...și factori endogeni...similari cu cei ai patologiei maniacale și bipolare.

11/ Sistemul nosologic a lui Kraepelin impunea noul termen – ce s-a afirmat în sec XIX înlocuind toți termenii generici pentru „nebulie„- de **psihoză**. Acesta se referea la o simptomatologie psihică accentuată, ce nu mai permite o corectă testare a realității și rezolvarea adecvată a problemelor cotidiene curente, pacientul ne mai putându-se autoîngriji și necesitând internarea - inclusiv datorită lipsei criticii (a *insight*-ului). Această zonă psihotică aparține psihopatologiei, Jaspers o va caracteriza, la scurt timp, ca „incomprehensibilă„; astfel încât, pentru o serie de sindroame – incluzând mania și depresia din BMD - s-a ridicat problema tranziției graniței dintre normalitate și variate stări psihopatologice de intensitate medie, spre psihoză.

Încă din vremea lui Kraepelin s-a impus și o doctrină a continuumului psihoză-normalitate, prin concepția tipologică psiho-corporală a lui Kretschmer, ce distingea:

- Morfologie picnică corelată genetic cu BBP – cicloidie (ca psihopatie), ciclotimie-creatori specifici
- Morfologie leptosomă corelată genetic specific Schizofreniei– Schizoidie– schizotipie – creatori specifici
- Tipologie atletică – epilepsie- ixoidie- meticuloși- creatori

De-a-lungul sec XX, epilepsia a dispărut din tabloul psihopatologic al psihozelor (și al psihopatologiei în general); dar, unele observații ale lui Kretschmer s-au validat parțial, în sensul:

- Corelației frecvente între forme specifice de biotipologie corporală și unele trăsături tipologico caracteriale (e.g. „sintonia„, picnicului, firea mai problematizantă a leptosomului).. și..- unele particularități a episoadelor psihotice la picnicii și leptosomii tipici)

-Prezenței fenomenologice a **ciclotimiei** – bazată pe alternanța dintre perioade hipomane și subdepresive - din afara episoadelor de manie și depresie clinică majoră, unele cazuri fiind etichetate ca TP ciclotime,...distinctă de TP depresivă și hipertimă. Acest aspect a fost în ultima perioadă acceptat și dezvoltat din perspectiva temperamentelor afective și a TB II.

12/ Problema unei cazuistici intermediare între aria psihotică și cea a tb ne psihotice a rămas deschisă, ea fiind insistent comentată în aria Tb de Personalitate Borderline (și Schizotipală) – dar și în alte arii, ca unele forme grave de Tb Obsesiv Compulsivă (TOC).

Problema nu poate fi exclusă din întreaga arie a tb etichetate ca : reactive (comprehensibil) de decompensare (prin cumul și conjuncție de stresori și vulnerabilități, în tradiționalele „nevroze„ și Tb de Personalitate. Ea este în mod

special sensibilă în domeniul stării DEPRESIVE, care se manifestă extrem de variat, în normalitate și psihopatologie...ajungând și în zona psihotică.

Printre **reacțiile anormale comprehensive** - în sensul lui Jaspers - principalele sunt chiar cele depresive și anxioase, condiționate de pierderi (de bunuri, de persoane de atașament, de poziții sociale), de eșecuri și înfrângeri...sau (cele anxioase) de iminența acestora...ori a diverselor pericole și amenințări. Dar reacția depresivă (și anxioasă) ,deși similară în mare măsură simptomatologic cu E Depresiv din TB și TMD, este tocmai prin condiționarea ei comprehensivă distinctă de modul de manifestare endogen al acestora.

Reacțiile comprehensive anormale (depresiv anxioase) au fost de la început corelată cu problematica **personalităților particulare (și anormale)** și cu istoria vieții, incluzând cumulusul de psihotraume și a factorilor ce vulnerabilizează fundalul personalistic. Această abordare s-a diferențiat progresiv pe parcursul sec XX, articulându-se treptat cu tradiția **nevrozii** psihanalitice din comentariile lui Freud

Acesta... era centrată de ideea unui conflict intrapsihic.. dintre pornirile pulsionale ale Sinelui și interdicțiile Supraeului (rezultat din introjecția în copilărie a imaginilor persoanelor de atașament), conflict mediat de instanța Eului. Dincolo de elaborările pe care le pretindea histeria și obsesionalitatea, psihopatologia depresiei și anxietății-fobice - ca „afectivitate negativă,, - au beneficiat mult de studierea (orientată mai mult sau mai puțin psihanalitic) a acestui domeniu al nevrozelor

... care circumscria condiția unui om suferind, repliat pe..și în conflict cu.. sine. Condiție care, a căpătat ulterior (inițial în pedopsihiatrie) eticheta de „internalizată,,

Anxietatea și depresia din interpretarea psihanalitică a nevrozelor este însă – și ea – distinctă de modelul endogenității.

13/ Menționata afectivitate negativă „distimic-disforică,, - în care anxietatea și depresia sunt uneori greu de diferențiat - a fost comentată spre sfârșitul sec XX, în variantele sale mai discrete și oscilante, uneori și ca o trăsătură temperamental-caracterială generică (= *nevroticism*); fiind introdusă ca atare în sistemul celor Cinci Mari Factori, care descriu variante de manifestare temperamental caracteriale ale **persoanelor normale**.

Dacă ne referim la tipologia personalității, se poate reaminti , desigur, temperamentul melancolic comentat în antichitate și Renaștere; și care e inteligibil și înregistrabil și în prezent;..dar și acest model e diferit de cel al episodului endogen (depresiv și maniacal) din TBP. Când s-a lansat și dezvoltat în sec XX tema Personalităților psihopate, Schneider (1920) a inclus între cele 10 tipuri de caracteriopatie pe care le-a descris și depresivul și hipertimicul. Iar relativ recent, în sintezele sale, Millon le include de asemenea.

În această perspectivă un loc aparte îl ocupă condiția ciclotimiei, asupra căreia se cere revenit, în perspectiva dinamismului existențial diacron al persanei.

Tradiția psihopatologiei nepsihotice a sec XX – nevrotice, reactive, a Tb de Personalitate – s-a diferențiat mult la începutul sec XXI, prin dezvoltarea doctrinelor; - vulnerabilitate/stres, - a psihologiei dezvoltamentale și a ciclurilor vieții, - a neopsihanalizei, - a teorii atașamentului și a relațiilor interpersonale, - a neuroștiințelor, - a cognitivismului și neofenomenologiei, a psiho-sociologiei, - a doctrinei spectrelor maladive..- a psihopatologiei evoluționiste etc..

Întreg acest nou filtru de lectură, deși a făcut mai transparentă instalarea și evoluția tb anxios depresive – a afectivității negative -, de ex în cadrul unor stări de dezadaptare, nu a schimbat faptul că, în această arie a psihopatologiei nu se întâlnesc pregnant modelele evolutive a psihozelor endogene comentate de Kraepelin și Jaspers.

- Manifestarea prin episoade discrete instalate necomprehensibil, despărțite de remisiuni (sau trecând ciclic unul în altul), cu debut spre vârsta adultă, ca în Tb.M.D.;
- Evoluția progredientă spre defect psihic și social, în urma unei instalări necomprehensibile la vârsta tânără, ca în schizofrenie
- Instalarea procesual-incomprehensibilă a unui delir ce se menține persistent, fără deteriorarea personalității, ca în clasică paranoia

14/ Ne vom centra acum asupra episoadelor – sindroamelor – maniacale (EM) și depresive (ED) în principiu delimitate în timp - care sunt baza, punctul de plecare al întregii problematice a acestei patologii bipolare (BP).

Așa cum s-a menționat, această perspectivă secvențial-episodică s-a degajat în sec XIX prin constatarea clinică a faptului că...

..starea maniacală - sau depresivă – poate să se instaleze de la un moment dat la o persoană „endogen,,... fără un determinism constatabil organic sau psihosocial.

...durând o perioadă variabilă (cu diverse intensități, forme clinice simptomatice și comorbidități)..

..pentru a putea dispărea (uneori) spontan...cu remisiune psihică și socială chiar completă..

... dar cu tendință la reapariție periodică, uneori ciclică...inclusiv cu cicluri rapide.

Circumscrierea **episodică** a tb maniacale și depresive, marchează și plasarea lor – d.p.d.v. a afectării psihismului persoanei – la un nivel intermediar între: - a/instanța fundalului identitar, biografico-caracterial, și - b/instanța circumstanțială a raportării nemijlocite la situațiile actuale...., care sunt, desigur, ancorate și integrate în aria intermediară (a/b) a proiectelor, preocupărilor și

relaționărilor, ce se desfășoară pe diverse durate existențiale, în lumea specifică, socio culturală a subiectului .

Faptul că aceste episoade durează o anumită perioadă de timp – după DSM-5, minimum 1 săptămână pt EM și minimumul 2 săptămâni pt EDM -, sugerează și ea similitudinea lor cu secvențele sau parcursurile existențiale de bază, întretesute, prin care se derulează ciclurile vieții unui om,...așa cum ar fi: - realizarea unor proiecte...clarificarea unor probleme identitar-relaționale, confruntările competitive sau agresive, procesele relaționale, obținerea și afirmarea de competențe, participarea la ciclurile sociale, productive și culturale etc....Iar întreaga această pulsație de episoade ritmice, e marcată de începuturi și finaluri, cu împliniri, succese, victorii, sărbători.. sau eșecuri, înfrângeri, pierderi perioade de reculegere și refacere. Episoadele psihopatologice maniacale și depresive se decantează din această țesătură a existenței psihice normale.

15/ Deși EM și ED poate avea durate, modalități de exprimare, și comorbidități variate (mai ales dispoziționale)...deși ele pot trece direct unul în altul sau se pot prezenta cu simptome amestecate (forme mixte) -....deși EM și ED pot avea variante psihotice diverse și variante nevrotice, caracteriale,, de decompensare psiho socială sau reactiv comprehensive (mai ales cel depresiv).....

..comentariul psihoantropologic se poate purta comprehensiv doar pe modele standard, tipic ideale.

Vom apela la astfel de modele, pornind de la simptomatologia sintetizată în manualele de semiologie, în scalele de evaluare - mult utilizate în prezent - și la criteriile DSM-5,..

... pentru a degaja câte un profil psiho-antropologic formal comprehensibil, care să permită și comentariul derivării acestor stări din trăiri firești, normale, adaptative sau chiar creative.

16/ Sindromul MANIACAL; pentru acesta pot fi invocate:

Scala de evaluare Yang Mania Rating Scale – în consens cu DSM-5 - propune itemii, predominant observabili:

1/ Dispoziție elevată, 2/ Activitate motorie crescută (și energie +), 3/ Interes sexual +, 4/Iritabilitate +, 5/ Vorbire (cantitativ) +. 6/ Curs al gândirii și vorbirii + (fugă de idei), 7/Conținutul vorbirii (necontrolat, coprolalic), 8/, Comportament disruptiv agresiv, 9/ Aspect specific (colorat..hiperexpresiv..mobil..) 10/ Lipsa criticii (insight -)

Scala Bech-Rafaelsen:

1/ Activitate (motorie)+, 2/ Activitate (verbală) +, 3 Fugă de idei, 4/ Vocea (intensitate crescută), 5/ Ostilitate +, Dispoziție pozitivă (optimism, euforie), 7/ Stimă de sine +, 8/ Contact social +, 9/ Somn redus (fără oboseală), 10/ Interes social +, 11/ Muncă, activitate +

Ambele scale remarcă creșterea agresivității, sub diverse forme

În DSM-5 definirea Episodului Maniacal în vederea unui diagnostic pozitiv pretinde prezența continuă, timp de peste o săptămână, a unor modificări psiho-comportamentale ce diferă de comportamentul uzual și perturbă încadrarea în viața comunitară necesitând internarea, caracterizate prin:

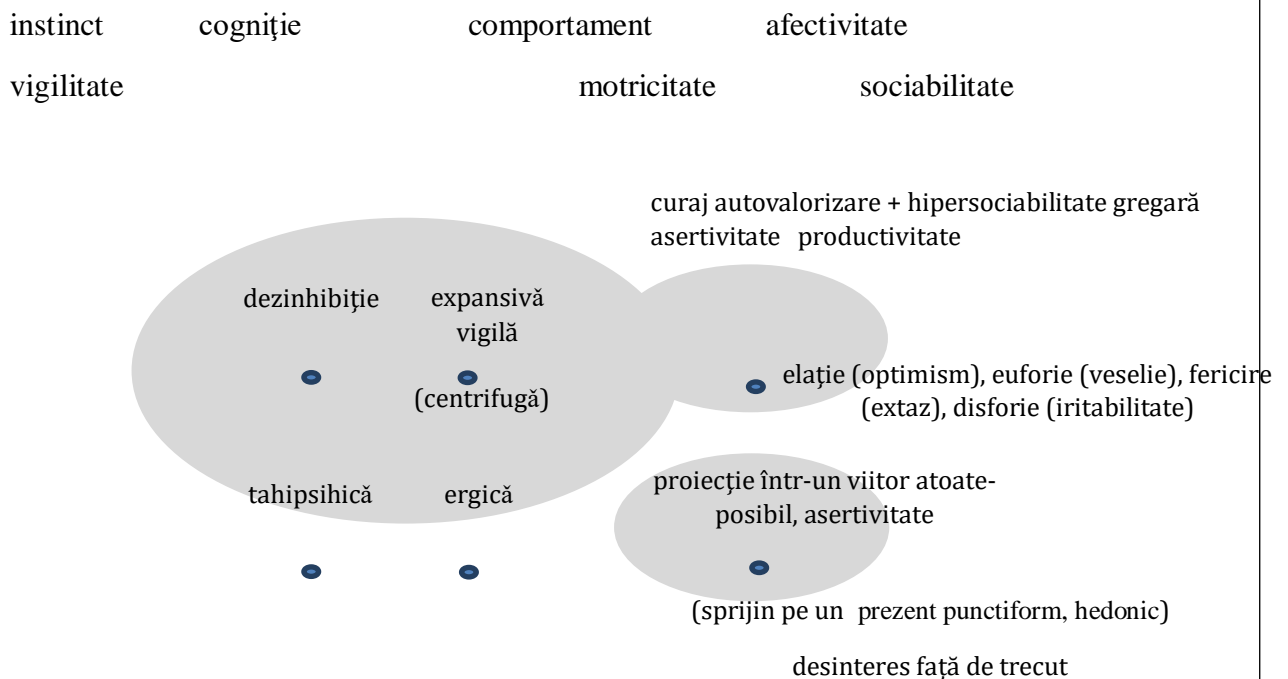
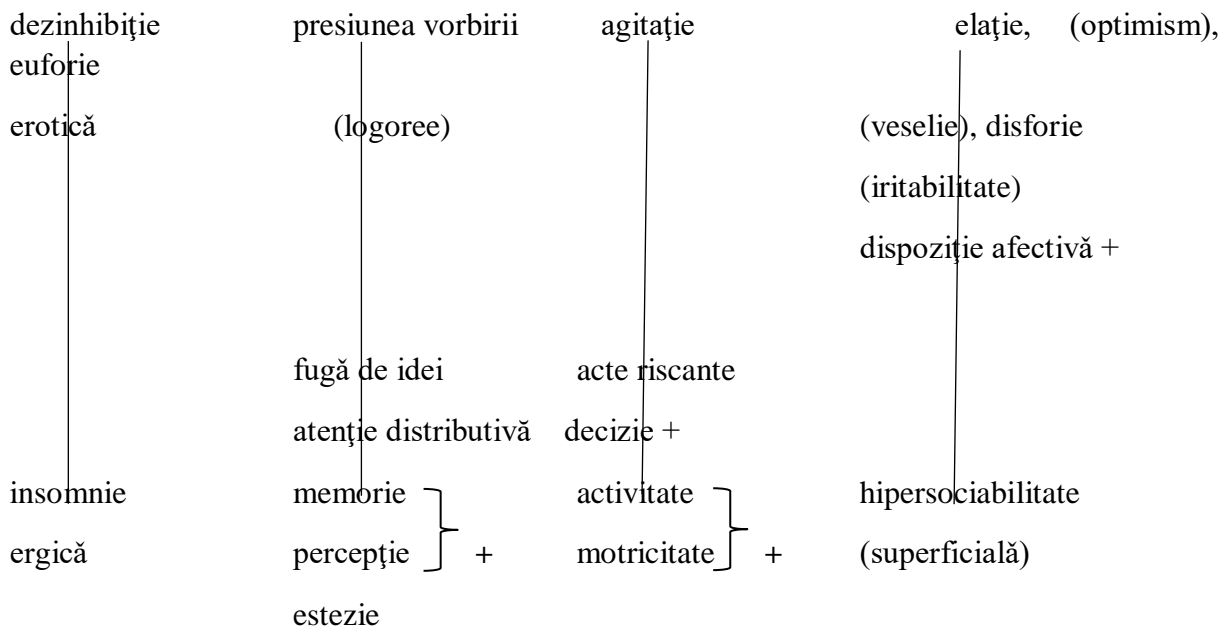
Două aspecte obligatorii: - Dispoziția (mood) elevată, expansivă sau iritabilă; și - O anormală și persistentă activitate orientată spre scop sau energie crescută.

Se adaugă, minimum 3 din următoarele 7 (4, dacă dispoziția e iritabilă): - stimă de sine crescută sau grandiozitate;/ - nevoie scăzută de somn (e.g. se trezește și nu mai readorme după 3 ore de somn.);/ - logoree (e mult mai vorbăreț decât de obicei sau simte nevoia de a vorbi);/ - Fuga de idei sau sentimentul subiectiv ca gândurile nu pot fi controlate;/.. - Distractibilitate (e.g. atenția e ușor distrasă de stimuli externi irelevanți sau neimportanți.) observată sau relatată;/ - 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);/ - Implicare în activități cu mare potențial de consecințe nefavorabile (i.e. implicarea în cheltuieli excesive, indiscreții sexuale, investiții bănești aberante)./

Atât scalele de evaluare cât și criteriile de diagnostic indică itemi ușor de identificat observațional...*fără a oferi însă un contur..un profil formal a sindromului, în sensul de a circumscrie specificitatea raportării actuale a persoanei care trăiește această stare la realitatea dată,.. la situația prezentă acum și aici.* Profil care să o diferențieze în ansamblu, clar și pregnant, de ale modalități specifice de raportare dispozițională situațională.. cum ar fi cea de model depresiv, agresiv, de relație maniacală etc. (Adică, un profil formal care să se mențină în variante mai mult sau mai puțin intense sau de durată, așa cum o formă dată – de ex a unei figuri zodiacale a unui berbec, capricorn, leu, pește.. se menține dacă, modelat dintr-o substanță elastică...se introduce mai mult sau mai puțin aer).

O astfel de **caracterizare formală** e nu doar posibilă, ținând cont de stilul în care subiectul identitar se raportează în genere la situațiile actuale; ci și utilă unei perspective sintetizatoare, specificul formal al raportării (de relație, depresivă, anxioasă..etc.) putând sta la baza „simptomelor,, ce rezultă din afectarea diverselor funcții psihice, ca cea motivațional instinctivă, cognitivă, verbală ,motor comportamentală, relațională. Prezentăm o astfel de schemă;

Simptomatologia sindromului maniaco derivând dintr-o tulburare formală bazală



~~— Acest profil formal se menține în starea hipomaniacală, în cea maniacală sau în furorul maniacal – cu diverse durate -, în dispoziția de relație a temperamentului hipertim (maniacal), în stările alterne și comorbidități. Sursa acestei structuri formale ar putea fi căutată în comportamente adaptative și creatoare.~~

17/ SINDROMUL DEPRESIV Același demers de invocare a unui model ideal se poate desfășura în direcția **SD, a depresiei majore** și a variatelor modalități prin care depresia se manifestă în psihopatologie. Dincolo de reprezentările intuitive, se poate face trimitere, de ex. la:

Scala de evaluare Hamilton (cu 24 itemi) invocă: 1/Dispoziție tristă, 2 /Idei de vinovăție, 3 /Idei de suicid, 4/ Insomnie vesperală, 5/ Insomnie la mijlocul nopții, 6/ Insomnie matinală, 7/ Dificultăți în muncă, 8/ Inhibiție în gândire, vorbire, 9/Agitație, 10/ Anxietate psihică, 11/ Anxietate somatică, 12. Simptome gastro intestinale, 13/ Simptome somatice generale, 14/ Simptome genitale, 15/ Hipocondrie, 16/ Pierderea în greutate, 17 Autocritica, 18/ Variații diurne, 19 Depersonalizare/derealizare, 20/Simptome paranoide, 21/ Simptome obsesiv compulsive, 22/ Neajutorare, 23/ Lipsă de speranță. 24/ Devalorizare (autodeprecieri)

Scala de evaluare Beck: 1/Tristețe subiectivă. 2/Pesimism, 3/ Sentimentul eșecului, 4/Incapacitate de a se bucura, 5/ Vinovăție, 6/ Nevoia de a fi pedepsit, 7/ Autodeprecieri, 8/ Autoacuzare, 9/Autoagresiune (tendințe suicidare), 10/ Plâns, 11/Retragere socială (izolare), 12/ Nehotărâre, 13/ Păreră nefavorabilă despre sine (fizică) 14/ Dificultăți în muncă, 15/Tb de somn,16/Fatigabilitate, 17/Impotență, 18/ Pierderea în greutate, 19/Plângeri față de starea fizică,20/ Absența libidoului

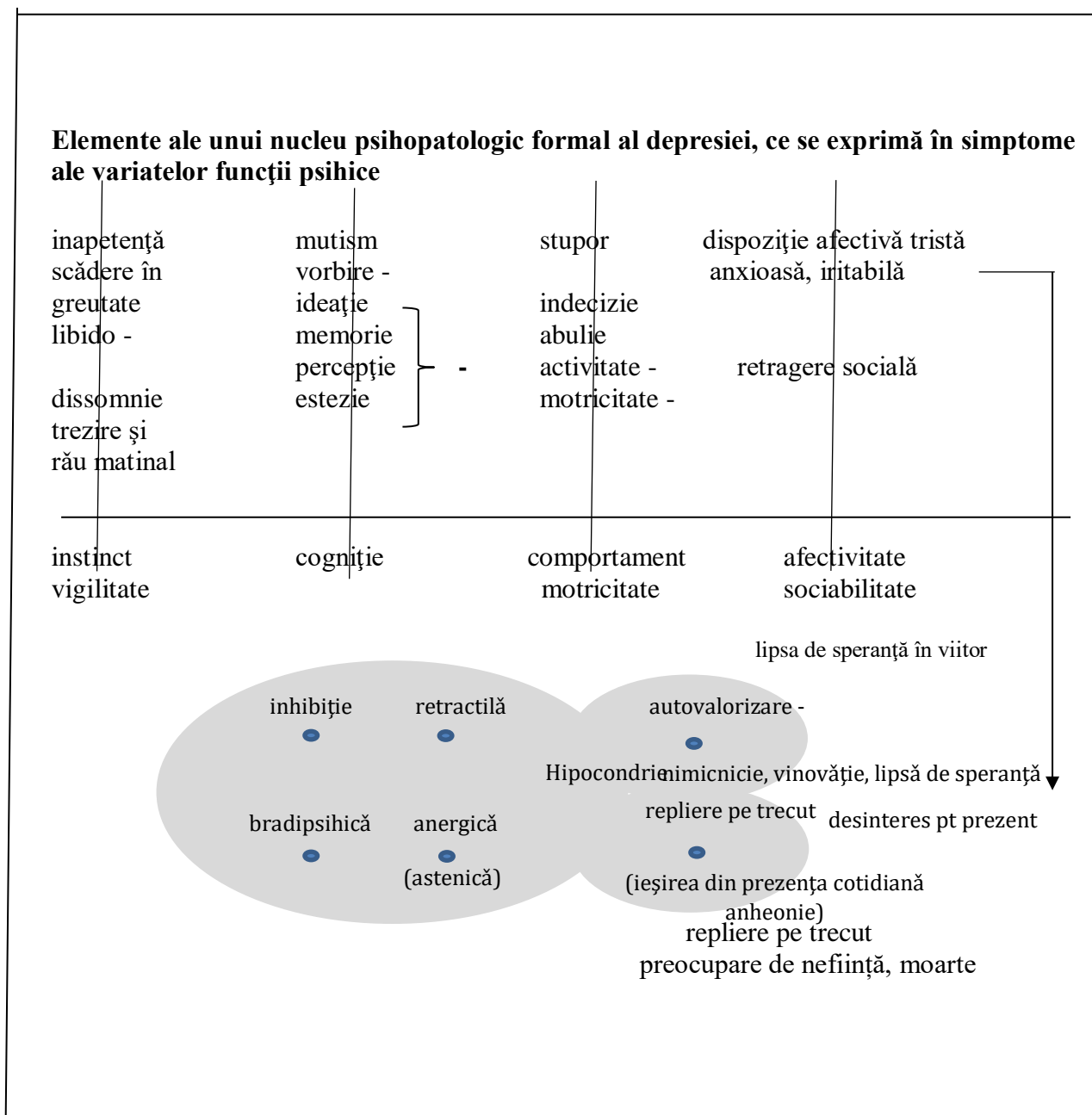
În manualul de **diagnostic DSM-5**, pentru un diagnostic pozitiv a unui Episod de depresie majoră se cere: **prezența continuă timp de cel puțin două săptămâni, a minimum 5 din următorii 9 itemi, obligatoriu fiind ca unul să fie dintre primii doi – care să exprime**

o evidentă modificare a felului de a fi anterior și să inducă suferință și disfuncție socială

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 gândi, - de a se concentra, - de a se decide, - gânduri recurente de moarte.

Dincolo de listele de simptome și definiții operaționale, o circumscriere formală a unui model de sd. depresiv, care să exprime specificitatea raportării – a poziționării atitudinale actuale – a subiectului în raport cu lumea, situația, alții,. Ar cuprinde:

O inhibiție retractilă (centripetă), bradipsihică, anergică, cu autodevalorizare și indecizie, dispoziție afectivă negativă (tristă, mohorâtă), retragere socială, lipsă de speranță în viitor, dezinteres anhedonic față de prezent și repliere pe un trecut vinovat și pe propria corporalitate, cu ideai de negare și moarte, cu gânduri și acte suicidare.



x

x

18/ Abordarea SM și SD ca modalități anormale ale trăirilor actuale, situaționale a persoanei identitare, **presupune o reprezentare cel puțin schematică a psihismului acesteia.**

O primă secvență ar putea fi cea care, reprezintă **axul identitar al persoanei** – inclusă în lumea ei specifică și în rețele sociale – **care se raportează activ la o situație actuală**;...ce în mod firesc e inclusă în variate proiecte și/sau preocupări ale sale, mai de durată, în relaționări și vizări(angajări) teoretice diverse.

Un aspect relativ important pt comentarea EM și ED ar fi sublinierea aspectului bazal, actual– nemijlocit al acestei raportări activ-perceptive, **în cadrul unui PREZENT ce are o anumită structură** – prin elementele situaționale în desfășurare, ce sunt percepute sau vizate în acțiune –; și **care „durează,, o perioadă de timp...până se încheie, de ex , rezolvarea situației date.**

Aceste minime precizări, ne pot sublinia de la început deformarea ce se produce prin

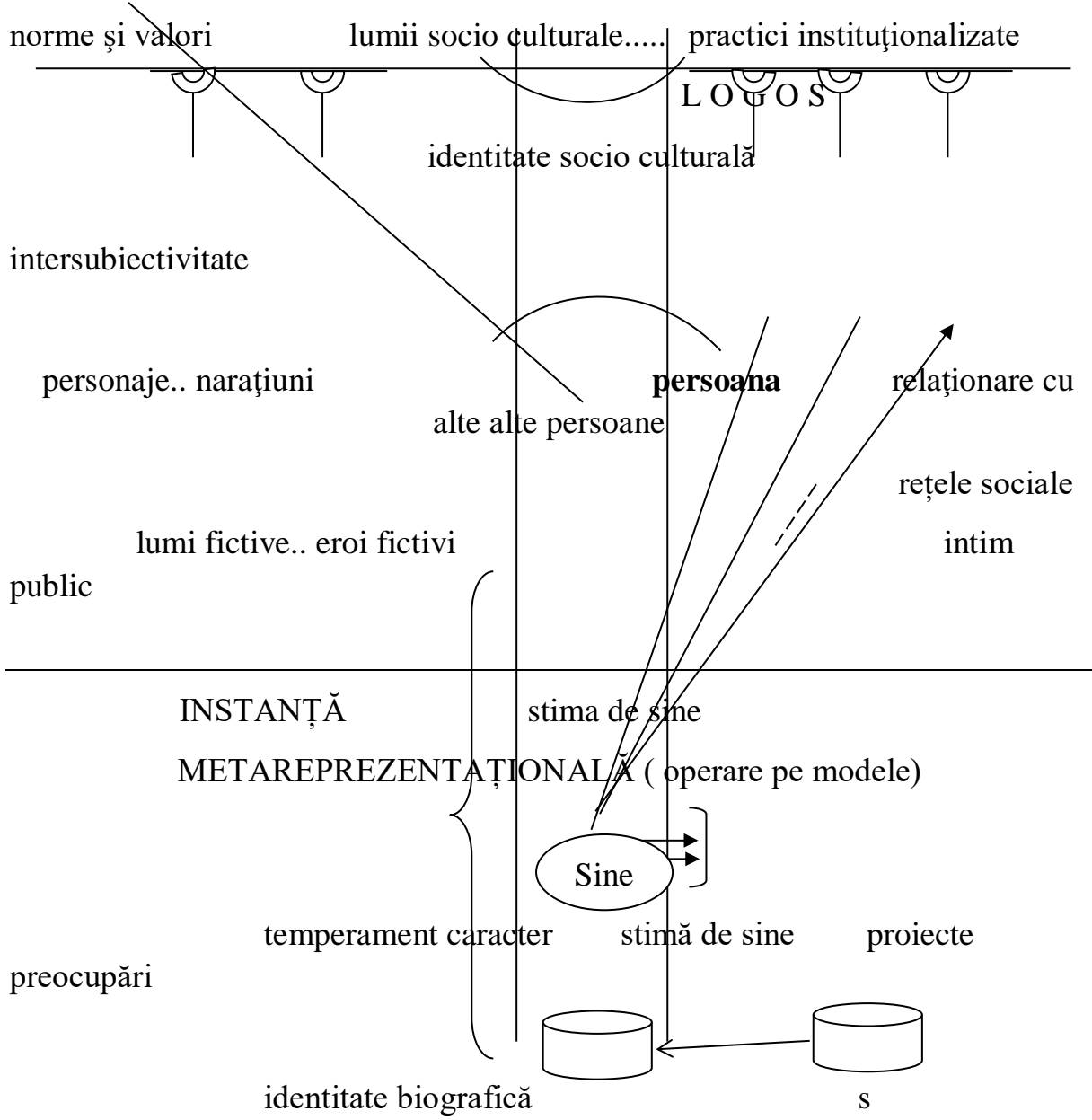
– **proiecția maniacalului într-un viitor atoaate posibil, cu sprijin doar punctiform pe un prezent hedonic și dezinteres față de trecut...și**

- **imposibilitatea de a mai concepe viitorul pe care o trăiește depresivul,...ce se retrage și din prezent, repliindu-se pe un trecut vinovat.**

Această distorsiune a axului trăirii temporale sugerează o cale prin care psihopatologia ne semnalează aspecte ale organizării trăirilor psihice – în cazul de față a perspectivei prezentului situațional trăit - fapt asupra căruia merită meditat.

Psihimul persoanei conștiente

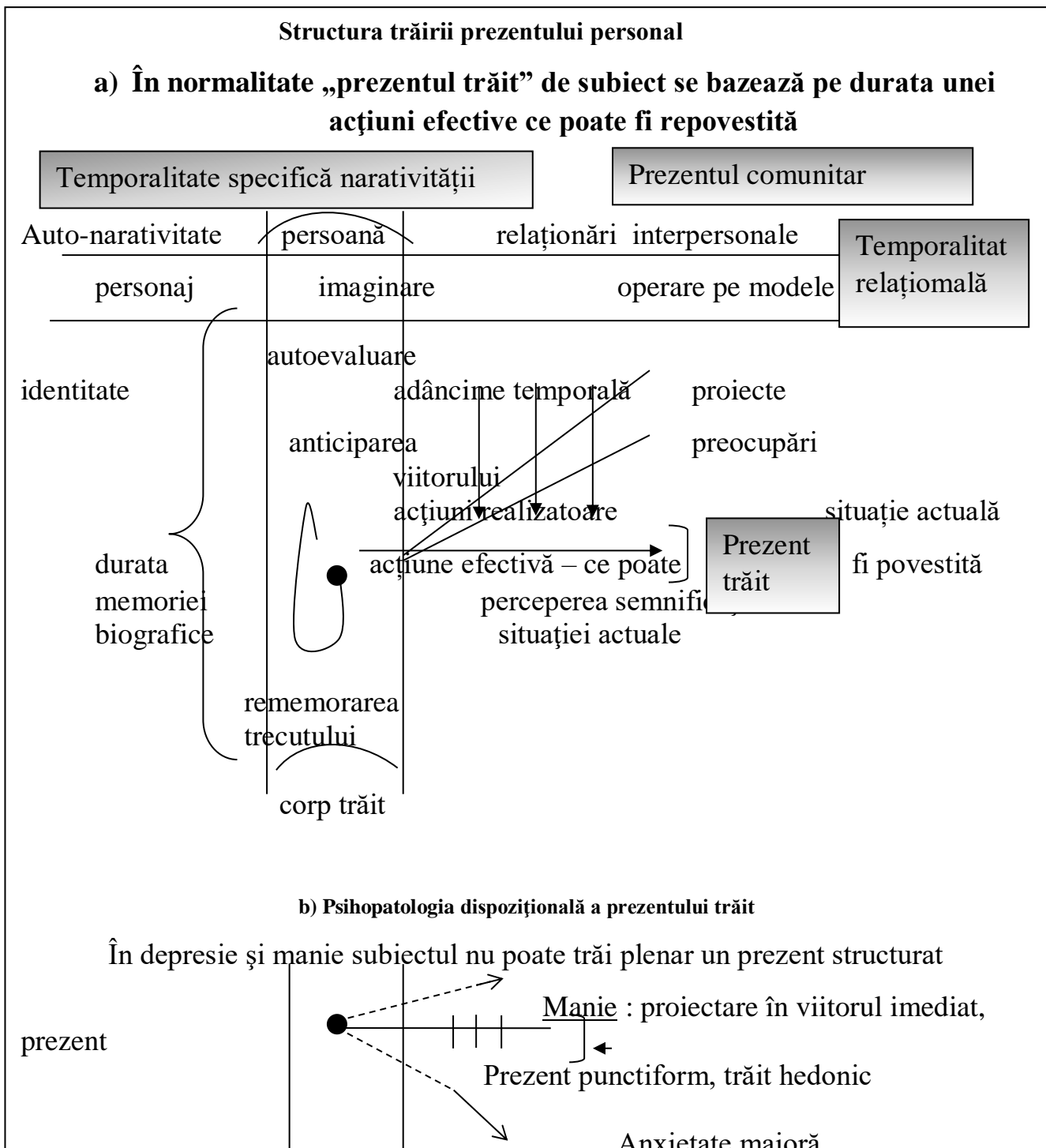
Modelul lui Jaspers-Ey dezvoltat: Psihismul uman conștient al persoanei identiare e centrat de sinele intențional reflexiv și înglobează instanța proiectelor, a relaționărilor intersubiective, cea metareprezentatională și raportarea la lumea umană, la logos, norme, valori și transcendență.



AX

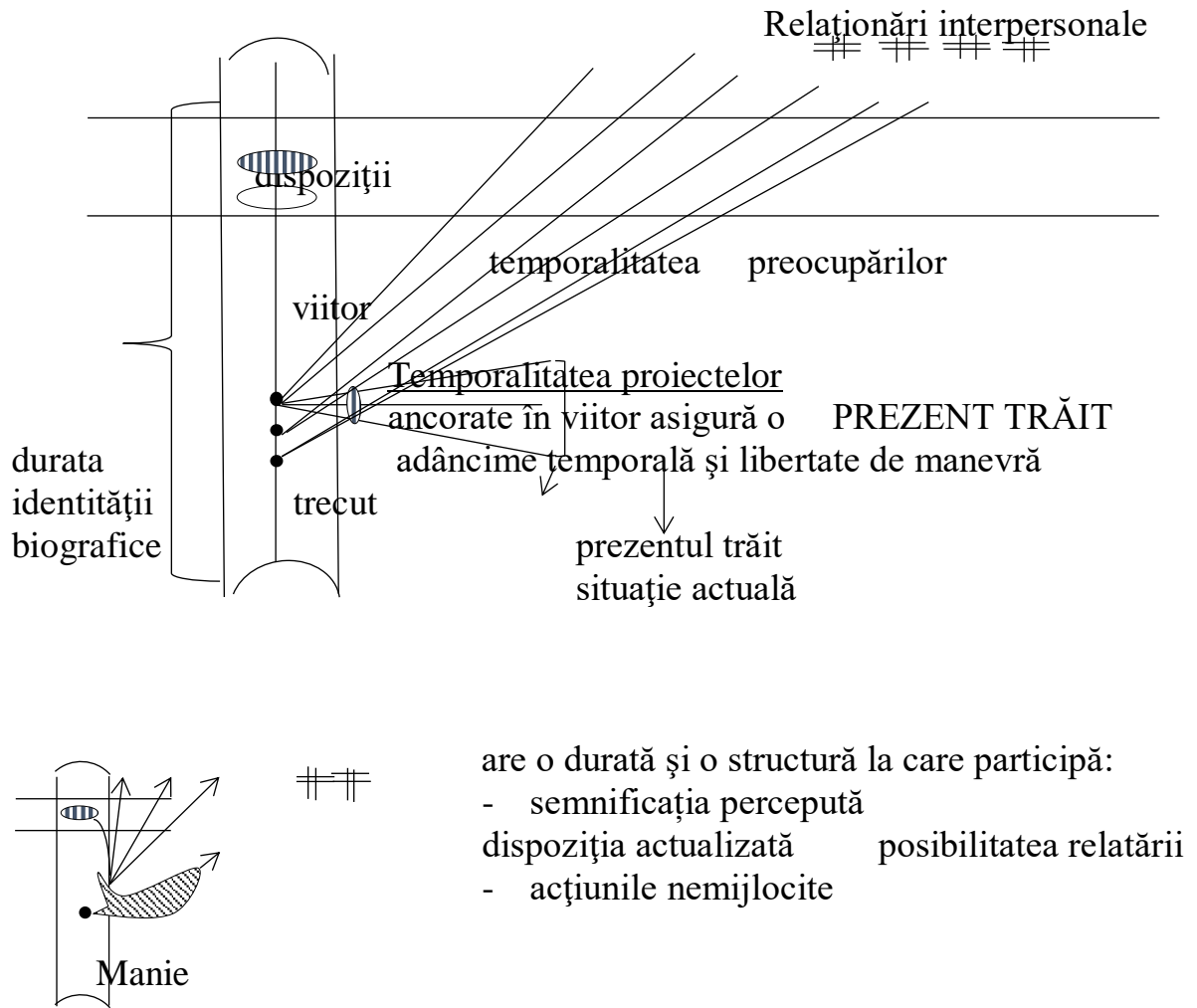
SITUATIONAL

statutul unui personaj fictiv, ca în delir ?... Cum de e posibil ca



Chenar 53

Temporalitatea prezentului, proiectelor și a duratei identitare



În normalitate, prezentul trăit plasează subiectul în relaționări comprehensive cu parametrii situaționali; depresia și elăția (maniacală) tensionează și distorsionează această raportare.

Păltiniș BIPOLAR prezentarea II

Sindromul dispozițional maniacal, nucleu al Tb Bipolare.

1/ PROFILUL FORMAL SPECIFIC AL SINDROMULUI DISPOZIȚIONAL AFECTIV MANIACAL

Sindromul Maniacal (SM) este, împreună cu cel al Depresiei Majore(SD), unul din cele doua sindroame(sd) care participă la constituirea și manifestarea unei importante manifestări de psihopatologie clinică, **Tulburarea Bipolară (TB I și II)** din DSM-5. El a ajuns să fie implicat în această patologie în continuitatea îndelungatei tradiții de manifestare și comentare medicală a Maniei - alături de Melancolie -, încă din antichitate; și a reelaborării acestora de către psihopatologia clinică din sec. XIX și XX - de la Boala Maniaco Depresivă (**BMD**) a lui Kraepelin la Tb. Bipolară (**TB**) din DSM-5.

Constructul psihopatologic ce definește actuala **TB** presupune referința la un model standard de SM - opus simptomatologic polar unui sindrom depresiv standard (SD(Majore)); dar aflat tot timpul în conjuncție cu el; SM care, se manifestă cu diverse intensități și durate – de referință fiind Episodul Maniacal (EM) - frecvent marcat de o serie de „specificatori,,.

Constructul **TB (II)** și comentatorii săi, include mai recent, în unele variante, și referința la Episoade Hipomaniacale (**Em**), la Ep.maniacale (foarte) scurte, și la un fundal temperamental specific – al unei structuri identitare caracteriale „hipertyme,, (de elatie, simili-hipomaniacal, uneori cu trăsături „psihopate,,). Deși actualele clasificări nu includ o variantă de Tb.monopolar maniacală, modelul acesteia merită avut și el în vedere.

TB - ce se definește prin instalarea endogenă alternă a variatelor forme de EM și ED -, presupune analiza comparativă a acestor două mari sindroame, comentate de obicei prin similitudinea opus simetrică a simptomelor.

O sistematizare a simptomelor maniei și depresiei

| B. 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, activități hazardante cu risc motricitate crescută și rapidă</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 izolare socială reducerea vorbirii, mutism ideație redusă, lentă perseverare ideatică</p> |
| C. Simptome psihoantropologice subiective detectabile prin interviu | |
| <p>Autovalorizare +....Stima de sine crescută sentiment de valoare și capacitate crescută încredere în sine, asertivitate, optimism nerealist grandiozitate, afirmare de sine</p> | <p>Autovalorizare -,,,,,Stimă de sine scăzută sentiment de capacitate și valoare redusă neîncredere în sine, indecizie, problematizare vinovăție, negație de sine</p> |
| <p>Viitorul e deschis (totul se va rezolva bine) - participare hedonică la prezent -desinteres față de trecut</p> | <p>Viitorul e închis (lipsit de speranță) nu poate adera la prezent (nimic nu-l atrage) incapacitate de a se bucura</p> |
| <p>Stare afectivă dispozițională pozitivă - veselie, bună dispoziție, euforie ce se transmite celorlalți</p> | <p>Stare afectivă dispozițională negativă - tristețe, proastă dispoziție afectivă, disforie, anxietate, preocupare față de boală și moarte</p> |
| Trăiri și convingeri subiective tematizabile delirant | |
| <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> |

O descriere sintetică a simptomatologiei sd maniacal – ca model ideal – pe baza sintezelor din diverse manuale din sec XX, ar fi următoarea:

Sindromul maniacal, în varianta sa euforică, se caracterizează prin: dezinhibiție generalizată, tahipsihie expansivă, veselie megalomană, atitudine prosocială gregară. Orientarea centrală e spre proiecte de acțiune susținute de o încredere în sine aberantă.

D.p.d.v. subiectiv se constată: o bună dispoziție afectivă euforică, o veselie ce se transmite celor din jur și pe care împrejurările nu o pot schimba; subiectul afirmă de obicei: „mă simt foarte bine, excelent, sunt fericit”. E hedonic, se interesează de lucruri plăcute, se bucură din orice. Părerea despre sine e foarte bună: simte că are multă energie, că deține capacități și abilități deosebite; stima de sine e crescută, are sentimentul că poate rezolva totul; elaborează nenumărate proiecte fiind convins că le va rezolva, informându-i și pe alții asupra acestui lucru; are mare încredere în viitor.

Subiectul trăiește într-un prezent pe care-l percepe cu acuitate dar fragmentar, dată fiind hipermobilitatea atenției; interesul principal este de fapt față de viitor, pe care-l simte deschis spre toate posibilitățile pozitive; trecutul nu-l interesează.

Celelalte persoane nu-l preocupă, considerându-se superior lor. Totuși, se manifestă intens prosocial: e deschis spre comunicare cu oricine, fără diferențiere, în cadrul unei hipersociabilități gregare, contaminând cu propria sa bună dispoziție pe ceilalți; se comportă cu alții fără reticență, ignorând normele ierarhiei sociale; consideră că ceilalți ar trebui să-l admire; nu manifestă atașament constant sau reacții emotive în raport cu alții.

Procesele cognitive se derulează rapid și fără persistență coerentă. Vigilitatea e crescută, atenția hipermobilă cu mari deficiențe de concentrare; percepția e intensificată, memoria poate fi crescută, dar e nefuncțională, datorită derulării rapide a cursului ideativ; prezintă o spontaneitate ideatică crescută cu presiune a gândirii, ideatie rapidă cu schimbarea bruscă a ideilor și cursului gândirii, „fugă de idei” (asocieri ideative rapide, imediate dar superficiale, prin asemănare și asonanță lingvistică, subiectul sare de la o idee la alta). Comportamental: se mișcă și vorbește foarte mult, cu viteză crescută, logoree; inițiază multe acțiuni în urma unor decizii pripite, cu minimă elaborare și evaluare a posibilităților reale de realizare și a consecințelor; persistență redusă în acțiune cu schimbare rapidă a obiectivelor; se angajează ușor în activități riscante sau care pot avea consecințe nefavorabile (e.g. tranzacții, cheltuirea banilor, jocuri de noroc, relații și aventuri erotice, condusul periculos al mașinii etc).

Aspectul expresiv poate fi strident, ca îmbrăcăminte și podoabe, vorbirea e dezinhibată, neadecvată situației, cu schimbări frecvente a temelor; uneori pornolalică; poate glumi, cânta, dansa, improvizează și recită versuri, râde ușor.

Somnul e redus, energia crescută, dezinhibiție instinctuală globală, mai ales sexuală, uneori agresivitate crescută, predominant verbală.

Veselia și buna dispoziție euforică poate fi înlocuită sau dublată de o stare disforică de iritabilitate ostilă și anxio

În DSM-5 circumscrierea **Episodului – și implicit a sindromului - Maniacal** se face printr-o definiție operațională care pretinde pentru un diagnostic pozitiv a EM:

- Prezența continuă, timp de peste o săptămână, a unor modificări psiho-comportamentale... ce diferă de comportamentul uzual și perturbă încadrarea în viața comunitară, necesitând internarea,.. caracterizate prin:

- Două aspecte obligatorii: -1/dispoziția (mood) elevată, expansivă sau iritabilă; și - 2/ anormală și persistentă activitate orientată spre scop sau energie crescută.

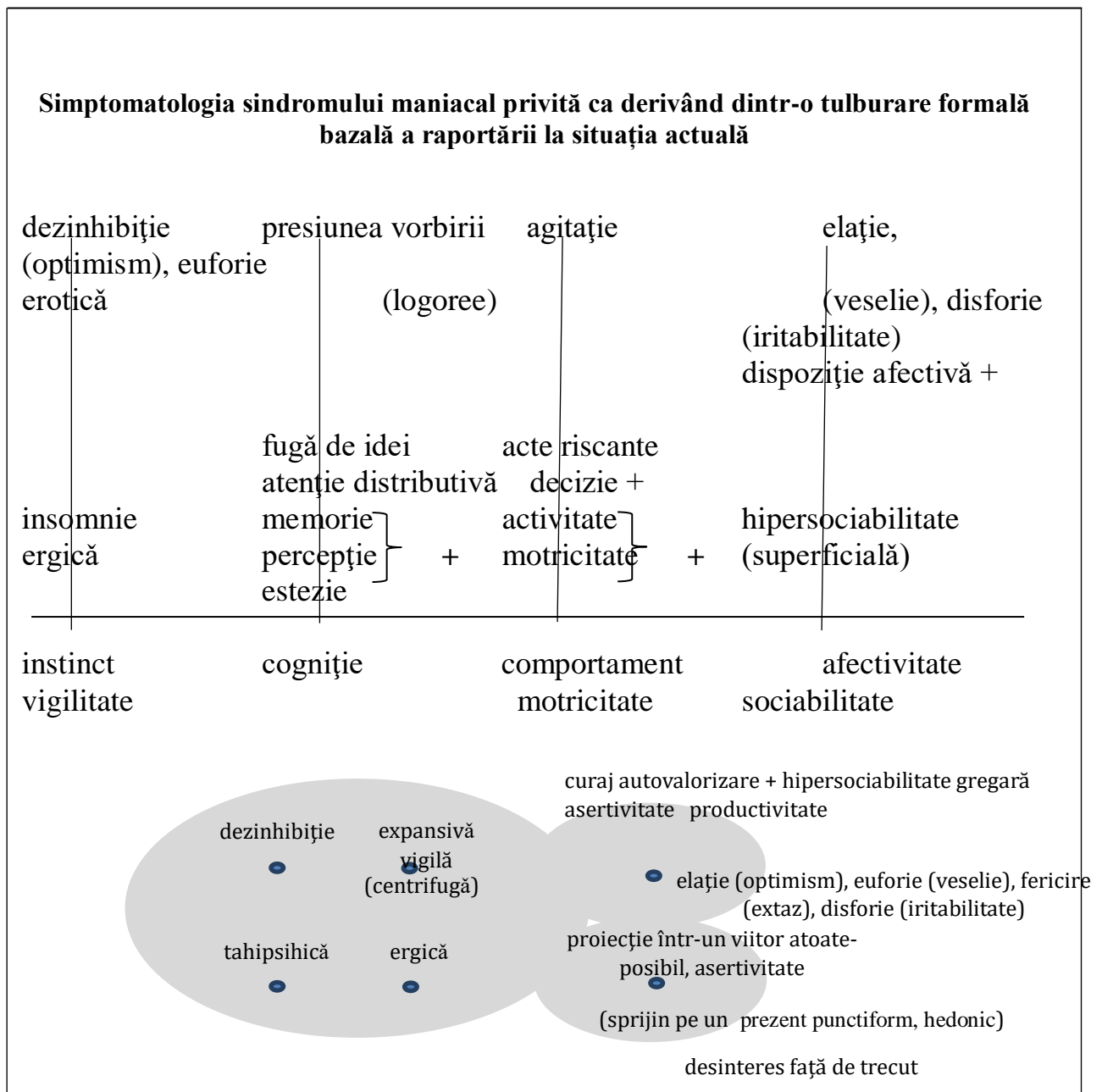
- Se adaugă, minimum 3 din următoarele 7 (4, dacă dispoziția e iritabilă): 4/ stimă de sine crescută sau grandiozitate;/ 5/ nevoie scăzută de somn;/ 6/ logoree;/ 7/ fuga de idei sau sentimentul subiectiv ca gândurile nu pot fi controlate;/ 8/ distractibilitate (atenția e ușor distrasă de stimuli externi irelevanți sau neimportanți.);/ 9/ creșterea activității orientate spre un scop (fie social, la munca sau la școală sau sexuală) sau agitație psihomotorie;/ 10/ implicare în activități cu mare potențial de consecințe nefavorabile).

Această caracterizare pragmatică menționează de fapt patru domenii; a/ o specifică resimțire a identității („stima de sine crescută, grandiozitate); b/ o specifică calitate afectivă a dispoziției (elevată, expansivă, iritabilă); c/ orientare proactivă a raportării situaționale (activitate orientată spre scop, energie crescută, agitație psihomotorie, implicarea în acțiuni riscante);și, d/ viteza crescută a derulării funcțiilor psihice în situații (logoree..fugă de idei..distractibilitatea atenției).

Sd Maniacal (ce stă la baza EM), cu duratele și intensitățile sale variabile, poate fi însă comentat și dintr-o perspectivă fenomenologic formală, care ...subliniază mai pregnant specificul deformării în acest caz a raportării subiectului identitar la situațiile actuale, prin:

O pronunțată dezinhibiție, centrifugă, tahipsihică, ergică și vigală, cu dispoziție de elafie euforică (iritabilă uneori), încrezător în sine, cu autoevaluare pozitivă și hipersociabilitate, ce se proiectează (proactiv) avântat într-un viitor atotposibil, ancorat hiperestezic și hedonic într-un prezent punctiform și mobil (inconsistent), cu dezinteres față de trecut.

Aceste caracteristici *formale* ale stării dispoziționale (afectiv comportamentale și relaționale) care distorsionează raportarea la situațiile actuale, se exprimă prin perturbarea manifestării funcțiilor psihice instinctiv motivaționale, de vigilitate, cognitive și verbale, de decizie, motricitate și comportament, de autoreprezentare și relaționare socială, toate acestea fiind constatabile evaluativ.



Sursa acestui profil formal specific al dispoziției ce se manifestă deficitar disfuncțional în manie, ar putea fi căutată în modelul comportamentelor externalizate performative..

.....de elație investigatorie, realizatoare și creative, a celor competitive, combative și de sărbătoare..

...toate presupunând o raportare situațională tensionată expansiv, ergică, avântată, prosocială..ce rămîne însă sintetică și controlată....

..deși e constant ancorată în viitor prin obiective, proiecte, preocupări și relaționări...

...rămânând însă supervizată și controlată managerial de instanța identitară a subiectului, de sinele său agențial.

În raport cu menționatul set de comportamente normal adaptative, **deficitul disfuncțional maniacoal afectează preeminent sinteza trăirii actualității situaționale – predominant în spațio-temporalitatea ei - printr-o:**

.. o aberantă aspirare a prezentului – devenit inconsistent - de un viitor resimțit ca atoaateposibil...

... la un subiect la care structura proiectelor și preocupărilor și-a pierdut organizarea..

..și care e marcat de grandiozitate... operând parțial pe modele de realitate ficțională.

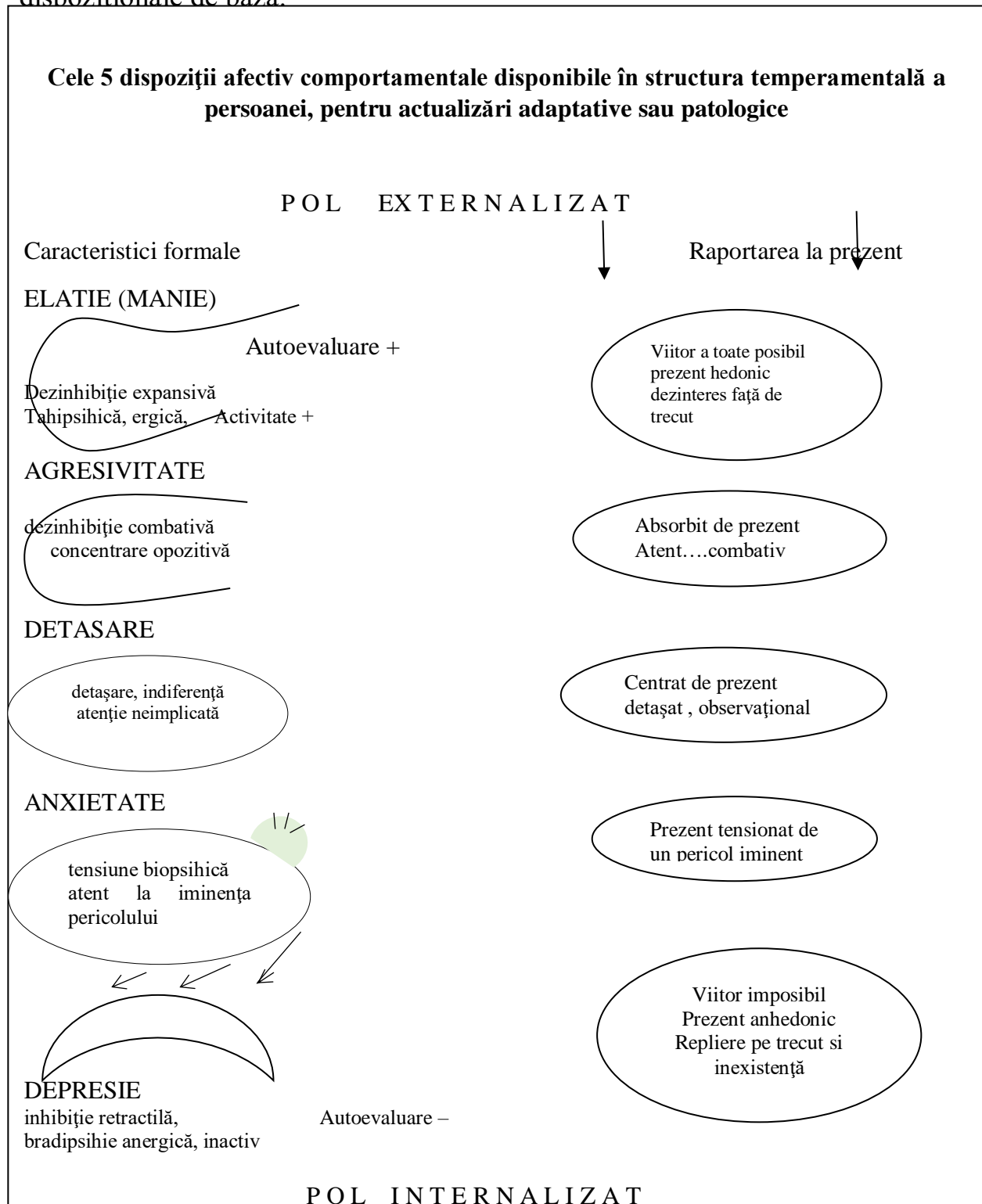
2/ DISPOZIȚIA DE ELAȚIE ȘI CELE CINCI DISPOZIȚII AFECTIV COPORTAMENTALE DE BAZĂ

Sindromul Maniacoal (SM) este etichetat constant ca unul dispozițional afectiv (și comportamental – relațional). În el se exprimă o dispoziție afectivă pozitivă, de, optimism, entuziasm, uneori euforie, veselie sărbătorească sau extaz; dar, și o dispoziție de elatie, o crescută disponibilitate de raportare proactiv-assertivă a subiectului la situații, marcată de îndrăzneală, dezinhibiție expansivă, prosocială și realizatorie, creatoare. Această dispoziție specifică – a cărei coordonate se regăsesc în SM - e polarizată tradițional cu cea trist-izolantă, de inhibiție retractilă și negație, pe care o regăsim în psihopatologia din SD. Ea s-ar cere însă privită din perspectiva tuturor celor cinci dispoziții afective de bază ale psihismului persoanei - incluzând deci și dispoziția agresivă, cea anxioasă și cea de detașare, în variantele lor mai mult sau mai puțin deficitar disfuncționale.

(Cele cinci stări dispoziționale menționate, exprimă specificul deschiderii și poziționării atitudinale a subiectului în raport cu situațiile actuale, orientându-l și selectându-i atitudinile și comportamentele cu care el se va implica în acestea. - În primă instanță,.. în raport cu intenționalitățile subiectului și cu semnificația pentru el a situației (de pericol, provocare, eșec și pierdere, solicitare și aspirație etc). - Dar,... orice situație actuală se detașează în mod normal și firesc, deasupra fundalului mnestic și prospectiv al psihismului subiectului... fiind încadrată de orizontul proiectelor, preocupărilor și relaționărilor la care el participă. Iar într-un sens și mai adânc, deasupra duratei identitare a biografiei. și individuației personalității sale. Întreagă această structură, asigură de fapt fundalul și spațiul de manevră a deciziilor, implicărilor și comportamentelor actuale ale persoanei. În acest sens, stările dispoziționale funcționează în normalitate, .. ca elemente continuu prezente în dinamismul existențial al prezentului situațional al persoanei. Present pe care, psihopatologia stărilor maniacoale și depresive îl deformează)

O scurtă circumscriere caracterizantă a celor cinci dispoziții ar fi:

- **Dispoziția de elatie investigator realizatorie**, e cea mai apropiată de modelul SM. Aceasta e o stare dispozițională de orientare pro-activă, curajoasă și optimistă, spre investigare și spre realizarea de proiecte, în mediu colaborativ; care, în mod firesc se încheie cu împlinire și bucurie sărbătorească, comunitară, uneori cu veritabile creații. Elația, optimismul, efortul realizator și euforia sărbătorească a succesului, sunt în această ambianță, caracteristicile afectiv dispoziționale de bază.



În normalitatea adaptativă dispozițiile de bază sunt actualizate la semnificații situaționale specifice: - ELAȚIA...la solicitări, oferte, promisiuni atractive, aspirații... subiectul implicându-se pentru realizări viitoare (sau, petrecere sărbătorească transtemporală); - AGRESIVITATEA..la provocări, amenințări, atacuri periculoase, deseori ca și confruntare cu un oponent; - DETAȘAREA,...la oferte observațional contemplative plasate ob-jectiv; -

Dispoziția de relație realizatoare implică o afirmare ergică și asertivă a subiectului – a sinelui, a eului său - externalizată, orientată spre obiective ce se află în afara sa, plasate într-un viitor de care subiectul se simte aspirat; obiective aflate în lumea pe care el o vizează, obiective pe care și le apropie, împlinindu-se el însuși prin realizările sale în comunitate. Axul psiho-existențial ce se deschide odată cu montarea acestei dispoziții, e unul de proiecție asumată într-un viitor posibil, realizabil prin efortul parcurgerii etapelor în care subiectul se angajează, cu încredere și optimism.

Celelalte dispoziții afectiv comportamentale au, parțial, alte caracteristici.

-**Dispoziția agresivă**, de confruntare, dominare, îndepărtare, distrugere, implică o poziționare atitudinală a subiectului care, în acest caz, e centrată mai concentrat pe prezentul situațional... decât pe viitorul aspirativ. Subiectul se raportează nemijlocit la o realitate-obiect, cu care se confruntă acum și aici,... cu care intră direct în contact, perceptiv-activ situațional; sau, se așteaptă să intre în viitorul iminent -, cu care interacționează efectiv. Iar în comparație cu relația, poziționarea sa e mai puțin centrifugă, el fiind mereu „**adunat**„ și menținând o crescută coerență și centrare interioară.

-**Dispoziția anxioasă**, implică o tensiune psiho-corporală hipervigilă, centrată major pe limitele perceptive ale prezentului situațional, pe are-l resimte ca invadat, atacat, de pericole încă neprecizate ca moment și loc de manifestare - uneori neclarificate suficient nici în natura lor exactă, Efortul major al subiectului e unul de investigare în vederea acestor clarificări; pregătit fiind pentru o iminentă retragere protejată. Concentrarea asupra datelor prezentului perceput e similară cu cea din dispoziția agresivă – cu care poate coexista –, dar poziționarea sa atitudinală specifică e orientată complet diferit, opus : adică, nu spre confruntare directă ca în cazul agresivității...ci spre retragere, fugă și ascundere protejată, în cazul anxietății. (Anxietatea e strâns articulată cu emoția paroxistică a spaimei – Atac de panică, în psihopatologie – și cu gestionarea unor frici-fobii caracteristice, pe care le evită și în raport cu care se asigură protectiv).

-**Dispoziția depresivă tipică**, în modelul ei standard, e cea a unei inhibiții bradipsihice cu repliere pe sine – pe spațialitatea propriului corp și temporalitatea propriului trecut -, cu lipsă de interes pentru viitor și pentru un prezent resimțit anhedonic. Această ieșire din prezent cu repliere pe trecut se însoțește de indecizie, inacțiune, dezinteres față de alții, cu preocupări spre vină, boală, negare și moarte. Se combină cel mai des cu dispoziția anxioasă, într-o variantă neliniștită

- **Dispoziția de detașare neimplicantă**, este una în care subiectul rămâne relativ interesat de prezentul situațional,.. dar de la distanță față de acesta, abordându-l doar observațional (științific); sau manipulându-l (tot fără implicare afectivă). În psihopatologie, tipic se exprimă în sd de depersonalizare/derealizare. Dar, cu limitarea la anemotivitate și neimplicare

afectiv interpersonală, e întâlnită în tb. de personalitate (psihopatie) și în schizofrenia deficitară.

Din această sumară trecere în revistă, rezultă că dispoziția de relație realizatoare și cea agresivă apar ca cele mai apropiate fenomenologic, ambele plasându-se la polul externalizat.

(Aducerea în discuție a stărilor dispoziționale afectiv comportamentale – ca instanță de fundal al deschiderilor și poziționărilor subiectului față de situațiile actuale.. și susținând ulterior derularea acțiunilor ce definesc prezentul situațional, articulat definitoriu cu proiecte și preocupări -, necesită o completare. E vorba de trimiterea spre dispozițiile – disponibilitățile – relaționale. Acestea se derulează concomitent, dar au și o structură specifică, ce a fost relativ detaliat descifrată și modelată de psihologii sfârșitului sec XX, prin Circumplexul Epitetelor Interpersonale. Acesta pornește de la circumplexul lui Bakan și utilizează ca axe ortogonale: pe verticală - dominație/sumisiune...și pe orizontală - deschidere agreabilă/desafiliere opozitivă ori detașată. Modelul relaționărilor interpersonale are un câmp specific de manifestare în cadrul psihologiei normale și patologice. El se poate combina uneori strâns cu parametrii specifici stărilor dispozițional afective. Deși.. aceștia deobicei marchează simplificator nuanțele relaționărilor interpersonale. Astfel, dispoziția de relație - deformată în manifestare maniacală – se caracterizează printr-o relaționarea gregară...iar în depresie – ea se reduce, până la dispariție. În dispoziția agresivă subiectul se poziționează opozitiv dominator pe un altul..iar în cea anxioasă, e hipersumisiv față de protector).

3 / INTERSECȚIA DISPOZIȚIEI MANIACALE CU CEA AGRESIVĂ.

Atitudinea dispozițională de relație investigatorie și realizatorie ce stă la baza decantării psihopatologice a SM, poate beneficia de pe urma unui potențial agresiv crescut, în strădania și lupta ce trebuie dusă pentru obținerea rezultatelor dorite. De aceea, comorbiditatea manie/agresivitate e crescută... și până la un punct firească. Varianta dispoziției de fond iritabile în cadrul sd maniacal e considerată una obișnuită, mai ales la persoanele tinere. Dispoziția agresivă e frecvent întâlnită și la temperamentul hipertim, în combinație cu asertivitatea crescută. Trăsăturile „externalizate,, ale sd maniacal sunt accentuate de comorbiditatea agresivă, în sensul comportamentelor impulsive, susținute de deciziile rapide – specifice maniei ca atare - dublate acum de explozivitate. Apropierea structurală dintre dispoziția de relație realizatoare și cea agresivă, a făcut ca în sistematica DSM-5 aceasta nici să nu fie amintită la „specificatorii,, sindromului,.. iritabilitatea fiind acceptată ca o variantă intrinsecă maniei. Totuși, tradiția milenară a înregistrat constant variante de stări maniacale în care agresivitatea se manifestă major, în prim plan.

Episoadele de manie iritabil-conflictuală sunt bine cunoscute..și menționate în toate definițiile și scalele de evaluare, fiind parțial diferite față de mania simplu-euforică și de relație. Tot printr-o mixtură cu agresivitatea, se pot exprima

rapidele decizii impulsiv-explozive, cu consecințe negative în ambianță (lovituri..distrugeri etc). Modelul iritabil agresiv e frecvent și în variantele temperamental caracteriale impulsiv agresive (deși, poate exista și o formă elaborată de caracteriopatie, manipulativ sadică). Varianta cea mai pregnantă de comorbiditate e cea etichetată tradițional ca „furor maniacal.

Dispoziția agresivă accentuează preocuparea față de parametrii situaționali, în raport cu excesiva proiecție spre viitor a elafiei, fascinată de realizări mărețe. În montarea agresivă – de ex. în confruntarea beligerantă cu un oponent – subiectul e hipervigil, atent la ce se întâmplă acum și aici;..la fel ca și anxiosul, dar din altă perspectivă și cu altă poziționare atitudinală.(De fapt, agresivitatea și anxietatea pot coexista în aceste cazuri, căci orice confruntare implică și riscuri; iar pe această cale, anxietatea se infiltrează ca și comorbidă bipolarității.)

Confruntarea beligerantă agresivă meționată mai sus, pe care omul o moștenește din biologie, e instructivă pentru înțelegerea „condițiilor de posibilitate,, a TB a omului. În regn animal ea se desfășoară și în condițiile rutului, între masculii ce-și dispută rangul în grup, învingătorul având și o mărită ofertă de partenerie sexuale; agresivitatea desvăluindu-și astfel profunda înrădăcinare instinctiv biologică. Confruntarea agresivă dintre două persoane umane se poate însă desfășura pe multiple paliere socio culturale, inclusiv prin dispute lingvistice și concurență în performanțe, pentru câștigarea unui rang social superior. În cest context intervine evaluarea intențiilor agresive ale celuilalt (celoralafii), pe triectoria paranoidei; care poate susține comportamentele agresive ale maniacalului. Maniacalul agresiv poate fi astfel ghidat uneori de argmente ale tematicii delirante, care pun în joc prsonaje și scenarii dintr-o lume fictivă.

Conduita marcată de agresivitate susține o crescută „centralitate,, a subiectului, în raport cu pronnțata tendință spre dispersie a maniacalului standard. O stare maniacală intens agresivă a fost comentată încă din antichitate sub eticheta de **Furor Maniacalis..**, aspect ce a fost reluat de litaratură, inclusiv în cea a Renașterii, comentată în opere literare ca Orlando furioso. Varianta acestei cazuistici subliniază însă și ea implicarea aspectelor fictive în argumentarea maniei agresive, subiectul fiind acum absorbit de centralitatea condiției ale de personaj aparte.

Varianta agitat furioasă a maniei a devenit însă ceva mai puțin pregnantă în sec.XX, oamenii lumii industriale acordând un rol tot mai important inițiativelor de acțiune personală, realizatoare.

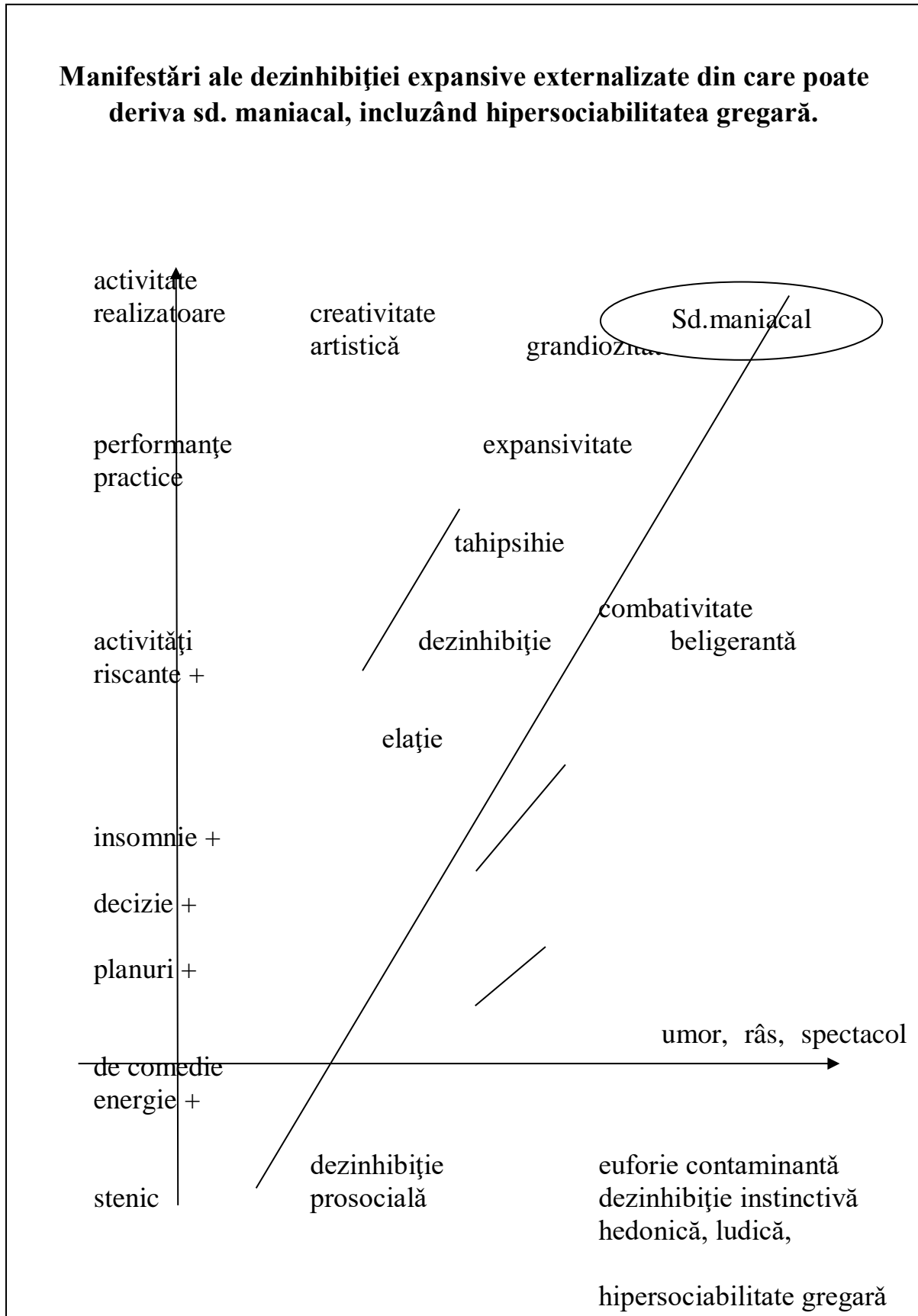
Mania furioasă

Comentarea stării psihopatologice maniacale în antichitate și în mare măsură în modernitate prin variantă sa iritabil combativă, în principiu susținută de o ideatie paranoidă, contrastează cu definirea sa actuală – vezi DSM III-5, ICD-10 – predominant prin orientarea excesivă spre proiecte realizatoare. Energia și performanța crescută presupune uneori și puțină combativitate. Dar varianta beligerantă se manifestă mai ales în socio-culturi care nu sunt familiarizate cu munca și viața standardizată, susținută de proiecte individuale concurențiale. Cultura antichității avea însă în spate tradiția preagrícola a omului vânător, pe care indo-europenii au trăit-o până târziu în Europa. Într-unul din studiile sale, Eliade face trimitere la luptătorii lui Odin cuprinși de furia « berserk ». Termenul înseamnă de fapt « războinicii în pielea de urs », semnificând o identificare magică cu ursul. Tinerii nordici se antrenau pentru a deveni războinici de temut, comportându-se ca un animal de pradă, transformându-se într-un « supraom » ce reușea să asimileze furia magico-religioasă proprie animalelor totemice. Tânărul nu devenea berserk numai prin vitejie ci ca urmare a unei experiențe magice, religioase care-i modifica natura umană printr-un acces de furie agresivă și terifiantă, care-l asimila carnivorelor furioase. El devenea extrem de « înfierbântat », inundat de o forță misterioasă inumană și irezistibilă, pe care vechii germani o numeau « Wur » și care ar corespunde latinescului « furor ». Același sens l-ar avea cuvântul irlandez « ferg » și grecescul « menos » a luptătorului cuprins de ardoare, agitație și turgescență. Eroul este furiosul, posedatul de propria sa energie tumultuoasă și arzătoare. Așa era, dar în varianta patologică, și Heracle când își pierde mințile, sau Orlando Furioso a lui Ariosto.

Starea maniacală păstrează dimensiunea sa furioasă în antichitate, între altele și deoarece omul agricol a menținut războiul printre practicile sale fundamentale, alături de muncă, practica sacră etc. De aceea, nu trebuie uitat că dezinhibiția expansivă e caracteristică și pentru o anumită fază a sărbătorilor, inclusiv religioase ; dar mai ales pentru cea a petrecerilor de tip carnavalesc, centrate pe dansuri, spectacole, jocuri și veselie dezlântuită.

4/ **MANIA EUFORICĂ.** Privitor la relațiile dintre starea maniacală și manifestările normale firești și adaptative ale omului, în afara variantelor de relație realizatoare și de agresivitate – disforică și de furor maniacal -, tradiția mai trimite spre dispoziția de hipersociabilitate veselă, euforică, . Ea include 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.

Manifestări ale dezinhibiției expansive externalizate din care poate deriva sd. maniacal, incluzând hipersociabilitatea gregară.



Sociabilitatea crescută e o caracteristică intrinsecă a dispoziției de relație expansivă maniacală – ce e drept, puțin cam ignorată de DSM-III-5. Subiectul contactează spontan pe oricine întâlnește, persoane necunoscute, fiind lipsit de reticențe; el intră ușor în conversație cu primul venit, nu are secrete, nu respectă conveniențele sociale și ierarhiile. Buna sa dispoziție e și ea contaminantă. În conversație poate fi distractiv, spune glume, recită poezii, cântă.

Bufonul, carnavalul și comedia

Modelul sărbătorii anuale carnavalesci, 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 parafrazare a acesteia, efectuat de obicei de diaconi cu ajutorul copiilor din cor. Se purtau măști, protagoniștii apăreau deghizați în “nebuni” cu capișon și marotă. Se alegea apoi un “episcop al nebunilor” dintre oamenii simpli, care purta mitra și primea binecuvântarea poporului; el ținea o pseudoslujbă presărată cu glume și blesteme. Apoi cortegiul pleca în oras, sub patronajul episcopului nebun, cu pompă și veselie, cu cântece, dans și comportamente indecente. Bufoneria și comportamentul burlesc caracteriza manifestarea.

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

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

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

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

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

Hipersociabilitatea gregară maniacală poate fi referită la comportamentul specific din timpul petrecerilor sărbătorești dezlănțuite, de tip carnavalesc, când dispoziția euforică contaminantă, 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. Starea euforică a maniacalului ce se transpune în modelul sărbătorilor carnavalești - ca Saturnaliile romanilor -, este cu evidență una ce-l decontextualizează major în raport cu prezentul situațional, pacientul putându-se manifesta în acest sens și într-o perioadă în care i se cer performanțe deosebite în muncă...sau când cei din jur sunt rezervați și sobrii printr-un doliu colectiv. De fapt, e vorba de „căderea,, psihică a subiectului pe orbita unui model comportamental cultural, ce s-a dezvoltat și impregnant adânc în structura existenței sociale a omului cultural.

- Sărbătoarea de tip carnavalesc este – așa cum demonstrează Eliade – cea mai veche, stabilă și semnificativă manifestare de acest tip a omului sedentar agricol.. ea marcând tranziția dintre ani. Adică, interregnul dintre „moartea vechiului și bătrânului an,,...și nașterea celui nou,,. În această specială perioadă „de dinafara timpului,, - ce dura 10 zile la babilonieni - se impunea „haosul,, .. cu suspendarea normativităților culturale firești; ...morții putea să apară în public (ca „măști,, de unde obiceiul de purtare a măștilor la carnaval)...se suspendau temporar ierarhiile (sclavul devenea rege și invers..cu un comportament gregar).. . se accepta o dezinhibiție instinctivă..alimentară dar și cu consum de alcool și droguri și dezinhibiție sexuală orgiasică etc. E vorba deci de căderea pe o orbită de participare la o „trans-temporalitate,,,, o evidentă „ieșire din timpul lucrător,, și productiv al actualităților cotidiene și al problemelor sale) pe care disponibilitățile dispozițiilor umane le poate oferi persoanelor, inclusiv pentru exprimarea unei stări maniacale.

5/ HIPOMANIA ȘI CREATIVITATEA..

Un aspect important pe care psihopatologia ultimelor decenii l-a încorporat în nosologie se referă la stările maniacale mai puțin intense, etichetate ca „**hipomaniacale**,, care nu necesită internare. Acestea au fost înregistrate de psihopatologi încă din sec XIX, împreună cu ciclotimia în care sunt încorporate: și care a fost apoi, mult timp, comentată în cadrul TP.

În actualul DSM-5 episodul hipoman - Em- e diferențiat de EM doar prin durata mai redusă – de minimum 4 zile – și o intensitate a simptomatologiei ce nu necesită internare. Hipomania se poate manifesta însă și pe durate

îndelungate, inclusiv ca o componenta a Tb Ciclotime sau stând la baza Temperamentului hipertim (care nu e diagnosticat ca atare în DSM-5). Identificarea sa e importantă pt circumscrierea TB II și pentru comentariul tranziției între TB și normalitate. Hipomania joacă de asemenea un rol important ca și comorbiditate.

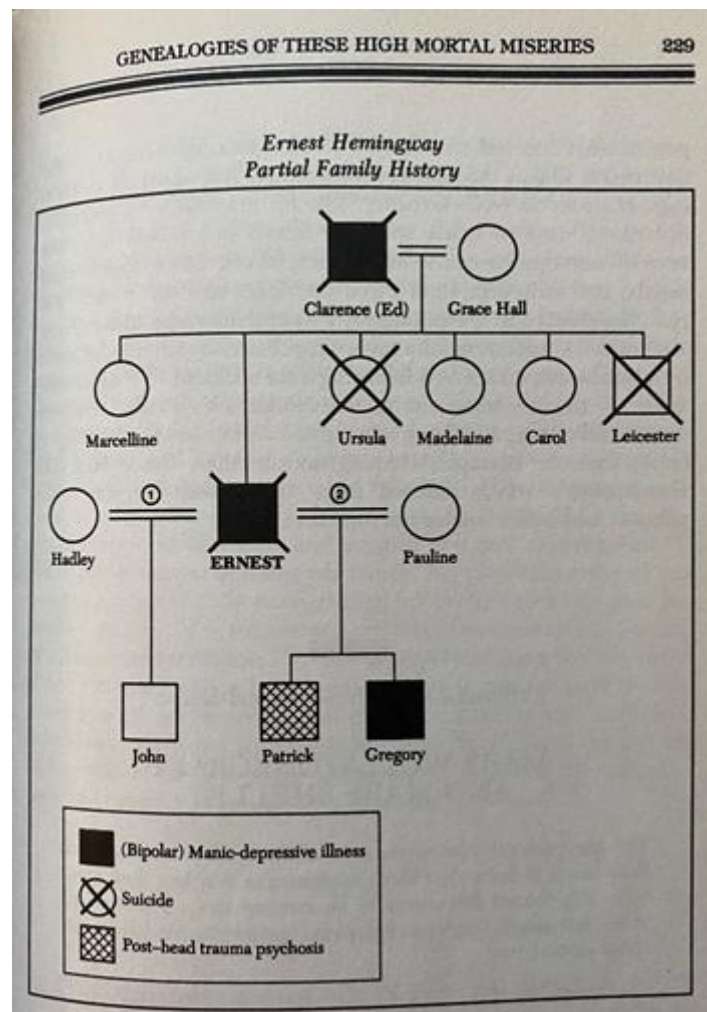
Stările hipomaniacale pot fi productive în plan pragmatic și interpersonal, fizic și intelectual, prin dezinhibiția ergică, asociațiile ideatice și deciziile rapide, sociabilitatea pozitivă cu reducerea reticenței, îndrăzneală și promptitudine, lipsa fricii și a oboselii etc. Rezultatele pozitive pot fi apreciate și de alții; iar stare e plăcută, pacientul dorind ca ea să se mențină și să reapară. Episoadele hipomaniacale pot fi însă și riscante sau problematice social, prin situații precum : – planuri prea multiple...cumpărături (cheltuieli) excesive...relații afectiv-erotice extraconjugale, urmate de scandal ...comportament social neprotocolar cu transgresarea normelor și comportament compromițător.. acte riscante....consum de alcool și droguri etc. Episoadele hipomaniacale pot ameliora temporar unele stări psihopatologice cum ar fi cele anxioase fobice, obsesive, astenice etc.; și pot susține creativitatea artistică.

Unul din domeniile studiate atent mai recent e cel al corelației hipomaniei cu creativitatea artistică. Tradiția antichității îl invoca pe Platon care, în dialogul Phaedon, considera inspirația ca un fel de *neburie* specială a poetului... când.. vizitat de un spirit – geniu, muză – acesta e transpus temporar într-o condiție aparte, superioară; interpretare ce fost reactualizată de romantismul sec XIX. Spre sfârșitul sec XX, pe măsură ce s-au impus diagnosticele standardizate și doctrine ca cea a spectrelor malade, studiile sistematice în direcția corelației creativității artistice cu psihopatologia s-au înmulțit, evidențiind implicarea *spectrului* dispozițional afectiv.

Studiile au folosit variate metodologii, de la cea biografică și autobiografică, la chestionare aplicate creatorilor în viață și măsurători de laborator, ținându-se cont și de progresele psihologiei creativității. În acest domeniu se citează cercetările lui A Iuda, C Martinide, A Ludwig și, mai ales, ale lui Kay Jamison. Aceasta din urmă, într-un studiu clasic asupra a 36 eminenti poeți britanici și irlandezi născuți între 1705 -1805, pe baza datelor documentare reconstituie că în 80% din cazuri, persoanele în cauză și familiile lor au fost marcate de patologie bipolară. Într-o carte de sinteză publicată în 1993, ea lărgeste studiul, argumentând în mod în mod convingător această corelație cu bipolaritatea, prin studierea a o suită de mari creatori de artă din plan internațional, fiind trecuți în revistă (printre alții): Robert Schuman, familia James, Herman Melville, Virginia Woolf, Ernst Hemingway, Vincent van Gogh, Hector Berlioz, Maiakowski, E.A.Poe și mulți alții. O mare importanță e acordată eredității.

Un capitol special e dedicat lui **George Gordon Lord Byron**, semnificativ mai ales prin minuțioasa descriere a temperamentului său afectiv, extraordinar de *tensionat, turmentat, entuziast, „cameleonic”, „mercurial”,* cu nenumărate oscilații, izbucniri agresive și excese addictive.; dar, în același

timp, cu o excepțională exigență în elaborarea operei. Acest temperament mixt - ce s-a impus și ca un prototip al geniului romantic împletit cu nebunia – se manifestă printr-o majoră vitalitate, însoțită de un amalgam contradictoriu al tuturor tendințelor dispozițional temperamentale, fiind etichetat prin epitete precum: *fremătător, clocotitor, ..turbulent, ...tumultuos...neliniștit...febril...furtunos...vulcanic...sălbatec...ardent...impetuos...exaltat...răscolitor...grandios...teribil...fermentând..etc..* (profilul astfel degajat e mai complex decât varianta temperamentului Efervescent, Exuberant, Turbulent a lui Millon, de care se apropie).



Reconstituirea profilului genetic la toți acești creatori, evidențiază omarcată încărcătură de patologie bipolară (e.g Hemingway)

Un alt studiu realizat de **Jamison**, abordează 43 eminente scriitori și artiști britanici în viață - câștigători a unor prestigioase premii - chestionați în mod special privitor la „*episoade deosebite de creative*„, pe care le-au trăit în cariera lor. Dintre aceștia, 89% au relatat experimentarea unor perioade de aprox 2 săptămâni (precedate de o perioadă de disconfort) în care s-au simțit deosebit de inspirați, stare caracterizabilă prin:

..crescut entuziasm și energie, încredere în sine și viteză a asociațiilor mentale, fluentă a gândurilor și dispoziție înaltă, intensă trăire a unei stări de bine, redusă nevoie de somn .. („*aveam o mare febră de a scrie, de a mă implica energic în noi proiecte*„)....

Perioada era considerată de 60% din cei chestionați ca certamente necesară creației... și alți 30%, ca foarte importantă.

Cercetarea lui Jamison, împreună cu toate cele realizate în această direcție, au identificat o amplificare în aceste cazuri a factorilor pe care Guilfort îi comenta ca **specifci unei gândiri creative**: o crescută *fluență a gândirii*...în direcția cuvintelor..asociațiilor..expresiilor...ideației, ...însoțită de o crescută „*flexibilitate spontană și adaptativă*„...a unei *gândiri divergente*.

Experimental, s-a constatat că pacienții hipomaniacali au și o crescută gândire combinatorie.. ce adună împreună conținuturi lingvistice uneori divergente (aliterații, asonanțe); precum și...asociații crescute numeric de cuvinte-idei... combinații ale percepțiilor, ideilor și imaginilor într-o manieră incongruentă, uneori extravagantă..cu o capacitate de a reconcilia opozițiile....

Hipomanul nu doar prezintă un flux ideativ rapid..însoțit de o crescută asociativitate lingvistică - vorbind mai repede și mai mult -, ci și folosește cuvinte mai colorate și percutante...(pictorii maniacali folosesc culori vii și contrastante luminoase). Gândirea creativă a hipomanilor, dezvoltă factorii de creativitate semnalati de Guilford, într-un spațiu lingvistic narativ, ce evocă și abordează aspectele perceptiv-senzuale ale lumii - și nu cele abstract speculative și matematice, care-i interesează pe oamenii de știință și filosofi..

Totuși, creativitatea indusă de stările hipomane la artiștii deja menționați, nu epuizează tema. Fenomenul *inspirației* se poate desfășura și în direcția spiritualității...(pe care divinația și entuziasmul dionisiyac le implicau pe vremea lui Platon). Creativitatea umană are largi plaje de desfășurare, în unele din ele fiind posibil să fie mai fructuoase unele caracteristici schizoide – desigur, într-o variantă expansivă. Inventarul poate trece apoi în domeniul tuturor științelor și meșteșugurilor, dar și a activităților pragmatice performative, a investigărilor, a întrecerilor sportive etc. Faptul pare evident dacă recapitulăm caracteristicile stării hipomane, a cărei virtuți pentru existența omului în general nu pot fi ignorate. Căci, în starea hipomană:

.. persoana se simte și este, pentru o perioadă de timp, mai energică, cu nevoie redusă de somn, încrezătoare în sine, dezinhbată, bogată în idei și proiecte, rapidă în decizii, comportament și idee, cu o crescută

sociabilitate și comunicare, acuratețe perceptivă și viteză asociativă crescută etc.

6/ TEMPERAMENTUL HIPERTIM, PERSONALITATEA TURBULENTĂ SI SPECTRUL EXTERNALIZT AL PSIHOPIATIAEI.

Tot în direcția formelor puțin intense clinic a manifestărilor din spectrul bipolar (maniacal) se comentează în ultimele decenii **temperamentul hipertim** (prezența acestuia la pacienții cu depresie recurentă ar pretinde diagnosticul de bipolaritate). În decupajul lui Akiskal, acesta s-ar caracteriza astfel:

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

S-ar putea accepta și varianta unor hipertimii mai puțin activ-asertivi (și contestatari), caracterizați în schimb prin sociabilitate crescută, predispoziție hedonică spre distracții și petreceri vesele, fără planuri de viitor, neglijenți în afaceri, cu tendințe parazitare.

Personalitățile marcate de hipertimie - hipomaniacală – fie continuu fie în varianta ciclotimiei, au fost pe parcursul sec XX comentate uneori și în cadrul Tb de Personalitate. Deja în primul decupaj al „Personalităților Psihopate,, realizat de K Schneider (1920) printre cele zece tipuri de caracteriopatie pe care le descrie și comentează –persoane care din cauza firii lor suferă și îi fac pe alții să sufere -, apare și Hipertimul și Depresivul; desigur, marcați de comportamente care sunt disfuncționale nu doar pt propria persoană ci și pentru alții. Hipertimul era caracterizat ca: fiind aproape continuu vesel, amabil, activ, optimist..superficial..necritic..încrezător, grăbit în decizii, uneori cu o crescută stimă de sine și senzitivitate,..certăreț..dar uitând repede resentiment (accentul cade mai puțin pe asertivitatea și contestare ca la Akiskal).

Pe întreg parcursul sec XX psihopatologii au fost interesați de profilul uni eventual psihopat hipertim, în continuitatea decupajului lui Schneider; dar el nu s-a impus, până mai recent,

- odată cu ampla sinteză a lui Millon, care-l etichetează ca **Efervescent, Exuberant, Turbulent**. Profilul tipologic aparte e caracterizat prin epitete ca : exaltat, efervescent, contagios interpersonal (exuberant), schimbător, inconsecvent. Se consideră că poate fi animator și întreprinzător, antrenant; dar îi lipsește dimensiunea unei perseverențe...cea de a realiza în final cele începute și propuse. E euforic, deseori se lansează cu risc și îndrăzneală în tot felul de proiecte.,dar insuficient de stabil,.. cu realizări inconstante etc.

Aspectul disocial - care ar consta în „turbulență - nu a convins, totuși, pe redactorii DSM-5 să accepte o variantă hipertim-maniacală în capitolul Tulburări de Personalitate.

De-a-lungul sec XX problematica personalităților anormale – psihopate - s-a pus tot mai frecvent în corelație cu manifestarea de către acestea a unor disfuncții de relaționare interpersonal-sociale și de încălcare a normelor morale și sociale, cazuistica intersectându-se cu cea a expertizelor forensice. O abordare seminală în această direcție e

- descrierea **psihopatului** de către Cleckley (1940) ca o persoană în mare măsură inserată și cu succes social, care reușește să manevreze multe persoane printr-o atitudine prosocială asertivă și captativă, având un „farmec personal „seductiv„; dar care e manipulator și exploatare, egoist și nu rareori agresiv, urmărindu-și interesele fără scrupule, fără empatie, emoții pozitive, intimanță..; astfel încât, își maschează anormalitatea printr-o „mască de normalitate„(**Mask of Insanity**..era titlul cărții sale).Tipul caracteriologic profilat de acest psihopat nu e însă unul de model dispozițional clar hipertim; deși se mențione o dispoziție prosocială și activă, aceasta e mai controlată și elaborată decât în cazul improvizațiilor participative ale hipertimului lui Schneider și Millon, sugerând intervenția dispoziției „detașării„.

Spre sfârșitul sec XX problematica „psihopatiei„ (infracționale) a fost studiată atât în paralel cu tipologia caracteriologică corelativă marilor cadre nosologice (schizoidul, cicloidul, histrionicul etc.), cât și în corelație cu noile dezvoltări ale personologiei. Studiarea amănunțită a relaționărilor interpersonale a condus la elaborarea unei caracterologii destul de argumentată empiric prin practica etichetărilor caracterizante (Teoria celor Cinci Mari Factori): și la sistematizarea modurilor de bază ale relaționărilor, prin circumplexul etichetărilor interpersonale. Personologia actuală și problematica personalităților particulare, anormale și psihopate, face constant referință la aceste coordonate.

Odată cu DSM-III (1980) și introducerea în sistematica nosologică a unui capitol al Tulburărilor de Personalitate (TP) cu un număr finit de entități categoriale, dintre acestea a lipsit una de modelul Hipertimicului (lui Schneider, reformulat de Millon). Dar a fost introdusă categoria TP Antisocială, caracterizată prin repetate comportamente infracționale și agresive (directe și indirecte), în raport cu alții. Cazuistica decupată prin criteriile ce definesc această categorie, nu se suprapune decât parțial cu cea a Psihopatului Cleckley, deoarece selecționează predominant persoane cu dispoziție agresiv brutală, deseori impulsiv-explozivă; pe când psihopatul lui Cleckley era caracterizat predominant printr-un „farmec superficial„, ce se corelează mai mult cu sociabilitatea hipertimului jovial. Dar, studiile longitudinale au demonstrat că profilul TP Antisocial e precedat de o ontogeneză cu lungi perioade de **comportament externalizat** agresiv, de obicei conflictual social. În urma

cercetărilor mai amănunțite, s-a diferențiat categoria „Tb de conduită a tinerilor și adolescenților,,.....iar mai apoi și alte categorii de **comportament externalizat aparte, marcat de agresivitate**, plasate de obicei în continuitatea Sd, ADHD; și manifestând o dispoziție ostil agresivă față de alții – fără elafia și euforia entuziastă ce caracterizează hipertimul. Acestea sunt incluse în prezent în Cap 13 din DSM-5, fiind următoarele.

Tb. de opoziție și comportament sfidător: începe în perioada preșcolară și durează cel puțin 6 l, se referă la un pattern comportamental cu dispoziție iritabilă furioasă, argumentare sfidătoare sau vindicativă și comportament agresiv ce se manifestă asupra indivizilor, animalelor, proprietăților. Subiectul își pierde ușor cumpătul, este adesea supărăcios, furios, revoltat, plin de resentimente; el se ceartă adesea cu alții, sau îi învinovățește pentru propriile sale greșeli.

-Tb.explozivă intermitentă, apare la sfârșitul copilăriei și în adolescență, putând persista mai mulți ani, uneori cu oscilații periodice; se manifestă prin izbucniri comportamentale intermitente impulsiv agresive, verbale (tirade) sau fizice, împotriva proprietății, animalelor, indivizilor; actele nu sunt premeditate și nu urmăresc obținerea de bunuri.

Cât privește Tb de Conduită a adolescentului (ce include și acțiuni mai elaborate de încălcare a normelor de conduită) acestea se manifestă din adolescență fiind însoțite uneori de o emotivitate restrictivă.

În perspectivă dispozițională, la cazuistica de „tulburări de conduită a tinerilor,, e comentat un model aparte de conduită afectivă, etichetată ca „**limitare a emoțiilor prosociale (indiferența rece afectiv față de alții)**,, ce se manifestă ca un deficit aplatizant al diapazonului posibil de afectivitate relațională (emotivitate, atașament și rezonare, intimanță, empatie) , caracterizată prin: - Lipsa remușcărilor și a sentimentului de vinovăție... - Este rece afectiv, lipsit de empatie. - Nu-l interesează ceea ce simte altul. -- E nepăsător;- 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.

O astfel de indiferență rece, față de alții și sine, trimite spre intervenția unei speciale clase dispozițional afective, cea a detașării. Raportarea dispozițională la situații și alții se manifestă acum în contextul păstrării controlului asupra competențelor de acțiune și sociabilitate pragmatică. Atunci când se comentează manifestările de model hipoman în paralel cu cele ale comportamentelor disociale, se cere deci subliniat că acestea din urmă se manifestă în condițiile menținerii parametrilor de sinteză a trăirii situațiilor actuale,.. care e perturbată, în diverse grade în tb dispoziționale din aria maniei si depresiei. O diferențiere și mai nuanțată e oferită de recentă abordare dimensională a clusterului psihopatiei, prin 3 factori (Patrick):

- 1/.Dimensiunea îndrăznelii (*baldness*) se referă la lipsa de emoții și frică socială, conjugată cu asertivitate, stabilitate emoțională, spirit de aventură, dezinhibiție expansivă, prosocială și proactivă, însoțită de siguranță de sine, imunitate la stres, atitudine nepăsătoare, cu potențial interpersonal charismatic, cu căutarea noului. Această dimensiune s-ar corela în mare măsură cu profilul psihopatului Cleckley; și parțial cu temperamentul hipertim (în sensul lui Akiskal); sau cu o prelungită hipomanie stabilă – fără oscilații impulsiv explozive și dimensionată prin răceală afectivă calculată. Descrierea nu e consonantă cu modelul **Turbulentului** lui Millon, mai apropiat de inconsistența afectiv relațională (și activă) a variantei Schneider..și nici cu modelul Bayron, ce sugerează o tumultuoasă dispoziție mixtă, acutizată periodic (creativ). În dimensiunea îndrăznelii, agresivitatea e controlată, aspect ce presupune o intersecție cu dispoziția detașării (manipulative).
- 2/ Dimensiunea impulsivității - ce nu e pregnant comentată în conceptul clasic de psihopatie - se corelează de multe ori și cu afecte negative ca anxietatea, depresia, sentimentul de culpă. Aceasta ar presupune mixtarea dipoziției de relație expansivă cu cea depresiv (anxioasă), perioadele de impulsivitate agresivă fiind caracteristice acestei asociații.
- 3/.Dimensiunea malignității – *meanness* – e corelată agresivității proiective, instrumentale, crudă,.. dublată de lipsa afectivității de atașament și de empatie (milă, remușcare), aspecte pe care le are în vedere și conceptualizarea Calloyus Unaffectivity. și cea a restricției emotivității prosociale (din DSM-5). Variantele criminalului în serie, a sadicului și a psihopatului de succes, se mențin. Ultima dimensiune ar combina dispoziția de relație expansivă cu agresivitatea..malignă.

7/ DELIRURI FUNDATE DISPOZIȚIONAL MANIACAL.

Episoadele maniacale și depresive se pot manifesta clinic și în modalitate psihotic delirantă, cu o tematică congruentă sau incongruentă. Desigur, condiția patologiei dispoziționale poate apropia subiectul de orbita psihotiformă și fără delir, doar prin tulburările formale de raportare la situații – mai ales cele de crescută viteză a ritmului psihic și orientarea spre dezihibiție/inhibiție -. Acestea pot perturba angajarea în proiecte, raportarea la alții; astfel încât, corelându-se cu o autoevaluare aparte a psihismului, induc ieșirea dintr-un prezent adecvat structurat și integrat comunitar.

În manie întâlnim, astfel, o globală dezinhibiție expansivă, tahipsihică, ergică și prosocială, cu afectivitate și valorizare pozitivă; care, proiectează subiectul continuu în inițiative și acțiuni orientate spre un viitor a toate posibil, dezinteresat de trecut și sprijinindu-se doar fragmentar pe un prezent hedonic. Esențială e însă acum transformarea identitară a subiectului. Acesta se resimte

puternic, capabil de a realiza lucruri deosebite în ambianța imediată. El dezvoltă planuri și acțiuni hazardate, lansându-se în ele fără prea multe deliberări: cheltuie mulți bani fiind convins că-i va recupera, contractează variate angajamente imposibil de rezolvat, se angrenează excesiv în jocuri de noroc sau în aventuri romantice, conduce mașina periculos, etc. Această „de-situaționalizare,, ce rezultă din perturbarea formală a dispoziției maniacale, ar putea fi considerată, până la un punct, ca echivalentă a centralității din delirul primar.

Condiția delirantă propriu-zisă începe însă doar din momentul în care maniacalul se resimte și se afirmă ca personaj dintr-un scenariu narativ aparte, aberant, în care crede și cu care se identifică. Faptul implică de obicei o nouă poziționare socială, în relaționări fictive cu personalități publice sau istorice, uneori cu cele supranaturale (ale lumii sacrale deseori); el plasându-se astfel în afara parametrilor situaționali actuali, într-o „altă lume,, pe o scenă metareprezentatională imaginară, diferită de cea ambientală.

De remarcat și faptul că, spre deosebire de depresiv, maniacalul păstrează o bogată funcționare ideatică; care poate fi hiperactivă – chiar în locul unei hiperactivități psihomotorii, desfășurate în ambianță. Maniacalul poate începe să scrie istorii lungi despre relațiile și aventurile sale de personaj extraordinar, alături de entități fictive, în lumi paralele.

Maniacalul delirant poate afirma de ex., în manieră megalomană, că a ajuns rege sau președinte de stat, că este reîncarnarea lui Napoleon, că e nepotul lui Rasputin, fiul lui Stalin sau soția lui Nichita Hrusciiov; sau, e convins că va fi ales Președinte a ONU și va pune capăt războiului din Ucraina, că a descoperit o soluție pentru ca economia mondială să progreseze și e chemat ca vicepreședinte al Băncii Mondiale, că e încadrat într-o rețea internațională de spioni faimoși, în relații cu președintele SUA și al Chinei, că a descoperit leacul cancerului și va primi premiul Nobel, că își scrie memoriile pentru care va fi plătit cu un milion de dolari și va cumpăra clinica în care e internat dând salarii mari medicilor etc. Sau, se poate simți dotat cu puteri deosebite, poate mișca avioanele de la distanță, ghicește gândurile altora și îi teleghidează, emite o energie care vindecă pe loc orice boală prin simpla sa atingere, este iubit de stele de cinema și vedete, se poate teleporta la distanță etc. O variantă specială e intrarea în relație cu ființele supranaturale, mai ales cu Dumnezeu, care de obicei îi dă misiunea să învingă diavolul.

Delirurile de grandiozitate specifice maniei se pot uneori conjuga cu tematica incongruentă a persecuției paranoide, derulându-se, desigur, tot pe orbita unor scenarii fictive.

Nu trebuie ignorat nici faptul că, grandiozitatea se întâlnește și în preocupările solitare ale schizotimilor, favorizată deci de deficitul dezorganizant

a-personalizant; precum și în delirurile schizofrene. De aceea, în cazul tematicii de grandiozitate, tabloul clinic se cere inventariat în detaliu.

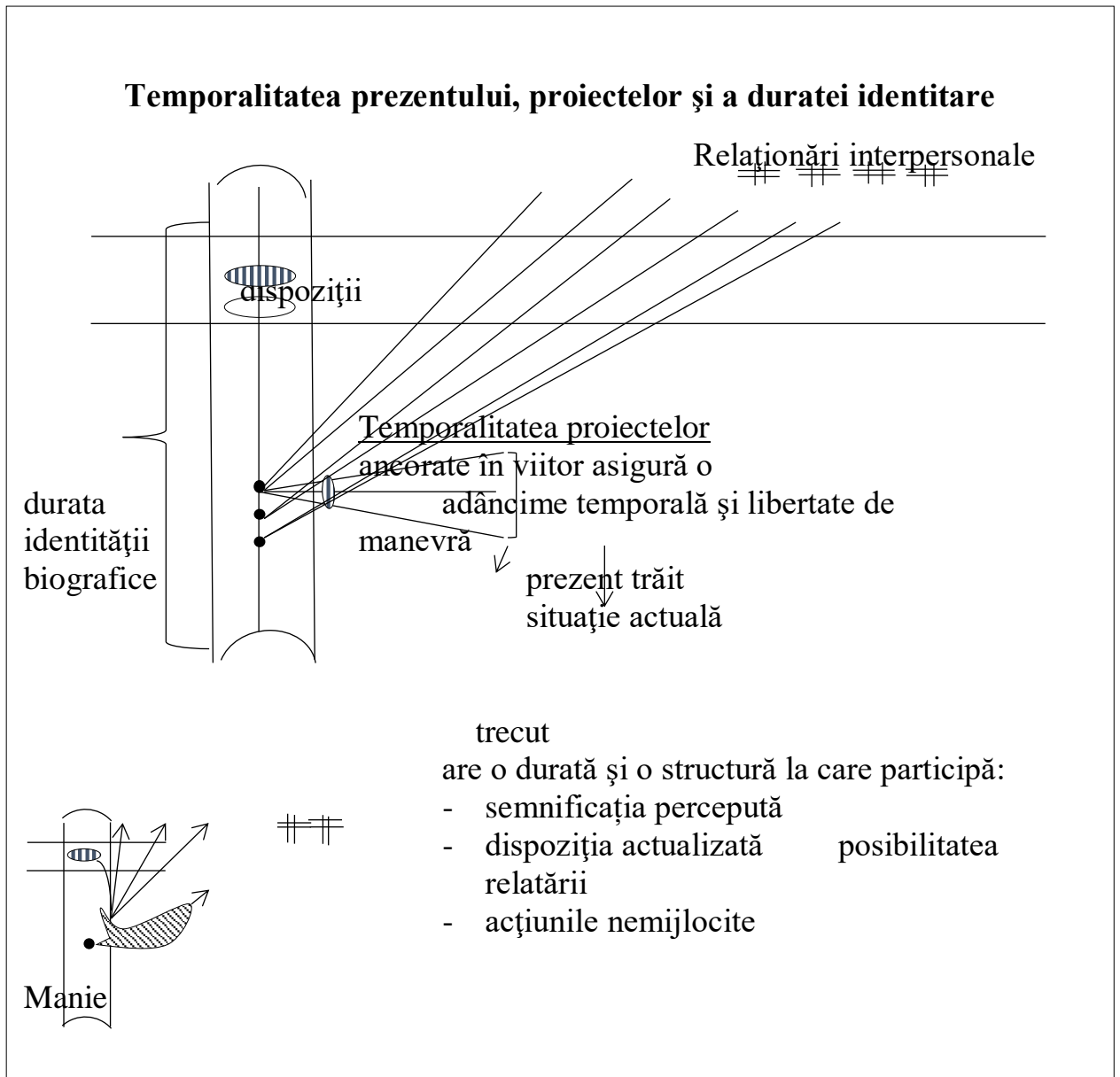
8/ SD MANIACAL ȘI PERTURBAREA STRUCTURILOR TEMPOALE ALE PSIHISMULUI.

Instalarea sd maniacal actualizează deficitar disfuncțional cadrul formal al dispozițiilor externalizate, perturbând organizarea prezentului situațional trăit. De fapt însă, tulburarea afectează întreg eșafodajul de manifestare temporară a subiectului în raport cu ambianța sa umană, incluzând pârghiile ancorării sale în proiectele și preocupările ce vizează viitorul; care, în mod firesc, constituie țesătura contextuală internă prin care trăirea prezentului se articulează cu fundalul duratei identitare, biografico caracteriale a subiectului (Chen 50).

Structura din normalitate a prezentului trăit are și ea o anumită durată (Chen); care se bazează pe implicarea subiectului în nemijlocitul unei acțiuni cu sens pe care o rezolvă - susținută de o continuă receptare a semnificațiilor informațiilor direct percepute; acțiune ce poate fi ulterior relatată. Trăirea structurată și sintetică a prezentului, se reliefează și se proiectează însă pe fundalul unor multiple linii paralele ale proiectelor și preocupărilor ancorate în viitor, în care subiectul e concomitent implicat; și în raport cu care, situația actuală e în mod normal doar o secvență.

Preocupările și proiectele subiectului au diverse amplitudini și durate, aflându-se în multiple interconexiuni între ele și în raport cu prezentul. Ele se înrădăcinează de fapt – la fel ca și prezentul trăit - în trecutul biografico identitar al persoanei, ca într-o sursă. Sursă din care emerg și în care se vor depozita ulterior, mnestic și structural, după împlinire. Prin acest fundal al proiectelor, prezentul trăit are în normalitate o „adâncime temporală” și un „spațiu de manevră”; iar întreg acest ansamblu implică în plus și parametrii temporalității relaționărilor interpersonal sociale,...ai temporalității „oficiale,, a vieții socio comunitare inserată în practici instituționalizate și..; precum și pe cei ai narativității culturale, în care subiectul se proiectează ca personaj.

În normalitate, prezentul trăit plasează subiectul în relaționări comprehensive cu parametrii situaționali și cu alții, menținând deschisă receptanța sa pentru variatele aspecte ale acestora și pentru derularea propriilor proiecte. Autonomia agenției subiectului își poate schimba, la nevoie, focalizarea și orientarea. În schimb, în aplatizarea psihopatologică din episodul maniacal – și depresiv -, prezentul trăit își pierde această structură. Schema formală distorsionată a dispozițiilor externalizat-realizatoare se impune în manie, comprimând întreg eșafodajul structurilor temporale; de la fundalul duratei identitare, până la evantaiul proiectelor și la configurația prezentului. Iar



acest pseudo-prezent comprimat – deschis spre un viitor ce e resimțit ca a toate posibil - plasează subiectul într-o condiție impersonală - suprapersonală; în care specificul preocupărilor și articulațiilor sale cu lumea se estompează, vărsându-se într-un model de-diferențiat al unei omnipotențe globale; cu o raportare la ambianță lipsită de nuanțe. Conexiunile cu evantaiul preocupărilor și proiectelor

personale se anulează și ele. Maniacalul e „în general” euforic, marcat de elatie sau combativitate, raportându-se cu ușurință la oricine și orice. El e plasat însă acum, tot mai mult, în afara particularităților sale biografico caracteriale, a parametrilor situaționali, ai nuanțelor unor relaționări intime, a unei lumi personalizate. Prin episoadele maniacale și depresive - de tip endogen – subiectul iese temporar din orbita desfășurării temporalității propriei biografii.

Durata prelungită a episoadelor maniacale și depresive – similară, în principiu, cu durata desfășurării proiectelor personale - poate fi considerată și ea o expresie a perturbării în manie (și simetric, în depresia endogenă) a structurii formal-temporale a existenței individului. Secvențele temporale care susțineau un proiect - o confruntare, o petrecere, o activitate creatoare etc. - toate colapsează în indistinția formală a unui episod maniacal; în care se manifestă cadrul generic, suprapersonal, al comportamentelor „externalizat performatoare”. După remisiunea lor, episodul maniacal (și cel depresiv endogen) nu se mai integrează în memoria biografică a persoanei, la fel ca restul experiențelor de viață; rămânând în mare măsură un fel de “pete albe” în organizarea acesteia. Faptul e de înțeles, de vreme ce pe parcursul lor, trăirea de către subiect a prezentului era dediferențiată formal, cu blocarea implicărilor personalizate.

De fapt, episodul maniacal (și cel depresiv psihopatologic) pot căpăta un fel de cvasi-independență încapsulată în însăși interiorul structurii dispozițional caracteriale, mnestică identitară a persoanei. Repetându-se de mai multe ori, modelul acestora câștigă un contur aparte în cadrul acestei structuri, separându-se de modalitatea flexibilă, deschisă spre variante nuanțate de raportare la situații, prin care fundalul identitar răspunde de obicei la apeluri. Iar acest model ajunge să se impună deseori cvasi-spontan, afectând autonomia agenției proprii; care e acum aplatizată sau chiar înlăturată.

Dediferențierea structurilor temporale ale existenței personale ce se petrece în episodul maniacal – și în cel depresiv endogen – trimit aceste condiții în direcția orbitei psihotiforme.

Pălăniș BIPOLARITATE Prezentarea III

DPRESIA ca sindrom psihopatologic derivat din tristețea umană firească

1/ ÎNCADRAREA CLINICĂ A SINDROMULII DEPRESIV..

Pe întreg parcursul sec XX Sindromul DEPRESIV (SD) a fost considerat ca fiind definitoriu - împreună cu cel maniaco (SM) cu care alternează – pentru Boala Maniaco Depresivă (BMD) a lui Kraepelin, în calitatea acesteia de psihoză endogenă plasată în centrul nosologiei psihiatrice - alături de Schizofrenie. Această BMD a lui Kraepelin deriva, la rândul ei, din milenarele tulburări ale Maniei și Melancholiei. **Actuala TB Bipolară (TBP)** din DSM-5 derivă din această BMD. Episodul depresiv (ED) din BMD și TBP a fost tot timpul considerat în sec XX ca având diverse intensități și profile clinice, de obicei cu o durată limitată în timp și uneori cu remisiune spontană....el alternând în diverse variante cu Episodul(Sindromul) MANIACAL (SM); cu care se poate și combina (în stări mixte). Instalarea episoadelor DEPRESIVE și MANIACALE ale TB au fost considerate ca fiind **endogene** – adică nedeterminate de cauze psihosociale sau organice actuale.

Pe parcursul sec XX , DEPRESIA a fost identificată și tratată în psihopatologie, și în variante etichetate ca „nevrotice,, – mai ales sub influența psihanalizei; sau reactive, în perspectiva reacțiilor comprehensive a lui Jaspers, modelul de referință fiind condiția doliului. Aceste manifestări erau considerate mai puțin intense decât cele din BMD, corelate cu condiționări psihodiamice, reactive și/sau sociologice; fiind deseori combinate cu anxietatea și alte „sindroame nevrotice,,.S-au comentat deasemenea personalități particulare – sau temperamente - profilate în sens depresiv.. și.. depresii condiționate organic cerebral.

Depresia și-a afirmat prezența și în cadrul patologiei somatice. Diverse boli – mai ales cronice, condiționează stări depresive; depresia îngreunează vindecarea bolilor...și favorizează apariția unora (de ex scăzând imunitatea)...Depresia interferează mult cu patologia psihosomatică....iar uneori, acuzele corporale pot fi expresie a unei depresii de fond, insuficient exprinată în specificul ei (depresie masacată). În sfârșit, depresia susține adicțiile de substanțe și suicidul.

Scurtul inventar al interesului psihopatologiei pentru „manifestările depresive pe parcursul sec XX nu a putut oculta nici o clipă faptul că, depresia e o trăire firească, definitorie pentru existența omului, despre care toată lumea discută zilnic și de care e plină literatura și arta.

2/ DEPRESIA PSIROPATOLOGICĂ TRIMITE NEMIJLOCIT SPRE CEA NORMALĂ. Mai mult decât orice altă condiție psihopatologică, depresia psihopatologiei nu o poate ignora pe ce normală, pe care doliu și eșecurile firești ni le înfățișează zilnic.Trăiriele din serie depresivă sunt un aspect al dimensiunii „pathice,, de inevitabilă suferință a existenței omenești,..la fel ca cele pozitive de mulțumire, bucurie, fericire, împlinire, extaz.

În limbajul psihologic actual se poate formula că... trăirile din aria depresiei exprimă stări afective negative, de la emoția disperării, la tristețea doliului, melancolia zădărniceii, sau disforia frustrărilor. E frecventă mixarea (normală) a acestora cu trăiri din seria dispoziției afective anxios fobice, a oboselii astenice de epuizare, cu nemulțumirile iritante ale provocărilor etc. Limbajul psihologic actual ne trimite apoi la dispoziția afectivă depresivă,...ce poate fi comentată în paralel cu alte dispoziții afective (comportamentale și relaționale) umane, așa cum ar fi cea anxioasă, agresivă, de elatie (euforică) sau de detașare (neimplicantă). Dispoziții afective care au, toate, și variante anormale, psihopatologice. În cazul de față – **dispoziția depresivă**.

Starea depresivă din psihopatologie, în varianta sa reactivă și nevrotică, a fost comparată mai ales cu cea a doliului normal,..care apare după pierderea unei ființe de atașament (de obicei o rudă apropiată) ..și durează o vreme prelungită. (Astfel de pierderi pot fi trăite nu doar prin moarte, ci și în alte variante,..înclusiv de „pierdere simbolică,.. uneori însoțite de un sentiment de culpă interior). Dacă ne referim la varianta standard, socio culturală a doliului, aceasta nu se rezumă însă la problematica relațională interpersonală; ci o implică și pe cea socio culturală; adică ritualul 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 stămoșilor..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.Trimiterea la ED ar merita să nu ignore astfel de referențe.

Pentru tabloul clinic al SD - ce se manifestă atât în TB cât și TMD -, e intuitivă comparația sa cu dispoziția tristă reactivă intensă din normalitate, care apare după eșecuri și pierderi importante sau în doliul pronunțat.

Profilul psihologic al tristeții omenеști normale (dar majore).

Pierderi disperare...lipsă de speranță în viitor (de proiecte)...jale...tristețe adâncă

Eșecuri 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 corporalitate, resimțită neplăcut (de obicei cu inhibiție instinctive)
- pe propriul trecut negativ (eșecuri, vinovății)
- autoevaluare negativă (se simte neputincios, neajutorat, dependent), anergic, incapabil, vinovat ...merită pedeapsă, suferință, autopedepsire masochistă)
- preocupare cu neființa, moartea, suicidal....„viața nu mai are rost....„

înșuși tristețea e centripetă.ea adună și centrază subiectul pe sine

depresia de intensitate medie

„se poate conjuga cu...

3/

2/

Anxietății

(atenția la ambianță

Dispoziția
Iritabil agresivă

și alții se păstază parțial)

Tristețea dispoziției depresive normale (de doliu), în măsura în care e autentică și serioasă, constă (deci) din;

- o trăire subiectivă de suferință și neputință, cu
- repliere pe sine, izolare, **lipsă de interes față de viitor și prezent**, față de proiecte și preocupări actuale, de relaționări; nimic nu-i mai face plăcere subiectului, care devine lipsit de curiozitate și receptanță față de solicitări, alții și lume în general., „anhedonic,,

-**el se retrage ruminativ pe propriul trecut**, resimțindu-se fără putere și valoare, preocupat frecvent de propria **vinovăție... și chiar de moarte**.

Până când, depresia (doliul) se consumă; și subiectul revine treptat la ritmul normal de viață.

D.p.d.v. obiectiv - instinctiv, comportamental, corporal, cognitiv - depresia normală pronunțată se însoțește de obicei și de o **inhibiție și lentoare** generalizată, de intensitate ușoară sau medie. Poate fi prezentă o scădere a apetenței alimentare, a libidoului și comportamentului sexual, corpul poate fi resimțit greu, cu reducerea activităților și preocupărilor. Funcțiile cognitive sunt parțial reduse: atenția e dificilă, gândirea și cursul ideativ diminuate, vorbirea restrictivă; preocupările ideatice sunt restrânse la un sector, ce persistă cvasi-obsesiv.

În tristețea normală accentuată, mimica exprimă suferință, corpul e repliat pe sine, cu privirea în jos, comisurile feței căzute, fruntea încrețită ca litera grecească omega (ca în masca teatrală depresivă), mâinile sunt așezate pe abdomen; subiectul răspunde mai încet la întrebări, preferând solitudinea. Aspectele comportamentale și expresive ale depresiei fac corp comun cu trăirea subiectivă.

Caracteristicile depresiei normale reactive au fost și sunt comentate în literatură și reprezentate în teatru și artele vizuale conexe, unde toate caracteristicile menționate mai sus – inclusiv cele expresive – sunt prezentate cu multiple nuanțe – în arta dramatică, chiar sub forma **măștii depressive**.

3/ În cazul depresiei psihopatologice, aceste **aspecte retractil inhibate ale tristeții majore reactive normale** – de doliu mai ales - **se manifestă intens, persistent și decontextualizant, instalându-se „fără un motiv evident,- sau disproportionat față de acesta**. Tabloul clinic e pregnant mai ales în forma inhibată a depresiei, ce poate fi considerată una standard, de referință. Asemănarea tabloului clinic al depresiei patologice cu cea reactiv comprehensibilă e o problemă ce persistă și în prezent, căutându-se parametrii biologici cât mai fideli pentru „endogenitate,,.

Depresia psihopatologică tradițională – din BMD – se manifestă de obicei prin episoade, de multe ori mixtă fiind cu neliniște, anxietate, iritabilitate, chiar explozivitate sau agitație; iar d.p.d.v. subiectiv trăirea poate fi deosebit de neplăcută, de suferință morală extremă, de „stare de insuportabil,,... de apăsare...ca la „sfârșitul existenței,,.cu replierea pe trecut, cu sentiment de vinovăție și autodeprecieri...la acestea putându-se adăuga convingeri delirante, congruente și incongruente. Depresia majoră – psihopatologică - exprimă o evidentă modificare a felului obișnuit de a fi al persoanei, perturbând inserția sa performantă în viața cotidiană; cu decontextualizare în raport cu situațiile actuale, relaționări și lume în general.

Lista simptomelor sindromului depresiv în cadrul unei evaluări diagnostice clinice poate fi mai mare sau mai mică, în funcție de intensitatea episodului, de

parametrii condiționării sale, de varianta inhibată, anxioasă sau iritabil agresivă a manifestării depresiei în cazul dat; precum și de concomitența altor tulburări psihice și de profilul personalității de fond; eventual, de intersecția sincronă sau diacronă cu episodul maniacal. Profilul simptomatic înregistrat într-un caz dat poate varia și în funcție de instrumentul psihodiagnostic la care face apel evaluatorul, de itemii ce sunt avuți în vedere, căutați și înregistrați.

În perspectiva diagnosticării unei stări psihopatologice actuale, instrumentele de evaluare pot ținti nu doar un anumit sindrom - așa cum e depresia - ci un întreg grupaj de sindroame care frecvent se manifestă împreună, sincron sau diacron. De ex. instrumentul poate include, pe lângă itemii specifici depresiei și simptome din aria anxios fobică, obsesiv compulsivă, astenică, relațional senzitivă, paranoidă etc.; sau și simptome din serie maniacală, pentru a se surprinde un eventual viraj bipolar. S-au dezvoltat chestionare structurate sau semistructurate pentru diagnosticarea unor importante sectoare psihopatologice; sau, de evaluare globală a stării actuale psihopatologice (Present State Examination - PSE).

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.**

Abordarea diagnostică pe care o dezvoltă în psihopatologie sistemele standardizate și cuantificate este desigur utilă pentru înțelegerea și concordanța dintre examinatori, în vederea unui tratament adecvat, pentru urmărirea evoluției clinice, pentru procesul didactic sau cercetarea științifică. Dar ea decontextualizează sindromul, desprinzându-l de corelația cu semnificația parametrilor situaționali, cu biografia pacientului, cu circumstanțele și contextul cultural în care el se manifestă, cu ansamblul trăirilor sale psihopatologice și

normale. În plus, scalele de evaluare și istele cu criterii de diagnostic, nu indică **nucleul formal comprehensiv esențial**, în jurul căruia toate aceste manifestări simptomatice se organizează și gravitează, coerența sa de sindrom, de „câmp semiologic specific”, ce derivă dintr-o trăire umană cu sens(e.g. cea depresivă)

4/ Structura formală a sd depresiv. Pentru sindromul depresiv, o abordare fenomenologică ar putea **sublinia ca specifică, desprinderea subiectului de lume pe axa temporalității, prin retragerea sa inhibată și bradipsihică din**

prezentul situațional – flancat în normalitate de speranță și proiecte în viitor - **cu repliere inhibată, bradipsihică, anergică și ruminativă pe un trecut și pe un sine corporal devalorizat, lipsit de sens și marcat de suferință, orientat spre neființă.** O astfel de trimitere implică, desigur, o perspectivă analitică asupra parametrilor acestui prezent situațional trăit (Chenar..)

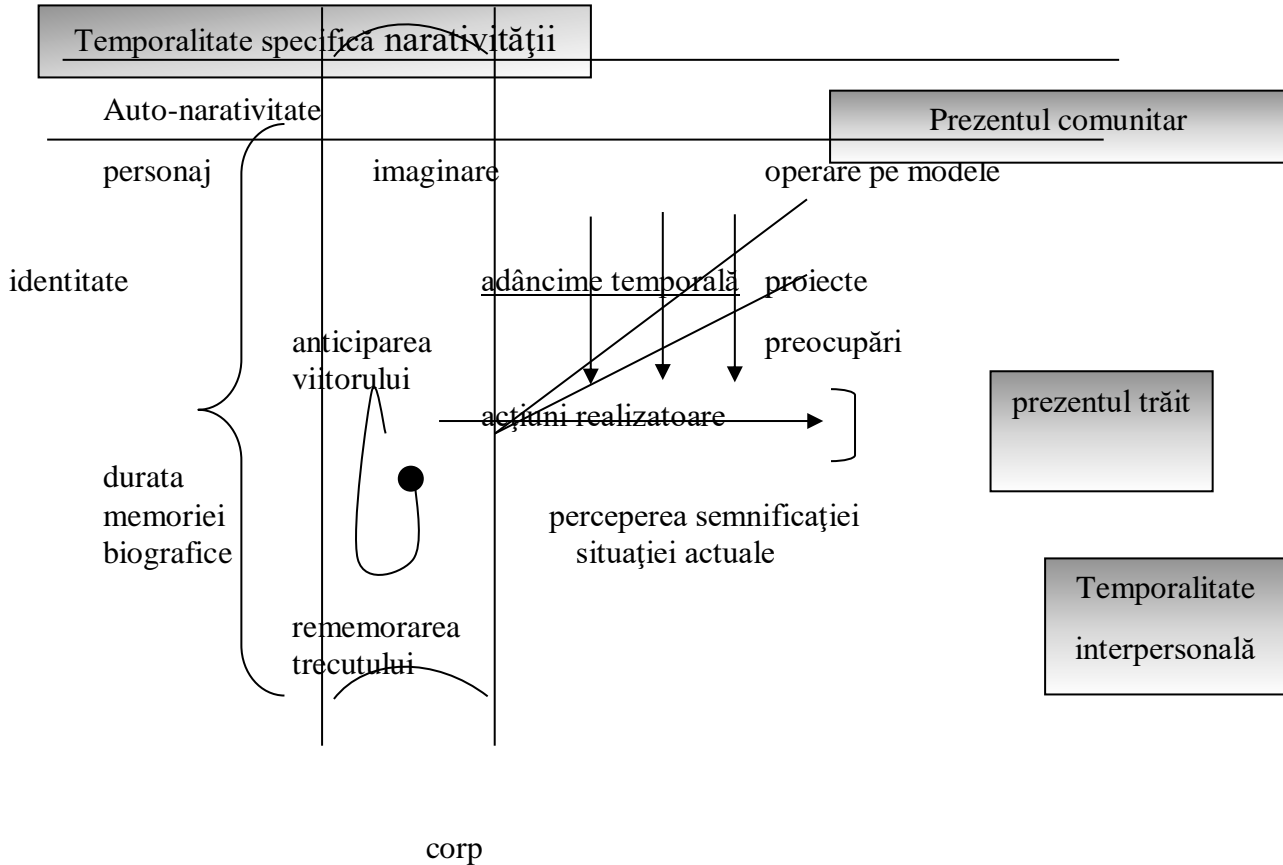
Depresivul se resimte blocat în fața viitorului - fără speranțe, curiozități, dorințe, aspirații, proiecte; - și a prezentului – cu anhedonie (lipsă de plăcere pentru orice), anergie, lentoare, dezinteres insinctiv și social; „nimic nu-i mai fac plăcere,, nu-l mai preocupă, în cadrul unei suferințe și pasivități triste, ruminative, aspirat fiind de trecut; pacientul depresiv ,repliat pe sine, pe propriul trecut și propria corporalitate, meditează asupra slăbiciunii și vinovăției sau lipsei sale de rost, cu orientare spre inexistență și ideație de moarte.

Se poate considera că varianta psihopatologică a depresiei se manifestă printr-o accentuare rigidă și simplificatoare a acestor parametri **formali** și **suprapersonali**; iar această schemă coerentă dar rigidă, se autonomizează, afirmându-se relativ spontan, „de-situaționalizând,, și dezarticulând subiectul de parametrii vieții sale cotidiene.

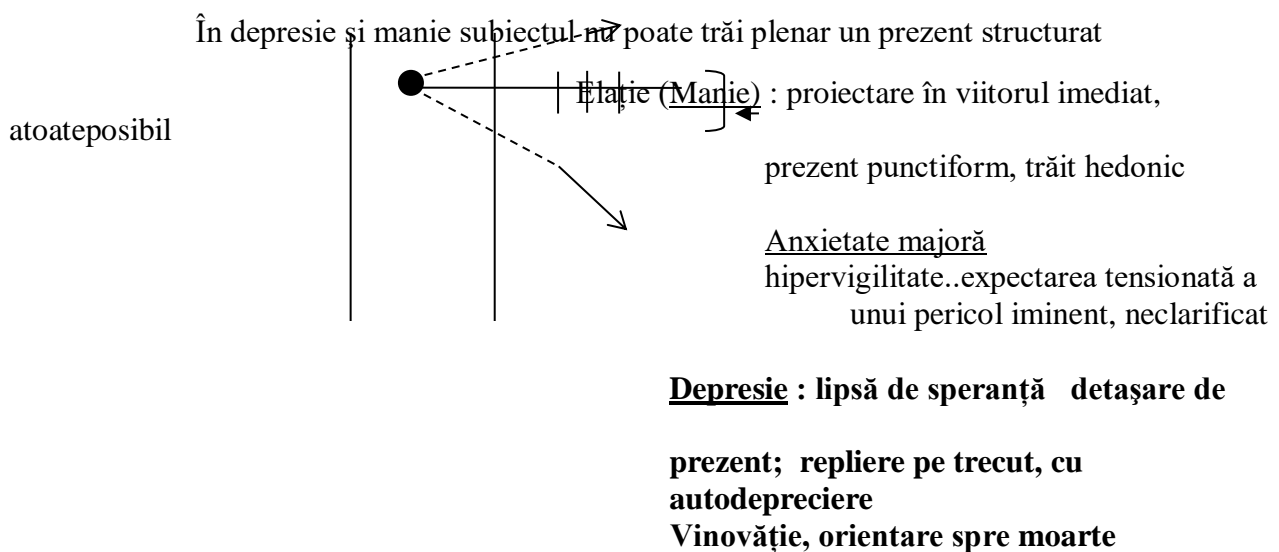
Reluând într-o definiție puțin mai largă cele deja spuse - și avându-se în vedere și tristețea normală din care depresia psihopatologică derivă - se poate afirma: **Nucleul formal de referință al unui fenomen depresiv psihopatologic, poate fi indicat printr-o accentuată: inhibiție psihică centripetă,**

Structura trăirii prezentului personal

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



b) Aspecte dispoziționale aparte și psihopatologice de raportare la prezentul trăit



clinică din scalele de evaluare; și toate variantele de manifestare clinică, cu intensități, accente simptomatice, durate și interferențe cu alte sindroame.

6/ Semnificația adaptativă a reacției depresive normale. Psihologia și psihopatologia evoluționist antropologică.

Se poate considera cu destulă evidență că, d.p.d.v formal, depresia psihopatologică derivă dintr-un mod de trăire și manifestare normal...iar pe parcursul sec XX depresia reactivă - în urma eșecurilor, pierderilor, doliului - a fost acceptată, diagnosticată și tratată. Treptat, ținându-se cont și de perspectiva psihanalitică a conflictului intrapsihic, înțelegerea „depresiei reactive”, și de dezadaptare a fost tot mai nuanțată, luând-se în considerare și cumulum de factori ce pot vulnerabiliza persoana, învățările patologice, prelucrările inconștiente ale trăirilor, calitatea suportului psiho-social etc. etc. Totuși, evidența reacțiilor depresive normale și exagerate, s-a menținut. În legătură cu aceasta, s-ar putea face urătoarea remarcă: 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, în vremea în care diagnosticul depresiei beneficiază de definiții operaționale, scale de evaluare și trimiteri spre o infrastructură formală a psihismului uman - studiată de psihologia cognitivă, neofenomenologică și neopsihanalică - răspunsul tinde însă să se schimbe; și aceasta, mai ales prin contribuția psihopatologiei evoluționist culturale. Se sugerează acum o surprinzătoare perspectivă, care afirmă că tulburări cum sunt cele anxioase fobice și depresive, derivă de fapt din strategii psihice reactive adaptative.

Să fie oare retragerea inhibată depresivă reactivă normală, cu întreaga ei repliere analitică pe sine și pe trecut, cea din urma eșecurilor și pierderilor (doliului), un model comportamental adaptativ? O astfel de idee a fost avansată de psihologia și psihopatologia evoluționistă, cu unele exemple simpliste. Ea ar putea fi însă rediscutată și din perspectiva **dimensiunilor și structurii proprii ale psihismului persoanei umane,- ce există într-o lume umană specifică** - spre a cărui sondare, analiza depresiei reactive și psihopatologice ne provoacă.

Evoluționiștii au indicat importante asemănări între comportamentul adaptativ periodic al hibernării sezoniere ce se întâlnește la unele specii de animale, și depresie; și, între cel al rutului și starea maniacală. În hibernare individul e practic imobil, cu funcțiile vitale în stare de hipofuncționare, neconsumând noi resurse energetice (într-o perioadă în care acestea sunt reduse); el nu se mai raportează activ la ambianță, astfel încât și funcțiile cognitive comportamentale sunt inhibitate și lente. Cercetări clinice au indicat și la om unele forme de „depresie sezonieră”,- care se manifestă cu preeminență în sezonul rece și cu luminozitate redusă. Prin contrast, în zonele tropicale și subtropicale, inhibiția depresivă pare a fi, statistic, mai rară;...iar manifestările dezinhibate de tip maniacal mai exprimate. Cu toate aceste observații, psihismul omului - care de multe mii de ani e capabil să-și asigure termo-reglarea, - apare

ca fiind mult mai puțin sub influența periodicității ciclurilor cosmice sezoniere decât psihismul animalelor (deși ciclicitatea circadiană se păstrează). Totuși, nu ar trebui ignorat faptul că până în urmă cu secol, o importantă periodicitate sezonieră s-a păstrat și în viața omului „în general,, prin dependența sa de producția agricolă. Brutalitatea cu care se manifestă uneori episoadele ciclice ale maniei și DM, sugerează că această ritmicitate ancestrală se menține parțial, subjacent, în fundalul neexprimat al bio-psihismului uman.

Alt model care a fost invocat de evoluționiști este 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 (abdomenul, testiculele);...iar în consecință, e „lăsat în pace,,. Aceste modele de inhibiție și sumisiune areactivă corelate confruntărilor agresiv anxiogene dintre indivizi, au însă o legătură doar marginală cu depresia umană; modelul trimițând în psihopatologie în primul rând spre leșinul histeric, stuporul reactiv și sindromul cataton. Totuși, funcția adaptativă a comportamentelor retractil inhibate reactive se cere a nu fi ignorată în ansamblu, dacă ținem seama și de nevoia de refacere a organismului și psihismului după boală, infecții, epuizări, înfrângeri. Ar mai fi de reținut comportamentul particular, neliniștit agitat..dar apoi inhibat apatic, oricum dezadaptativ, ce se instituie la separarea copilului mic de persoana de atașament. La om, psihanaliza a descris la sugar, spre sfârșitul primului an când se instituie relația de atașament, o „depresie anaclitică,, (Spitz). Referința specială pentru depresie o constituie însă doliul, care, ridică probleme antropologice speciale.

Doliul se instituie în urma pierderii unei persoane de interpătrundere intimă a subiectului cu o persoană de atașament, relație ce prezintă importante specificități umane. Omul, născându-se cu un creier imatur ce continuă să se dezvolte postnatal, își achiziționează și diferențiază psihismul pe parcursul primilor trei ani, printr-un atașament postnatal intim și prelungit față de persoana de îngrijire; a cărui imago este pe acest parcurs „introjectat,, în propriul psihism, într-o instanță intrapsihică specială (*internal woking model*—în formularea lui Bowlby). Instanță în care, persoanele de atașament sunt asimilate și pe parcursul vieții, ajungând astfel să facă parte din „sinele său extins,,. Pierderea unei astfel de persoane apropiate, poate fi considerată o „amputare a organismului psihic extins,, al subiectului. Încă din prima copilărie, despărțirea de persoana de atașament este trăită neplăcut, ca disconfort ce induce neliniște, plâns, tristețe, anxietate, panică, agitație..apoi, inhibiție detașată. Această depresie de separare de persoana de atașament – *anaclitică*-, poate fi considerat prototipul tristeții la pierderea unei persoane dragi.

Doliul uman de la vârsta adultă mai are însă menționata particularitate, că el se manifestă în atmosfera culturală specială a unei colectivități date,

dimensionată prin norme, valori și credințe. La înmormântare participă întreaga familie, rudele, cunoștințele, oficiindu-se o slujbă religioasă. Subiectul resimte astfel că, el a fost și este integrat într-o comunitate socio-spirituală, care-l protejează; și care-i va respecta perioada oficială a statutului - și rolului său - de doliu, în care contactele și solicitările sunt reduse; iar manifestările publice expansive, restricționate. Comunitate care, crede tradițional într-o viață de după moarte,.. în care "personajul" celui decedat va persista (cultul strămoșilor fiind una dintre cele mai vechi practici ritualice culturale). Această ieșire din „prezența la prezentul comunitar cotidian” este reprodusă astfel simbolic de cel îndoliat, tocmai prin retragerea sa temporară din participarea curentă la viața colectivității. Condiția psiho-culturală a doliului e deci mult mai complexă decât pierderea sau despărțirea definitivă de persoana de atașament.

Depresia se poate întâlni la om reactiv nu doar în pierderea doliului, ci în multiple condiții de pierdere. Pierderea se referă , într-o primă perspectivă, la o posesiune exterioară: .omul pierde ceea ce are,..averea..banii..bunurile ce le posedă. Dar în spatele acestui aspect al exteriorității existențiale - a dimensionării persoanei prin „a avea,, -, se întâlnește dimensionarea sa prin alcătuirea și constituția sa intrinsecă, definitorie. Iar în această perspectivă, dimensiunea persoanei umane poate „incorpora,, diverse aspecte socio-culturale, cea mai evidentă și pregnantă fiind, desigur, „persoana iubită,, de atașament; a cărei pierdere conduce la paradigmatica depresie a doliului, tocmai menționată; care, așa cum s-a discutat, e de fapt o afectare a unei dimensiuni interioare a psihismului persoanei, vizând o „alteritate introjectată,,.

Pot fi acum trecute în revistă însă și alte „bunuri structurale și intime ,, pe care subiectul le poate pierde, trăind în consecință, reactiv, o situație negativă depresivă,, - de tipul doliului,,. Omul își poate pierde idealurile, speranța în ceva mai bun, valorile de care s-a atașat; sau, casa în care locuiește, patria, poziția sa socială ierarhică statutară, 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 secundă,, culturală a persoanei sale, în care subiectul e integrat; și de care el e atașat...conducând la menționa ta „amputare existențială,,.

Pe lângă pierderi, un al doilea eveniment a cărei semnificație e depresogenă, îl constituie **eșecul**. Un eșec 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.

Proiectul de care subiectul era atașat, în care a investit și în care a eșuat..era pentru el o parte constituentă a propriei existențe, a propriului eu, care ajunge în împrejurarea eșecului la un final negativ - spre deosebire de cazul când totul se ternă cu succes,... fapt urmat de o scurtă perioadă de bucurie și uneori sărbătoare (model pentru stările maniacale). În cazul eșecului, urmează o perioadă de depresie – care e mai lungă decât menționata sărbătoare a succesului -, resimțită subiectiv neplăcut...cu retragere temporară dintr-o prezență activă la lume...însoțită de odihnă și reflexie...de recuperare.. de analiză și elaborare a unor noi strategii. Această retragere inactivă - cu repliere pe sine și reflexie – e însă o perioadă necesară, adaptativă, utilă psihologic și existențial.

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 productiv exterioară, 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 SUBIECTIV INTERIOR**.

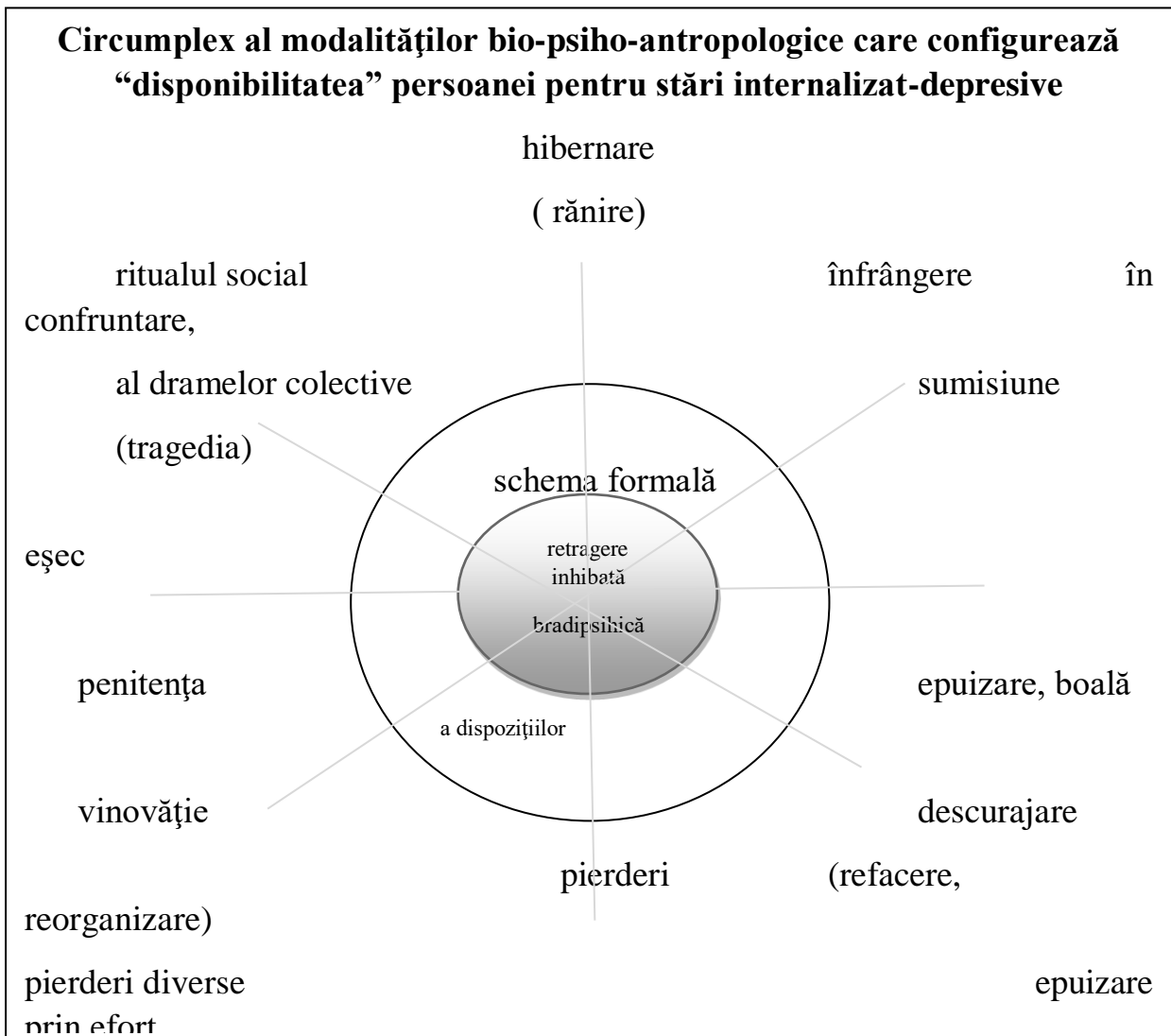
Dacă extragerea din temporalitatea prezentului situațional cu repliere pe sine, pe propriul trecut (resimțit ca lipsit de valoare și vinovat) poate fi considerată o caracteristică standard a sindromului depresiv, merită subliniată cu această ocazie agregarea psihismului depresiv spre zona SPAȚIALĂ aparte 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 corelează cu autodeprecieri – ce apare de obicei ca o consecință a eșecurilor și înfrângerilor – pentru a configura tematica de bază de care depresivul reactiv și patologic se preocupă, în intimitatea reflexivă spațiului său subiectiv interior, spre care condiția depresiei îl precipită. Acestea se înscriu și între principalele teme ale delirurilor depresive, alături de tematica hipocondriacă, de ruină și negație.

7/ DIPONIBILITATEA TEMPERAMENTAL CARACTERIALĂ PENTRU MANIFESTRI DEPRESIVE.

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 și dimensiuni existențiale 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.

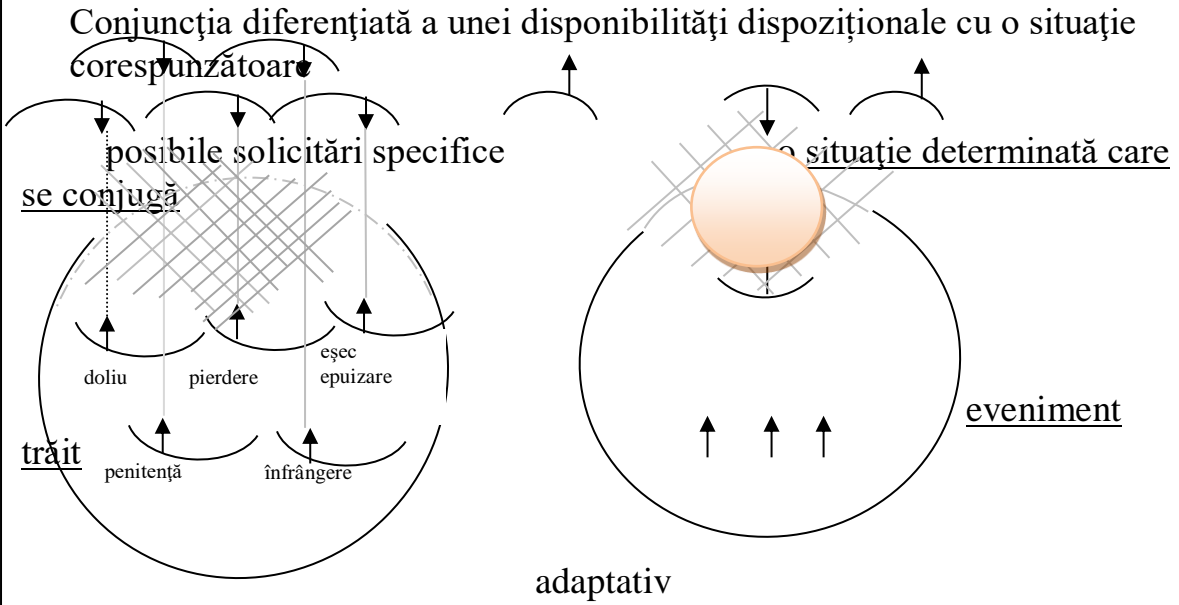


Depresia ce e suferită în cazul eșecurilor, pierderilor și mai ales a doliului, nu e însă determinată – așa cum deja s-a analizat - doar de semnificația evenimentului...care e, în cele din urmă, o secvență dintr-o desfășurare uneori ciclică; ci de o intervenție “organismică”, instrumentală (organ = instrument), 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 - chiar dacă nu cu decizia subiectului - ca strategii circumstanțiale adaptative în diverse secvențe ale vieții unui om ce-și trăiește unica sa viață.

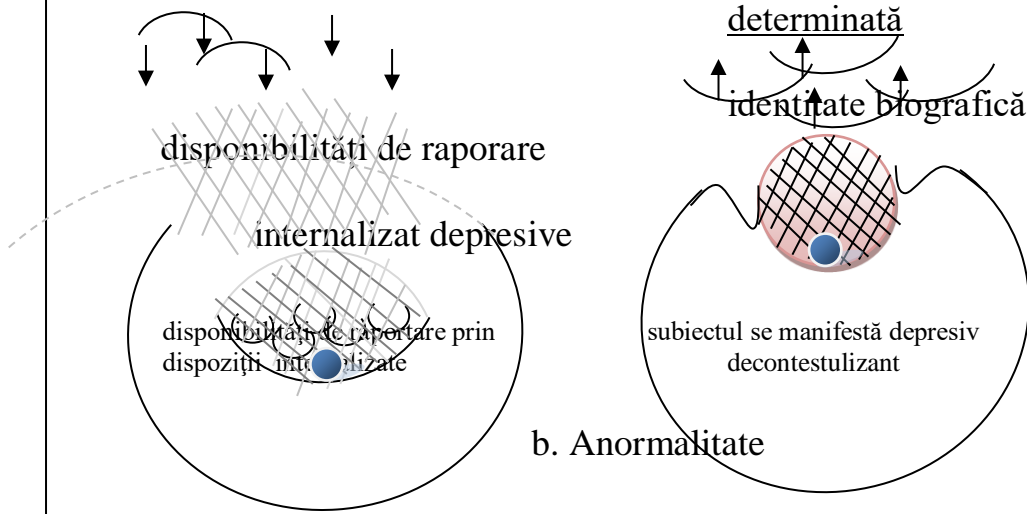
Chenar 18

Dinamica dispozițiilor internalizate

a) Normalitate



cu o dispoziție determinată



depresie anormală

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. Dar **acest pol expresiv spectacular și narativ de „scenariu,, al condiției depresive, nu anulează dimensiunea ei de „trăire,, subiectivă aparte, din registru negativ, de suferință, de pathos și chin uman, intim trăit.** De-a lungul unei vieți obișnuite, un om are nenumărate ocazii în care își poate exercita – și astfel „exersa” dar și „trăi,, în multiple variante psiho-antropologico culturale - disponibilitatea sa pentru „trăiri internalizate de tip depresiv,,; fiind de așteptat ca în fiecare persoană să regăsim, mai mult sau mai puțin dezvoltată, o „structură-funcțională dispozițional-depresivă”

Ceea ce ar urma să clarifice psihopatologia, se referă la tranziția acestui modului psihoantropologic funcțional al tristeții - ce se actualizează periodic flexibil- adaptativ -, în ipostaza de organ aflat în disfuncție. „Modul 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.

2.5 SINDROMUL DEPRESIV ȘI COMPLEXUL STĂRILOR DISPOZIȚIONALE.

Depresia se manifestă, în viața cotidiană și în psihopatologie, de obicei mixtă în diverse proporții cu alte trăiri dispoziționale, de tip anxios, iritabil, de detașare, anergice.

În DSM-5 se menționează frecvența crescută a coexistenței Depresiei Majore cu **anxietatea**, propunându-se la un moment dat chiar acceptarea explicită a unui diagnostic mixt al acestei variante „neliniștite,, de tulburare dispozițional comportamentală „internalizată,, etichetabilă ca tb. *distimică*, de „*distress*,,.

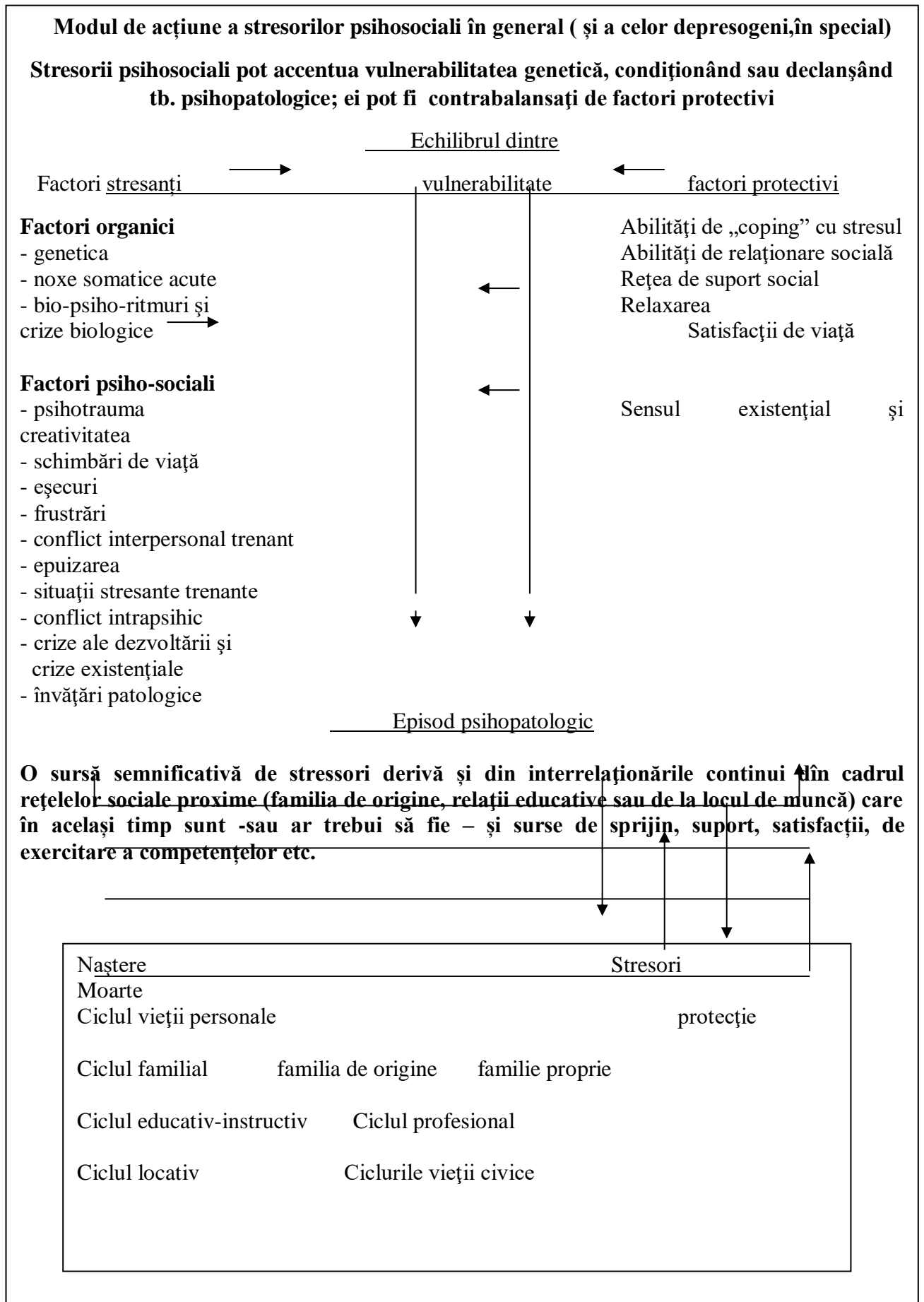
Întreșererea dintre depresie, anxietate și iratibilitate se manifestă însă și în variante ușoare, ce nu pot fi etichetate ca psihopatologice, în cadrul vieții cotidiene obișnuite. Această manifestare firească dar persistentă, a stat la baza diferențierii uneia din cele cinci dimensiuni caracteriologice bazale în modelul

FFM, sub eticheta de „nevroticism,, sau „afectivitate negativă,, (cealaltă fațetă a acestei manifestări fiind calmul, liniștea și echilibrul emoțional dispozițional). Dincolo de acest aspect al normalității, în psihopatologie, la toate nivelurile de intensitate, anxietatea e condiția cea mai frecvent comorbidă a sd depresiv. Această apropiere ar putea fi comparată - simetric – cu cea dintre dispoziția de relație (maniacă) și cea agresivă (prima, putând avea și variante euforice, sărbătorești). În cazul depresiei, varianta sa tipică-paradigmatică ar urma să fie considerată cea inhibată, ce poate conduce la stupor (catatoniform). 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 prezent această cazuistică se află sub lupa unor condiționări multifacetate.. din perspectiva doctrinei vulnerabilitate/stress.(Chenar...). Aceasta analizează particularitățile terenului personalistic - particularități temperamentale, experiențe negative în prima copilărie și pe parcursul biografiei, învățări patologice în ontogeneză -....conjugându-le cu cumulul de stressori recenți (secvențiali..continui..de conflict intrapsihic,,de eșec..etc) și cu deficitul factorilor protectori (suport social,..coping cu stresul..capacitate de relaxare,.. satisfacții etc). Ca bilanț a unor astfel de analize, se pot descifra „perioade de dezadaptare,, ce se manifestă prin expresivitatea predominantă a depresiei, anxietății, iritabilității. Această viziune eclectică, implică dimensiunea identitară a temperamentului caracterial și a biografiei (a parcursurilor preocupărilor, proiectelor, relaționărilor), ca fundal al manifestărilor situațiilor actuale. (Se poate aminti la acest nivel și sugestia circumscrierii unei zone psihopatologice speciale centrată de cuplul depresie-anxietate, – ca cea a *cotymiei* - pe care o comentează P. Tyrer; care include și TP din clusterul C din DSM-5).

Dincolo de sincretismul unor astfel de abordări, atât dispoziția afectivă depresivă cât și cea anxioasă (și, desigur, cea de relație și agresivă) își păstrează și un profil propriu, atât în normalitate cât și în psihopatologie. Anxietatea e instructivă în această direcție deoarece, nu deconectează subiectul de situațiile actuale, ca depresia,.. menținând astfel un evantai mai diferențiat de manifestări. Astfel, în aria psihopatologiei anxioase – nepsihotice - apar manifestări ca: – Atacul de panică.. ca echivalent al stărilor acut-emoționale, 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 atutomutilări, 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.

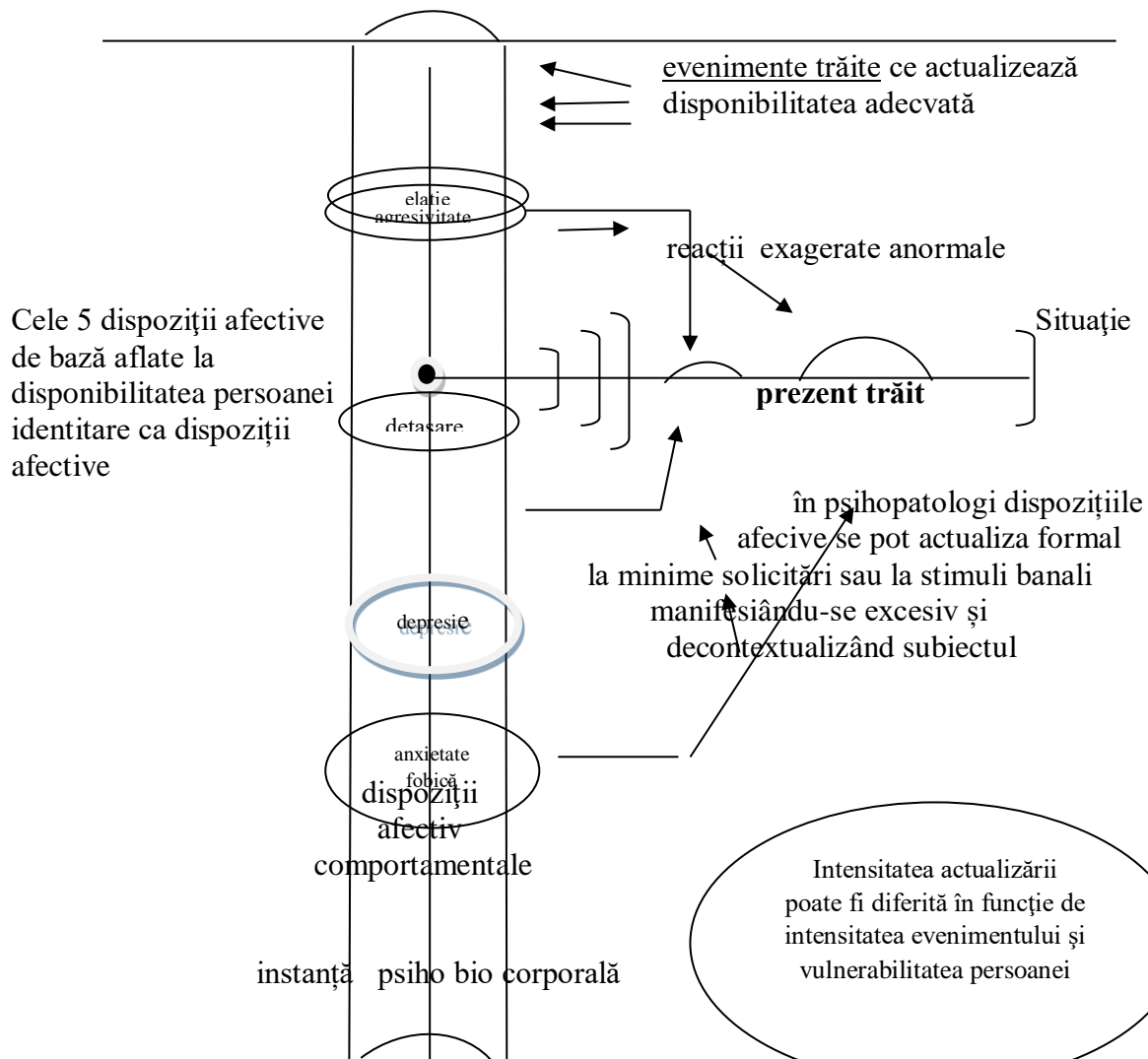
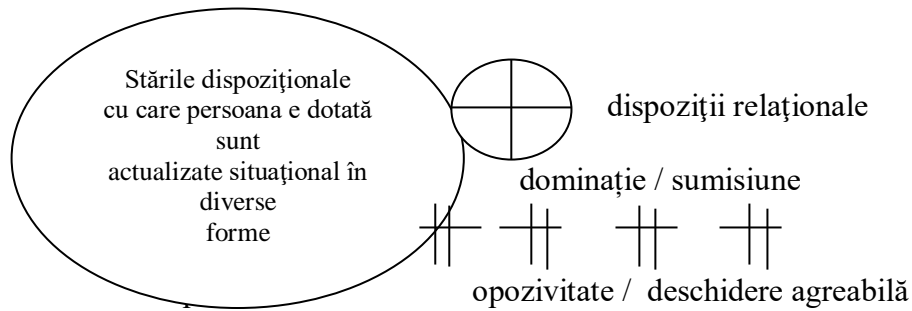
O modalitate aparte de mixtare dispozițională e cea dintre depresie și dispoziția detașării neimplicante, specifică depersonalizării. Psihopatologia clinică a subliniat în repetate rânduri conjuncția sd de depersonalizare/derealizare atât cu Atacul de Panică cât și cu sd depresiv, inclusiv în variantele 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

Comparația dintre variate forme ale dispozițiilor afectiv comportamentale, fac constant trimitere la aspecte particulare ale relaționărilor interpersonale. De aceea, ar merita să nu se ignore faptul că, în această perspectivă intervin și modalități speciale de dispoziție care sunt sistematizate de circumplexul interpersonal.

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-organic, ca un sistem de instrumente (= organe) aflate la dispoziția subiectului, prin care el se deschide și se poziționează optim în raport cu semnificația situațională dată. Anxios dacă aceasta sugerează un posibil pericol, mai adecvată atitudine, în raport cu anumite categorii specifice de solicitări ambientale:- Într-o manieră de așteptare încordată, investigatorie – dacă semnif.- - În modalitate de concentrare ergic luptătoare...dacă subiectul receptează o provocare agresivă....- Într-una de relație 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 de retragere inhibată.. în vederea refacerii și reorganizării, dacă a fost marcat de eșec, pierdere, înfrângere. Această structură a disponibilităților temperamental-caracteriale, care în normalitate e flexibil, adaptativă, devine rigidă și simplificatoare în psihopatologie,,putându-se actualiza grosier și monoton, cu o variantă simplificată formal de dispoziție depresivă, anxioasă, agresivă sau de relație maniacală,..la minime solicitări nespecifice.

Dispozițiile afective ale temperamentului ce se pot actualiza situațional

Circumplex Interpersonal



Dispozițiile afective odată ce sunt actualizate, modelează recepția semnificațiilor perceptiv și repertoriul modelelor comportamentale ce trec în prim plan pentru a fi utilizate, dând astfel un contur specific manifestării subiectului în situația dată. Starea dispozițională e o semnificativă componentă a structurii **prezentului** pe care-l trăiește un subiect, implicat într-o situație problematică actuală, pe care o rezolvă.

Durata și structura acestui „**prezent trăit**”, se circumscrie pe fundalul identității biografico caracteriale (încorporată și circumscrisă social) a unui subiect dat, ce e constant angajat într-un evantai de proiecte realizatorii și preocupări relaționale; toate acestea încadrând și desvoltând respectivul prezent, susținut de dispoziții afectiv comportamentale și raportări relaționale.

În normalitate, intrarea în scenă a stărilor dispozițional afective e mobilă și flexibilă, manifestându-se în variate combinații; aspect ce se reduce până la dispariție în psihopatologie.

DEPRESIA, TRĂIREA CORPORALITĂȚII SI PROBLEMATICA MEDICALĂ

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 uneltee 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.

În depresie întâlnim multiple simptome obiective și subiective ce implică corporalitatea, de la dificultăți ale utilizării mușchiulaturii striate – lentoare și inhibiție psiho-motorie, cu eventual stupor –, la tulburări în aria organelor servite de mușchiulatura netedă.-. cu spasme pe organele interne ..mai ales în arie digestivă (constipație), urinară și vasculară (stază biliară ..migrene). Dar și simptome subiective:....corpul e resimțit greu ca de plumb se accentuează durerile subclinice...apar cenestopatii. Crește modul de suferință și exprimare a bolilor cronice... cresc infecțiile (prin scăderea imunității)se manifestă dezinteres pentru aspectul corporal în public.. sau dismorfofobie.. hipocondrie etc. ..subiectul se poate pedepsi corporal.. se automutilează...se sinucide...

Data 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 spre moarte, suicid – și nu spre așteptarea calmă a unor perioade mai bune.

În aceeași perspectivă, nu e ușor de transpus nici celalalt 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 dimorfobiei**.. 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 cenoapatiile, „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 cavitate....condiționând reale colici biliare...migrene...etc..

Inhibiția instinctivă scăderea somnului (som 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 igienico-alimentare și de alimentație etc.

Polul corporal al persoanei conștiente , ca și gazdă a subiectivității și sinelui intențional și ca instrument de relaționare perceptiv activă cu nemijlocitul situațiilor actuale.

Psihismul conștient al persoanei umane, centrat fiind de sinele său intențional reflexiv, resimte în permanență propria corporalitate într-o dublă calitate:

– 1/ Cea de sediu al identității sale biografico caracteriale (centrată de sine), care e resimțită subiectiv ca un fundal de durată, constant, al unei originare identității cu sine, bazată pe propria biografie (ce poate fi reamintită și reprezentată subiectiv, cu sentimentul că cele trăite au fost „propriile evenimente,,...,,ale sale,,). În această perspectivă, propria corporalitate e resimțită ca „sediul,, al propriului psihism, pe care oamenii îl localizează intuitiv în inimă (sufletul)..în cap (mintea).În interioritatea acestui „sațiu al corporalității,, e localizată de altfel și subiectivitatea personală, zona din care izvorăsc intențiile, dorințele, gândurile, vorbirea, locul în care se derulează amintirile, reprezentările, imaginările, unde sunt păstrate secretele (astfel încât sentimentul patologic al „insertiei și furtului gândirii,, implică această zonă „intracorporală,,).

– 2/ Cea de a doua calitate a psihocorporalității e cea de instrument de percepție și acțiune, în raport cu evenimentele ale situațiile actuale, mereu variabile, la care participă; și care sunt în mare măsură obiectivabile. Între acești doi poli, se desfășoară instanța proiectelor, preocupărilor și relaționărilor cu alții, care învăluie și asigură un spațiu de manevră pentru trăirile actuale.

Funcția de raportare instrumentală nemijlocită la ambianța situațională poate fi considerată, și ea, în mare măsură o moștenire biologică; la om ea complexificându-se prin instrumentalitate uneltelor, pentru medierea între agenția personală și realitatea ambientală, atât cea fizico biologică cât și cea specific umană - inclusiv cea a logosului și a altor persoane. Folosind organele (deci instrumentele) propriului său corp, omul – la fel ca animalele – obține informații actuale din ambianță și acționează.

În această perspectivă, propriul corp este toposul de referință din care emerg coordonatele bazale ale spațio-temporalității fenomenologice a trăirilor personale. În raport cu acest „loc,, (topos) special al corporalității proprii, unele obiecte, lucruri și evenimente pot fi considerate mai apropiate sau mai îndepărtate, mai mult sau mai puțin accesibile fizico biologic) de către subiect – pe diverse căi, cu mai multe sau mai puțin obstacole, folosind varii mijloace de sprijin. Deasupra acestui strat bazal se desfășoară alte planuri de fenomenalitate spațio temporală și tematică (cu specifice orientării, distanțe, apropieri și îndepărtări), cu referință la instanța relaționărilor cu alții... sau la planului reprezentational al narativităților culturale.

Acest eșafodaj se perturbă în patologia maniaco depresivă...cu proiecția aplatizată în viitor a maniacalului...și replierea pe trecut restrictivă a depresivului.

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 anulată nici posibilitatea suicidului.

DEPRESIA ȘI TULBURAREA DE PERSONALITATE.

DSM-5, deși nu are o categorie specială pt o tb. depresivă (cum avea sistematica lui K Schneider și cea mai recentă a lui Millon), are un întreg cluster C, în care depresia - secundată de anxietate – e considerată ca un fundal de bază. În acesta sunt incluse: - TP dependentă, în care se exprimă o marcată disfuncție a autonomiei sinelui, cu continuă dependență de un altul asertiv și dominator (ca în depresia anaclitică a lui Platt); - TP evitantă, în care se impune aproape explicit o anxietate fobică interpersonal socială, cu nevoie de protecție: - TP Obsesiv Compulsivă, la care predomină tendința de control situațional, relațional și autocontrol, cu preocupare perfecționistă față de organizarea activităților realizatoare suprapersonale. Tendință „anancastă,, ce include și o excesivă preocupare față de ordine. Acest aspect a fost comentat amplu spre sfârșitul sec XX de psihopatologul fenomenolog Tellembach, odată cu descrierea unui Tipus Melancolicus, fascinat de ordine și perfecționism suprapersonal, care se decompensează depresiv la schimbări de viață. Profil psihopatologic ce se conjugă cu analizele mai recente ale lui Blatt, privitoare la varianta „introjectivă,, a depresiei, corelată eșecurilor în proiecte perfecționiste; și ridică problematica gestionării structurilor de ordine socio culturale, în perspectiva perturbării psihoritmurilor antropologice.

Un aspect deosebit se manifestă atunci când ajungem la intersecția **Depresiei Majore Recurente – ca „port-drapel,, psihopatologic al tulburărilor dispozițional comportamentale „internalizate,, - cu dispoziția externalizat-maniacală -**, care constituie baza tradiționalei Tb. Bipolare Maniaco Depresive, comentată deja de Kraepelin ca psihoză endogenă cu evoluție ciclic periodic

DEPRESIA UMANĂ ȘI CONDIȚIA DELIRANTĂ.

Psihopatologia psihotică a delirului extrage subiectul din raportarea sa firească și integrativă în situațiile actuale ale vieții cotidiene comunitare, transpunându-l pe o scenă ocupată de entități și scenarii fictive, el însăși devenind un astfel, de personaj; nouă condiție identitară care e pentru el evidentă, în care crede în mod absolut, fără a pute fi convins prin argumente de neadevărul ideilor sale. Această transpoziție identitară - depersonalizant-transpersonalizantă - e deseori însoțită de anormalități perceptive – mai ales de semnificație, dar uneori și de neoformații halucinatorii. Relaționarea cu alții e distorsionată, mai ales pe diagrama intim/public, uneori putându-se manifesta și **paranoidia (în delirul paranoid obișnuit, dispoziția afectivă preeminentă e cea anxio-fobică, cu tentă depresivă)**. Tematica delirurilor derivă din modalități normale de resimțire a condiției identitare (și relaționale), care devin însă exagerate și aberante, prin scenariul în care ajung să fie plasate.

Pentru persoana depresivă, preocupările identitare firești sunt cele de neputință, autodevalorizare și culpă; la care se adaugă - mai ales în variantele marcate de anxietate – preocupări hipocondriace și dismorfo-fobice (corelate depersonalizării corporale). Schimbarea de direcție a orientării intenționale a depresivului – care îl trimite spre zona negativă a **suferinței, catastrofei, ruinei, negației inexistenței**, se poate reflecta și în tematica sa delirantă.

În cazul tb. dispozițional internalizat depresive, se pot întâlni multiple preocupări prevalențiale negative privitoare la corporalitate, sănătate, vinovăție etc.; care nu au de ce să fie etichetate automat ca delirante. Tematica poate însă căpăta o variantă delirantă congruentă odată cu transpunerea pacientului în condiția unui personaj dintr-un scenariu fictiv. Procesul e mai dificil de identificat la depresiv decât la maniacal, datorită dificultăților de comunicare. Preocuparea hipocondriacă poate fi inclusă în scenarii fantastice, de ex. prin convingerea că „sunt bolnav de Ebola și am infectat întreaga Europă”). Sau poate îmbrăca formula delirului **depersonalizant Cotard**, de negare atât a funcționării organelor cât și a însăși existenței personale („eu nu mai am stomac și inimă.. sunt mort de mult.. sunt condamnat la viața eternă, în chinuri, etc.”). În perspectiva culpabilității, pacientul se poate considera cel mai vinovat om din lume, responsabil pentru tragedia întregii umanități. Implicarea altora – de obicei indirectă - poate fi comentată însă doar în rarissimele cazuri delirante de „convingere în ruina și suferința universală”, când depresivul recurge la omorârea altruistă a familiei, înainte de a se sinucide: “pentru ca cei pe care-i iubește să nu-și continue chinurile”

Pe lângă cazuistica ce identifică convingeri delirante în cadrul unui sindrom depresiv clinic definit, în psihopatologie sunt frecvente coexistența dintre cele două sindroame sub forma acompaniamentului depresiv (de diverse intensități și forme) a unei patologii delirante, monotematice sau cu variate teme și scenarii. În ultimul timp se acordă atenție crescută nu doar episoadelor

etichetabile ca „schizo-afective,, ci mai ales celor „delirant-afective (depressive),, – ICD-11.

Raportarea firească a persoanei conștiente la situațiile actuale, ca referențialul normal al comprehensibilității sd. depresiv - caracterizat prin retragerea sa din prezentul situațional și replierea pe trecut.

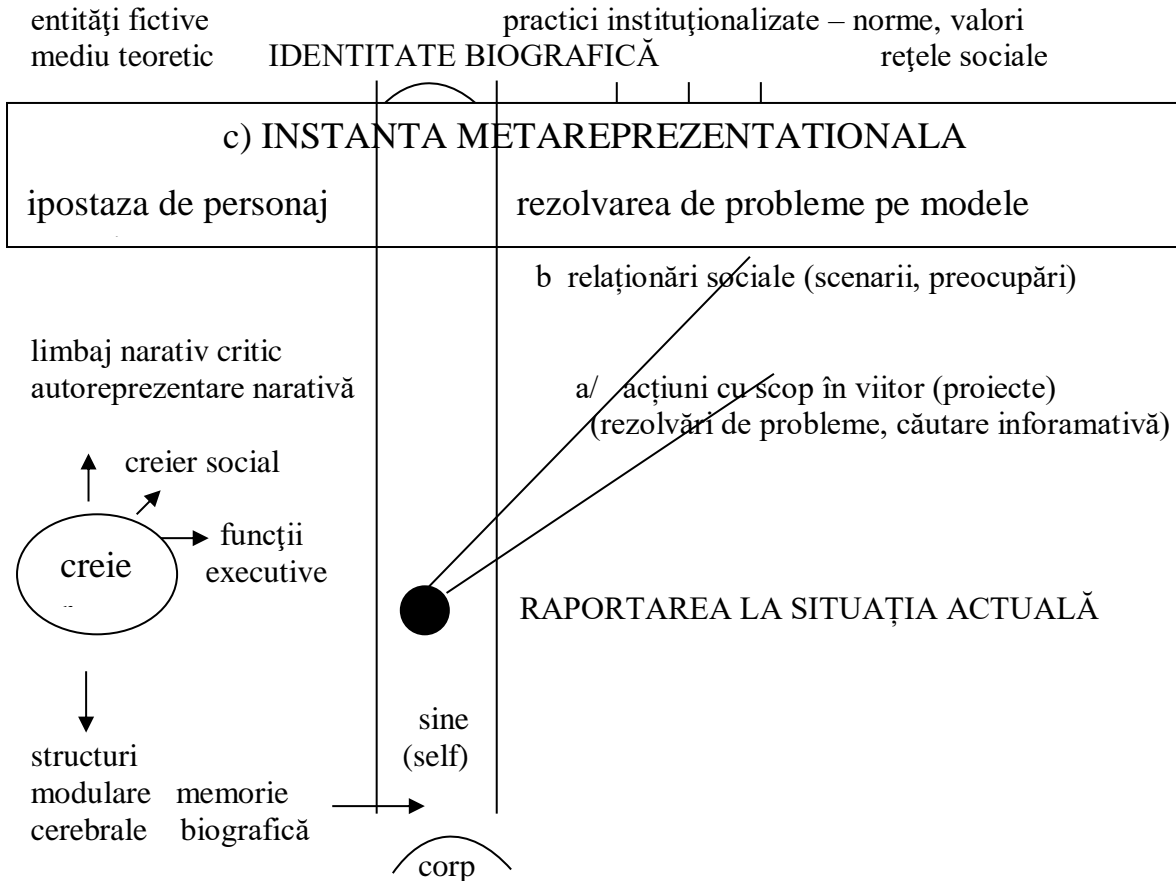
Psihopatologia în ansamblul ei, poate fi privită și ca un ghid care ne provoacă să descifrăm infrastructura psihismului specific al persoanei umane normale, ce rezultă dintr-o îndelungată antropogeneză (de peste un milion de ani), din evoluția lui homo sapiens, din istoria culturală de mii de ani și..în cele din urmă.. din ontogeneza sa. Prin manifestarea distorsionată a tristeții normale din sd depresiv – și prin cel maniacal, ce proiectează subiectul spre viitor - psihopatologia ne atrage pregnant atenția asupra celor doi poli principali, între care se organizează și se desfășoară existența psihică cotidiană a persoanei normale: - polul identității biografico caracteriale.. și: - polul angajării în situații actuale problematice.

Orice individ, orice persoană umană, are o existență determinată, delimitată în timp și spațiu, în mijlocul unei socio culturii istorice,..existență ce se desfășoară între nașterea și moartea sa biologică, într-un context uman socio-cultural, determinat istoric. D.p.d.v. psihologic, derularea acestei existențe e susținută de corporalitatea biopsihologică, identitatea subiectului fiind circumscrisă și prin parametrii socio culturali, constituindu-se progresiv prin integrarea experiențelor de viață pe care subiectul le trăiește – în mediul său lingvistic și de relaționări interpersonale intime și publice; experiențe ce se desfășoară prin rezolvarea unor situații actuale problematice.

Raportarea la o situație actuală are o structură și o durată anume, ce derivă din receptarea perceptivă și descifrarea semnificației unei probleme actuale, și angajare – susținută dispozițional – în rezolvarea activă nemijlocită a acesteia; situație actuală ce se articulează firesc cu proiectele și preocupările constante ale subiectului; și care - ca eveniment trăit – se depune în memoria biografică, de unde poate fi reactualizată și narată.

Trei domenii specifice psihismului uman :

**a/acțiunea cu scop, b/ relaționarea socială și
c/metareprezentarea narativă și operativă**



Evoluționismul cultural analizează câteva aspecte specifice ale psihismului uman precum:

- Pe parcursul antropogenezei, odată cu producția de unelte, se dezvoltă în neuropsihismul uman „funcțiile executive”, ce susțin realizarea unei acțiuni cu scop, în conformitate cu un plan.
- Pe parcursul antropogenezei se dezvoltă funcțiile cognitive și relaționării interpersonal-sociale – „creierul social”, ce se corelează cu atașamentul și introjectarea imaginilor altora.
- La homo sapiens se dezvoltă limbajul conversațional și cel narativ critic, ce menține un „mediu teoretic” supraindividual; în care se afirmă entități fictive, norme și valori. Individul uman are un creier capabil să-și însușească acest limbaj – ce operează cu entități fictive și abstracte – și să-l folosească, utilizând o gramatică generativă, pentru: comunicare informativă, relaționare descriptivă, calcul, speculații asupra fundamentelor; și o modelare metareprezentatională, în care realitatea dată e reformulată în scenarii probabiliste (centrate de autoreprezentarea sa ca personaj); asupra căruia operează cu probabilități, pentru soluționarea problemelor actuale, teoretice și practice.

Între fundalul identității biografice și nemijlocitul situațiilor actuale, legătura e realizată de trei structuri psihice intermediare, ce s-au diferențiat pe parcursul antropogenezei:

- **a/** Acțiunile orientate spre un scop în viitor, ce includ căutarea de informații, rezolvarea de probleme și producerea de rezultate, țintirea unor obiective relaționale, socio culturale; și care se bazează pe „funcțiile executive,, proiectând și executând un plan bazat pe etape ordonate succesiv;

- **b/** Relaționările interpersonal sociale, desfășurate pe o diagramă intim-public,.. comunicaționale și cooperative (inclusiv de atașament, inter-influențare motivațională, de exercitarea a unor statute și roluri sociale); dimensiune ce include preocupări, cu scenarii care implică clarificări (și care se bazează pe funcțiile „creierului social,,) și

- c/ Rezolvarea de probleme pe modelări teoretice probabiliste și prin scenarii narative, ce se desfășoară cu entități fictive.

Aceste trei modalități și dimensiuni de manifestare, articulează deci identitatea biografico caracterială de lume, prin intermediul situațiilor problematice actuale, a proiectelor și preocupărilor de durată.

Trăindu-și nemijlocit identitatea și centrat fiind de sinele său agențial, intențional și reflexiv, subiectul resimte continuu în fundalul conștiinței sale că, trăirile sale „îi aparțin lui,, (sentiment de „apartenență,, – *ownwership* - a sinelui); și că „el însăși,, este autorul gândurilor și acțiunilor sale (*agenția* sinelui intențional reflexiv). El se simte identic cu sine de-a-lungul timpului, coerent, centrat prin sinele său agențial și delimitat de lume, alții și situațiile actuale. Subiectul se autoevaluează, are o părere despre sine, o variabilă încredere în sine și se poate autocaracteriza prin povești biografice. Pornind de la dimensiunea sa identitară biografico caracterială, subiectul se deschide și se atașează de situații problematice actuale - orientat fiind prin stările sale dispoziționale -, se angrenează în proiecte, creează și colaborează cu alții, pe parcursul unei existențe cu sens.

Persoana își derulează existența sa, dintre naștere și moarte, în mijlocul lumii sale umane socio culturale, dimensionată prin logos, prin narativități și teorii. A unei lumi umane ordonată prin norme și valori, în cadrul unor rețele sociale distribuite pe o axă intim/public; rețele ce sunt incluse într-o complexă și coerentă structură de practici instituționalizate. Lume ce-și afirmă cunoștințele prin narativități și teorii, mai mult sau mai puțin științifice. Lume în mediul cărora persoanele există. Pe care o invocă, o utilizează o modelează.

.Psihopatologia depresiei și specificul psihismului uman. Odată cu modalitate de raportare distorsionată la situațiile actuale a Depresiei Majore (și, în oglindă, a Episodului Maniacal), psihopatologia ne atrage pregnant atenția asupra celor doi poli principali între care se organizează și se desfășoară existența psihică cotidiană a persoanei normale: – Polul identității biografico caracteriale pe de o parte, centrat de sinele intențional reflexiv (înrădăcinat în

propriul corp și circumscris social) și:- Polul angajării în situații actuale problematice (articulate cu proiecte, preocupări și relaționări interpersonale).

Psihopatologia în ansamblul ei, poate fi privită și ca un ghid care ne provoacă să descifrăm infrastructura psihismului specific al persoanei umane normale, ce rezultă dintr-o îndelungată antropogeneză (de peste un milion de ani), din istoria culturală de mii de ani și..în cele din urmă.. din ontogeneza sa (pe care sa centrat psihanaliza). Psihism care, poate ajunge în condiția deficitar distorsionată a unui caz psihopatologic dat. De aceea, de la începutul abordării analitice și a efortului de a descifra psihopatologia, merită să reflectăm asupra coordonatelor de bază specifice ale acestui psihism uman; fiind în același timp conștienți că orice individ are o existență determinată, delimitată în timp și spațiu, în mijlocul unei socio culturii istorice.

Insistând asupra polarizării dintre dimensiunea fundalului identității caracteriale și cea a raportării la nemijlocitul situațional, menționăm alte trei astfel de dimensiuni intermediare ale psihismului rezultate din antropogeneză, care susțin articularea identității personale la situațiile lumii sale: - **a/** Acțiunile orientate spre un scop în viitor, ce includ căutarea de informații, rezolvarea de probleme și producerea de rezultate, țintirea unor obiective relaționale, socio culturale (și care se bazează pe „funcțiile executive„,proiectând și executând un plan bazat pe etape ordonate succesiv) ale creierului);- **b/** Relaționările interpersonal sociale, comunicaționale și cooperative (inclusiv de atașament, inter-influențare motivațională, de exercitarea a unor statute și roluri sociale), desfășurate în scenarii care implică clarificări (și care se bazează pe funcțiile „creierului social,,). **c/** Rezolvarea de probleme pe modelări teoretice probabiliste și prin scenarii narrative, ce se desfășoară cu entități fictive, după algoritme probabiliste.

Aceste trei modalități și dimensiuni de manifestare, articulează deci identitatea biografico caracterială de lume prin intermediul situațiilor problematice actuale, a proiectelor și preocupărilor de durată. Trăindu-și nemijlocit identitatea, subiectul resimte continuu în fundalul conștiinței sale că, trăirile sale „îi aparțin lui,, (sentiment de „apartenență,, – *ownership* a sinelui); și că „el însăși,, este autorul gândurilor și acțiunilor sale (*agenția* sinelui intențional reflexiv). El se simte identic cu sine de-a-lungul timpului, coerent, centrat prin sinele său agențial și delimitat de lume, alții și situațiile actuale. Subiectul se autoevaluează, are o părere despre sine, o variabilă încredere în sine și se poate autocaracteriza prin povești biografice. Pornind de la dimensiunea sa identitară biografico caracterială, subiectul se deschide și se atașează de situații problematice actuale - orientat fiind prin stările sale dispoziționale -, se angrenează în proiecte, creează și colaborează cu alții, pe parcursul unei existențe cu sens.

Persoana își derulează existența sa, dintre naștere și moarte, în mijlocul lumii sale umane socio culturale, dimensionată prin logos, prin narativități și teorii. A unei lumi umane ordonată prin norme și valori, în cadrul unor rețele

sociale distribuite pe o axă intim/public; rețele ce sunt incluse într-o complexă și coerentă structură de practici instituționalizate. Lume ce-și afirmă cunoștințele prin narativități și teorii, mai mult sau mai puțin științifice. Lume în mediul căroro persoanele există. Pe care o invocă, o utilizează o modelează.

Păltiniș BIPOLARITATE Prezentarea IV

Bipolaritatea și bio psihio rimurile antro-po cosmice

1/ - Patologia bipolară, maniaco-depresivă ne provoacă la o analiză a prezenței subiectului la lume, prin intermediul **situațiilor actuale** (problematic) ale vieții noastre cotidiene comunitare.

Trăirea unei situații actuale, implicarea noastră firească în „scena prezentului comunitar,, are o structură și o durată, bazată pe problema pe care o vizăm, în care suntem implicați.....trăire pe care o putem ulterior relata.

Această „actualitate trăită,, e un nivel esențial al psihismului personal. Ea e instanța în care se petrece joncțiunea nemijlocită dintre:

...,„interioritatea identității noastre subiectiv biografice - centrată de sinele intențional reflexiv (agențial și cogitant).. ...

.....și....pe de altă parte... problematica lumi „exterioră nouă înșine,, –

2/ Mania și depresia exprimă un specific deficit disfuncțional al raportării și participării subiectului la **prezentul situațional comunitar**, prin:

- proiecția într-un viitor iminent, a toate posibil, cu sprijin doar fragmentar pe un prezent hedonic (în Manie); și

- printr-o replierea pe trecut, cu lipsă de speranță în viitor și dezinteres anhedonic față de prezent, (în Depresie)

Deficitul psihismului personal de organizare și participare la prezentul situațional comunitar, - care se impune în Manie și Depresie - e solidar cu afectarea structurilor sale dezorganizare (temporală)a proiectelor și preocupărilor – care în mod obișnuit articulează prezentul trăit, de instanța identitară.

3/ Mania și depresia din BP se manifestă prin **episoade** ce se instituie **endogen** – fără o cauză circumstanțială evidentă – au diverse intensități, durate și comorbidități, putându-se uneori remite spontan, fără defect clinic și social....dar cu tendință de reapariție periodică....ciclică.....uneori cu alternanța și chiar combinația celor două sindroame polare.

Tabloul clinic și modelul evolutiv al acestor episoade, au sugerat evoluționiștilor o comparație cu perioadele de rut și hibernare.

În biologie perioada de rut e în esență corelată cu problematica multiplicării; masculii se confruntă pentru un rang superior în grup.... producându-se apoi cuplările sexuale.(femele fiind și ele în călduri,,).....totul petrecându-se pe un fundal de energie biologică crescută,..prin care se realizează și amenajarea spațiului (locuinței) pentru noua generație...și îngrijirea acesteia,până la maturare.

4/ Episodul depresiv din BP e până la un punct comparabil cu comportamentul hibernării: inhibiție motorie și instinctivă, lipsa apetitului..(cu progresivă scădere în greutate).. motricitate lentă și inhibată - corelată cu lipsa de inițiativă,de preocupări și proiecte..cu .retragerea inactivă și consum redus de energie (care biologic e adaptativă, în condițiile ofertei reduse de resurse). Conduita inhibată a depresiei se întâlnește în biologie și în stări de rănire sau boală, favorizând refacerea...în condiții protejate.

Dar.....,hipovitalitatea,, perioadei de hibernare face individul mai vulnerabil la noxe... iar la om condiția depresivă se asociază cu o marcată creștere a problematici medicale corporale si a mortalității

5/ Omul, care și-a câștigat de la începuturile antropogenezei o relativă independență față de oscilațiile climei, ar avea motive mai reduse să păstreze această bio ritmicitate sezonieră, la fel cum a păstrat-o pe cea corelată oscilației zi/noapte. Totuși, derularea vieții indivizilor umani nu e indemnă de multiple psiho ritmicități și periodicități specifice; astfel încât, însăși modelul respectiv ar putea fi exersat – indirect - și în planul psihismului uman.

Ceea ce în mod cert se menține și în derularea psihismului uman , e orientarea spontan pro-activă, prospectiv proiectivă,

6/ Psihopatologia episoadelor Maniacale și Depresiv are în mod cert o componentă bio-psihologică, ce a fost constant remarcată,inclusiv prin comentarea de către Schneider a „depresiei vitale,, – marcată de pronunțate inhibiții;..atât instinctive și comportamentale,cât și de deprimare a multor funcții bio-psihice. După cum, în manie se întâlnește uneori efectiv o energie vitală crescută, cu lipsă de oboseală prin absența somnului. Aceste arii de simptomatologie se completează însă cu aspecte specific umane, mai ales corelate autoevaluării, care conduc spre delir.

Deoarece în patologia Bipolară manifestarea „endogen ritmică a episoadelor e una aparte, se cere o scurtă privire analitică și privitor la orientarea proactivă a psihismului specific uman.

7/ Un aspect ce nu poate fi ocolit în psihopatologie este acela că, episoadele clinice maniacale (și unele din cele depresive), se instalează **endogen**, fără o suficientă sau evidentă cauzalitate evenimentială comprehensivă actuală. Analizele detaliate ale doctrinei vulnerabilitate/stres nu au înlăturat această problemă, relevându-se că uneori, stresori negativi pot decompensa (declanșa) un episod maniacal,

De aceea se cere avută în vedere și trimiterea spre normalitatea **procesualității spontan proactive a subiectului.**

Omul e o ființă proactivă, ce în permanență urmărește, în normalitate, realizarea unor variate obiective, repausul și contemplația fiind etape înscrise în structura acestei definiții pro-iectări existențiale.

8/ O minimă perspectivă evoluționistă ne indică faptul că, **întregul fundal al desfășurării vieții bio-psiologice se petrece sub orizontul unei continue procesualități, de-a-lungul unor cicluri succesive:** a nașterii, creșterii și maturizării, a afirmării în cupluri și a multiplicării, iar apoi a îmbătrânirii și morții indivizilor.

„Designul” creșterii și maturizării conduce la mamifere spre manifestarea comportamentelor instinctive, care în biologie sunt acutizate și inhibate periodic, sezonier. Modelul PROTOSELF-ului dezvoltat de Pankseep subliniază faptul că, întreaga funcționare a complexului emotiv-motivațional al animalelor se află sub umbrela **atitudinii proactiv-propensivă a funcției SEEKENG.**

Traectoria dintre naștere și moarte a vieții unui animal, evidențiază continuul său efort - girat și organizat instinctiv - spre reproducere lărgită, implicând familia și specia..biosul în general.Variațiile sezoniere modulează acest fundal.

9/ Pe parcursul antropogenezei omul a păstrat unele din modelele biologice proactive de manifestare, integrându-le în practici instituționalizate, în centrul cărora se plasează munca socialmente standardizată, ritmată altern de sărbători sacrale; și, progresiv, de multiple alte tipuri de sărbători.

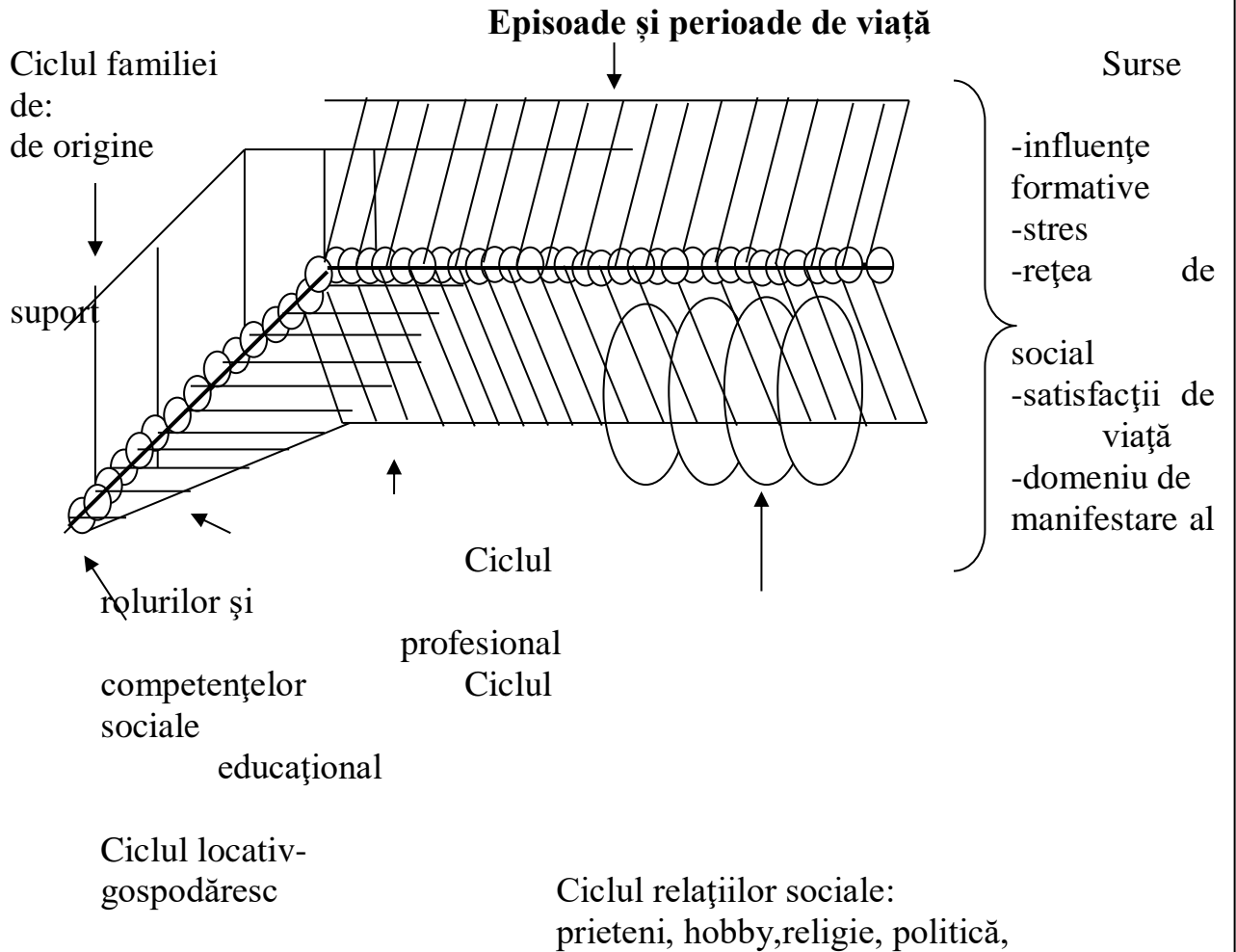
Acestui cadru socio cultural, i se adaugă însă o serie de alte cicluri ale existenței unei persoane, dintre care **multe reiau, în variante culturale, unele cicluri biologice: Ciclul constituirii unei familii proprii și a creșterii copiilor, ciclul formării educative, al exercitării profesionale,** al manifestărilor civice etc.

10/ Ciclurile vieții persoanei se derulează în interiorul unei lumi umane date, susținută de limbajul narativ critic, de norme și valori, de un ansamblu de cunoștințe și credințe teoretice. Încadrarea în ciclurile socio culturale presupune și ea o implicare proactivă a subiectului; **și parcurgerea unor etape, ce presupun deobicei câștigarea și demonstrarea unor competențe de statut și rol. .**

Faptul e vizibil în întreaga structură a acțiunilor, proiectelor și preocupărilor subiectului, ce sunt ancorate în viitor; corelându-se cu principalele episoade și perioade ale vieții personale, integrate în ciclurile sociale menționate (Chenar 51).

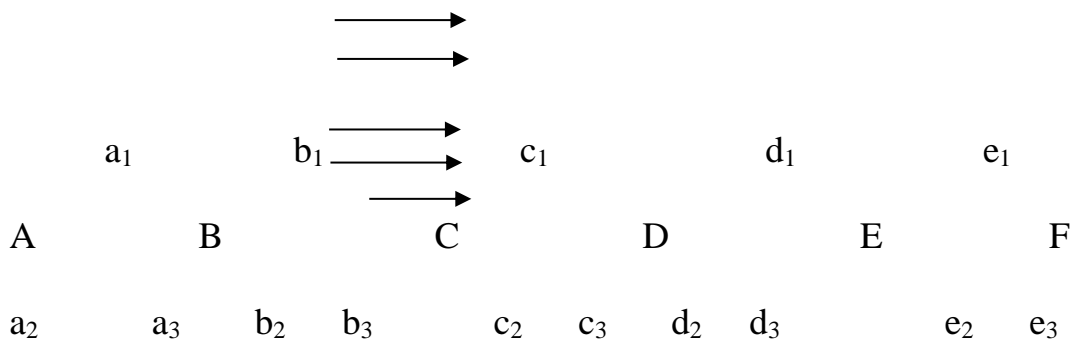
Dacă s-ar cere acum aproximarea unei unități de bază pentru dinamismul specific parcursului de viață al unui subiect, probabil că cel mai pregnant model ar fi cel al unui **proiect**_(Chenar 14).

Ciclurile vieții în perspective rețelelor sociale a persoanelor proximale



prezentul trăit, situațiile actuale, stările reactive, proiectele și preocupările subiectului, se înscriu în cadrul ciclurilor existenței sale, bazate pe ciclurile vieții biologice și a celei socio culturale

Perioade standard ale ciclului unei familii monogame



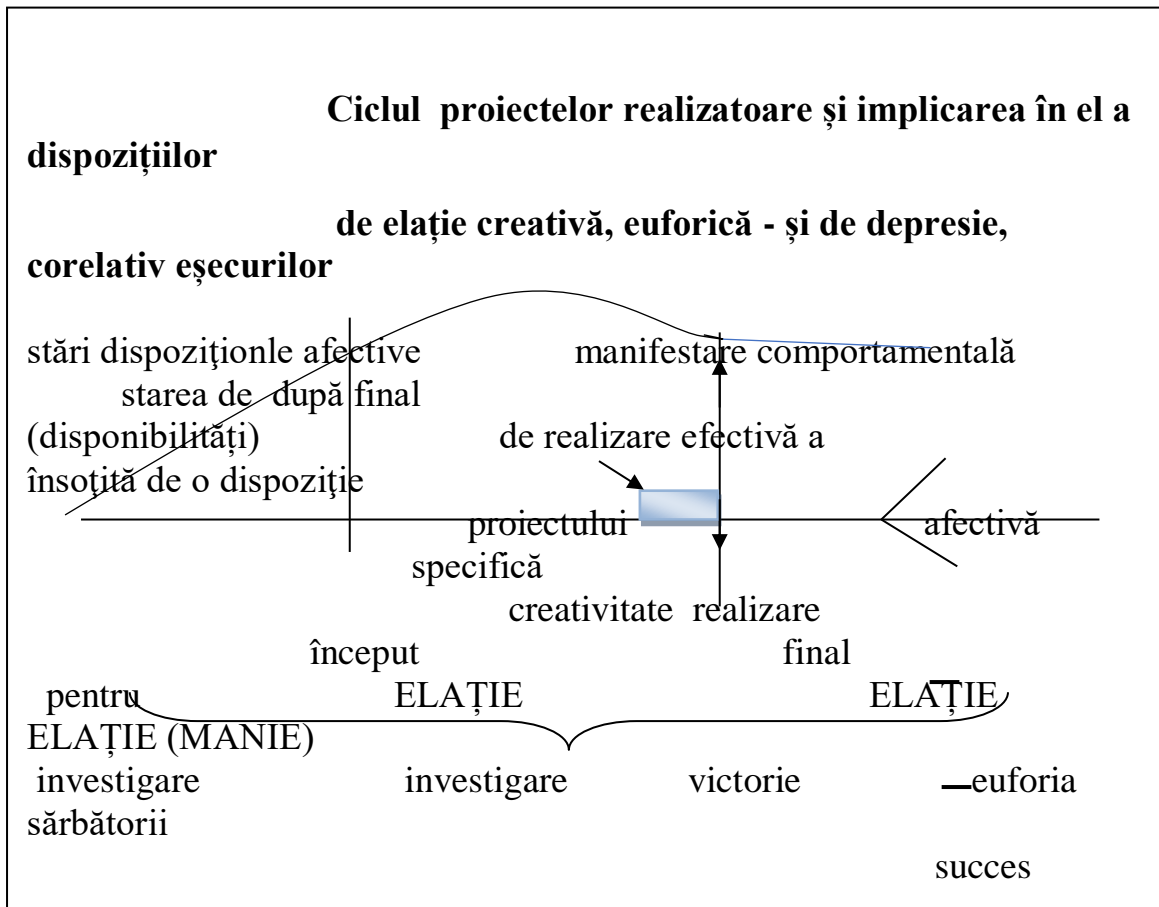
12/ Un **proiect** se desfășoară între începutul și sfârșitul său, pe fundalul prezenței persoanei în **situații actuale**, în mijlocul unei țesături de preocupări și proiecte proprii, - întrețesute în fața duratei sale identitare; în mijlocul rețelelor sociale și a ritmurilor culturii în care el există.

Un proiect – incluzând o eventuală preocupare specială - se instituit de către sinele intențional și reflexiv al subiectului, emergând din fundalul agențial identitar, biografico caracterial, în urma unei **decizii**. El întâlnește apoi cu lumea, **desfășurându-se prin coordonate** ce vizează un obiectiv. Proiectul e susținut pe tot acest parcurs de „câmpul, coeziv de angajament al subiectului; manifestându-se prin intermediul unui prezent situațional mobil.

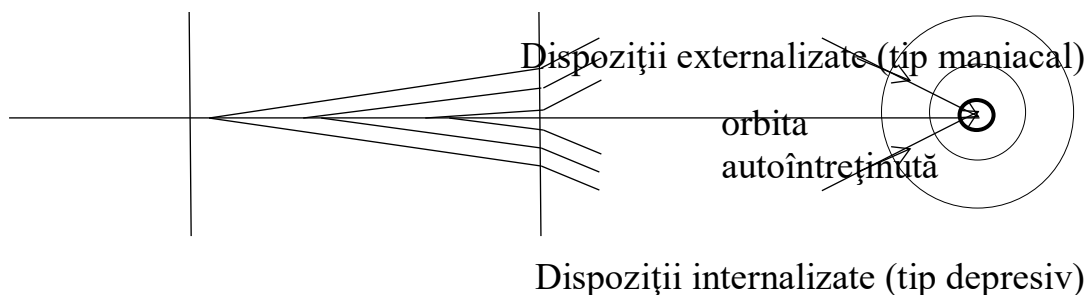
13/ Momentul inițial, cel al deschiderii și angajării subiectului în direcția proiectului său, e consubstanțial unei anumite **poziționări atitudinale**, afectiv comportamentale și de interes problematic, ce schițează de la început liniile de forță ale unui anumit *câmp de proiectare*. Iar odată cu intrarea în joc a implementării scenariului specific proiectului, a parcurgerii etapelor sale succesiv ordonate, montarea dispozițională respectivă se menține. Ea întreține „câmpul”, „atmosfera”, „liniile de forță”, mediul informațional și problematic în care și prin care proiectul se desfășoară până la final. (Acest „câmp”, e distinct de „câmpul dispozițional afectiv”, prin care subiectul se deschide și se raportează la diverse situații conjuncturale),

Persistența o perioadă de timp a unui astfel de „câmp”, corelat unor preocupări și dispoziții, ar putea fi comparată cu cea a „plasării pe o orbită”, ce susține menținerea într-un anumit program de funcționare, cu minim efort.

14/



Pe parcursul derulării proiectelor și preocupărilor se pot actualiza, mai ales odată cu succesul final, dispoziții externalizate dezinhibat expansive, sau internalizate depresive (și anxioase), care se pot coagula psihopatologic într-o dispoziție de tip maniaco sau depresiv major.



Finalul proiectelor și preocupărilor relaționale poate fi centrat de dispoziții corelate eșecului, înfrângerii și pierderii; caz în care se poate instala o dispoziție internalizată de tip depresiv, ce poate fi absorbită și ea de o schemă formală, pe o orbită ce se autoîntreține.

15/ Odată cu finalul proiectului, uneori subiectul poate trece pentru scurt timp în prim plan o stare dispozițională specifică: de euforie externalizată în cazul succesului, eventual potențată de o **sărbătorire**. Sau de depresie internalizată, în cazul eșecului, a pierderilor.

După care, ciclul proiectului în cauză se poate considera încheiat; putând urma o pauză de implicare și acțiune, un „gol,” psihic, ce poate fi resimțit și negativ.

16/ Modelul abstract și schematic sugerat mai sus, se cere desigur privit din perspectiva complexe existențe a unei persoane anume, care concomitent se află angajată în multiple situații, proiecte și preocupări, ce se pot întretese, uneori cumulându-se mai multe finaluri; urmate de o pauză, de un „gol,” psihic mai persistent, resimțit ca vid interior.

Perioadele de decizie și implicare pot fi și ele deseori dificile, mai ales pentru proiecte de viață majore.

Dar, tot în permanență, se poate afirma o atitudine pro-activă și proiectivă, pe care angajarea în rezolvarea situațională de probleme și în proiecte o presupune; implicând asertivitatea spontană și normală a comportamentelor externalizate, în continuitatea schemei motivaționale biopsihice SEEKING.

17/ Dar, nu e de ignorat nici dinamica subterană a bio-psiho-ritmurilor din fundalul psihismului unei persoane, care ar putea să se desfășoare și necorelate cu proiecte existențiale concrete.

Iar în această perspectivă, nimic nu ar contrazice ipoteza menținerii în fundalul bio-psihic al omului, a unor vestigii ale marilor modele sezoniere din biologie, ce favorizează uneori retragerea inhibată, alteori lansarea expansiv tahipsihic asertivă. Referința la periodicitatea ciclurilor sezoniere din biologie – asertiv expansive și inhibat retractile - ar meritat să nu fie ignorată și deoarece, chiar omul agrar al ultimelor zece mii de ani a întreținut-o; reglându-și existența (până în secolul trecut) în raport cu ritmul culturilor de plante și al calendarului anual - pe care l-a elaborat studiind cerul.

18/ Privind retrospectiv, se poate comenta că marcarea psihismului biologic de către ritmurile cosmice, a lăsat o moștenire în alcătuirea și desfășurarea psihismului uman...Dar ea se cere integrată cu psihoritmicitatea specifică lumii socio culturale...care e corelată funcționării grupurilor istorice prin alternanța activității cu repaosul...acesta fiind la omul cultural marcat de ideea sărbătorii...și a invocării transcendenței

19/Noua epocă în care omul actual intră...are o structură de temporalitate diferită de cea a culturilor tradiționale...inclusiv la nivelul temporalității relațiilor cu alții..

De aceea, particularitățile psihismului uman, chiar dacă păstrează în esență profilul tradițional e de așteptat să aibă nuanțe specifice.