



PSIHOPATOLOGIE I

Prof. Dr. Mircea Lăzărescu, Păltiniș, Iulie 2025

A/ ISTORIC ȘI RAPORTARE LA PSIHISMUL UMAN

Psihopatologia s-a dezvoltat în sec XIX într-o variantă descriptivă, ca semiologie a noii discipline medicale a psihiatriei,.. bazându-se pe observarea îndelungată a pacienților internați în azile.

S-au introdus noi termeni (halucinații, paranoia, delir, psihoză, depersonalizare..),.. s-au circumscris sindroame și... entități nosologice ce implică etiopatogenia și evoluția.

La sfârșitul sec. XIX **Kraepelin** realizează o Sistemă Nosologică Psihiatrică ce are în centrul ei 3 psihoze endogene, ce necesită instituționalizare: 1/ Boala maniaco depresivă, 2/ Demența paranoidă precoce (Schizofrenia), ..3/ Paranoia,.

În sec XX – în urma viziunii lui **Jaspers** asupra reacțiilor comprehensibile anormale și a doctrinei psihanalizei lui **Freud** (privitoare la conflict intrapsihic – relațional..), s-a acordat un interes crescând și cazurilor ce-și continuă existența în mijlocul vieții cotidiene,

...fiind cultivată tot mai amplu psiho socio terapia.

În apropierea sec XXI, odată cu succesele medicației psihotrope și programele de „des-instituționalizare„...psihopatologia s-a corelat tot mai mult cu progresele psihologiei omului normal , centrată pe studiul personalității: Big Five Factor Theory,...Circumplexul Interpersonal.....perspectiva narativ-biografică (McAdams) ...doctrine motivaționale,...psihosociologia ...psihologia ciclurilor vieții,.. a relațiilor sistemice...teoria acțiunii eficiente.... comportamentul în situații de criză...

Doctrinar s-au impus: neofenomenologia, neopsihanaliza, cognitivismul – corelat cu AI și cu neuroștiințele,..., doctrina vulnerabilitate/stress și a continuumului psihopatologic....cea **evoluționist culturală...**

A fost reluată acum ideea – lansată încă din vremea evoluționismului din sec XIX – privitor la faptul că:..... tb psihice reprezintă un fel de „experiment natural,, ce relevă infrastructura psihismului specific omului, pe care-l putem sonda astfel în mod particular și specific

De aceea, psihopatologia se cere constant abordată cu privirea ațintită asupra **coordonatelor de bază ale psihismului normal** al omului, așa cum au rezultat acestea în urma antropogenezei, viziune care scoate în relief doi poli:

- cel al prezentului situațional..și
- polul fundalului identitar.

Aceasta structura se organizează și se manifestă de-a-lungul ciclurilor vieții în contextul evenimentelor trăite în mijlocul rețelelor sociale și a lumii umane.

Privită astfel, psihopatologia actuală, se sprijină în continuare pe cazuistică.

Schemă a psihismului persoanei

LUME UMANA

Logos
+ raționalitate
- practică instituțională
narațiuni culturale
personaje
CULTURAA
Pondere
norme valori
rețele sociale

POL IDENTITAR



durată a identității
biografic

Caracteriale

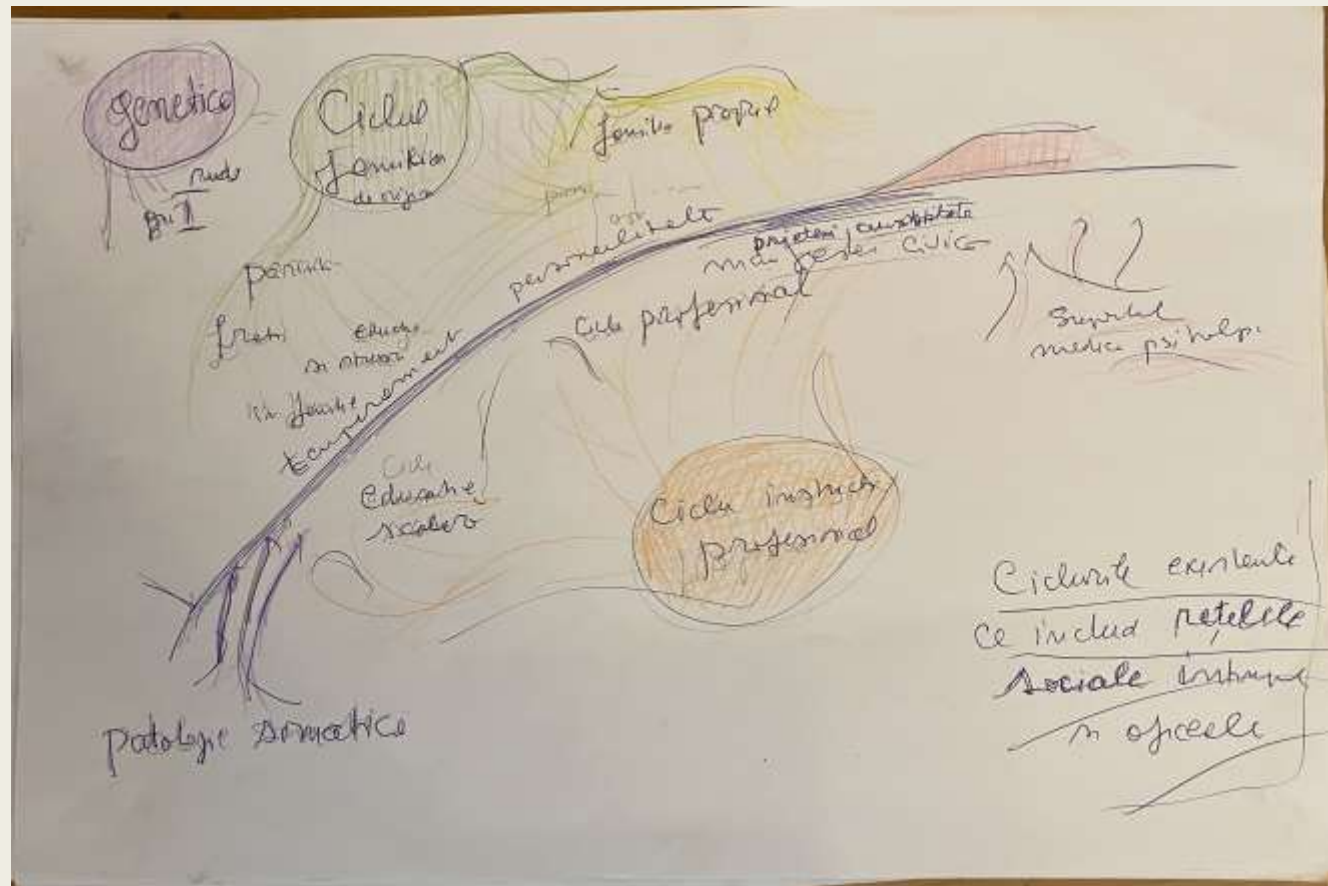
elemente

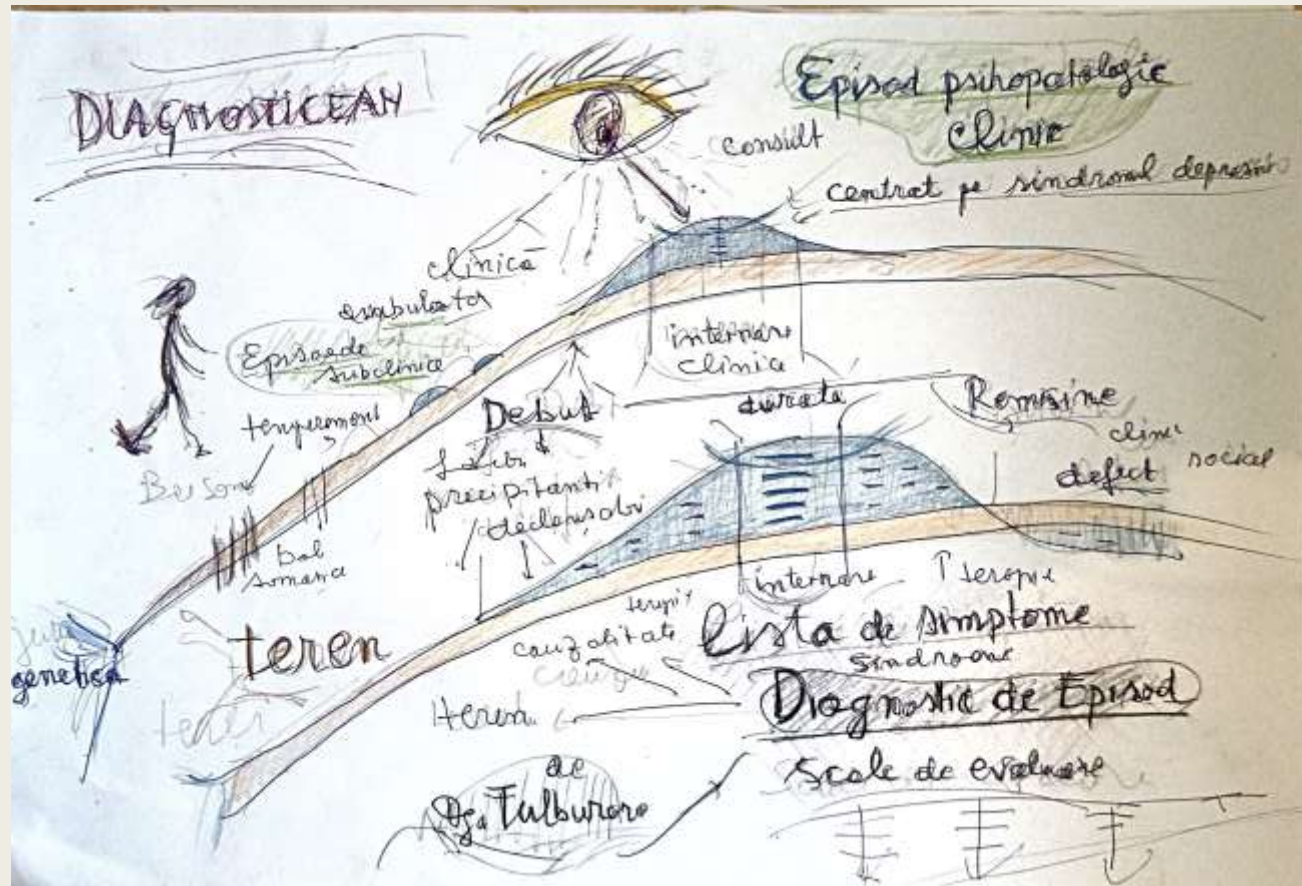
Relațion
percepții
proiecte
VIATA
COTIDIANA

situații actuale

POLUL ACTUALITĂȚII SITUATIONALE

cumpanialitate
histon.





B/ CAZUISTICĂ: TB. REACTIVE LA TRĂIREA UNOR SITUAȚII -EVENIMENTE - ACTUALE.

„Caz 1 Andreea, o tânără de 19 ani fire sociabilă și atentă la felul în care arată – petrece mult timp în fața oglinzii, îmbrăcându-se cochet și colorat -,...e comunicativă - povestește atractiv fiind mereu în centrul atenției celorlalți -, s-a despărțit recent de prietenul cu care umbla de aprox. un an....și află că acesta e pe cale de a se căsătorii cu o colegă....Devine irascibilă și distrată, are rezultate scăzute la testări și repetate absențe..situație școlară pentru care e certată de tatăl ei, pe care-i idolatriza...

- Într-o seară la o reuniune, o colegă o jignește public ...comentând un aspect neplăcut din viața ei intimă...Se emoționează..retrăgându-se pe balcon...declară că se simte amețită..că-i amorțesc mâinile și picioarele...apoi „leșină,.. pierzând-și conștiința și căzând pe un divan ..nema răspunzând la nici-o întrebare și privind în gol, cu pleoapele tremurându-i..

- Cei prezenți încearcă să o reanime...în variate feluri...se gândesc să cheme salvarea...dar încetul cu încetul își revine..cu lacrimi curgându-i pe obraz...și e condusă „amețită,, acasă cu un taxi.

După câteva zile.. își reia activitatea ..aflând despre realitatea nunții fostului ei prieten...De câteva ori îndreptându-se spre casă...rătăcește drumul și colindă fără scop străzile ..„trezindu-se,, în locuri necunoscute...și neștiind cum a ajuns acolo...La un examen, după ce a tras subiectul..nu a mai putut vorbi nimic..și a rămas așa – „mută,, - o zi întreagă...alteori, scapă lucrurile din mână...tremură..sau confundă lucruri familiare..părând distrată..plânge și râde fără motiv...

- Părinții au dus-o la un examen neurologic care, efectuat amănunțit – inclusiv cu RMN-, nu a relevat nici-o leziune sau suferință a creierului. Până la urmă s-a pus dg de Tb disociativă.. și a fost îndrumată la psihiatru-psihoterapeut. Aici, în sala de așteptare a văzut în raftul unei biblioteci o carte: Histoire de la decouverte de l'inconscient....scrisă de ElleMBERGER...

Tb disociative se desfășoară de obicei însoțite de o reducere a vigilității conștiinței reflexive, într-o stare cvasihipnică; dar, diferit de psihopatologia specifică somnului cu vise - ce e o directă moștenire psihobiologică- care se întâlnește în „delirium” – stare confuzo-onirică -.. obnubilare..sopor etc.; pt tb disociative importante sunt tulburările afective relaționale (interpersonale), trimiterea cea mai sugestivă fiind spre experiența hipnotică...și spre cea a conflictelor inconștiente-relațional-intrapsihice, pe care le-a studiat psihanaliza.)

Caz 2 Bogdan, un băiat de 17 ani, cu o fire conștiincioasă dar timidă, copil unic dintr-o familie cu un tată autoritar și o mamă blândă și duioasă, citește mult, fiind pasionat de literatură. La cenaclul literar pe care-l frecventează, e planificat să prezinte câteva din poeziile scrise de el,... moment pe care-l așteaptă cu emoție, cumpărându-și un nou costum. La eveniment, înainte de a-și termina lectura, cusătura noului costum cedează... și e pe cale să-și piardă pantalonii în public...încheie rapid.. se retrage jenat....;deși publicul îl apreciază..pleacă repede acasă...și plânge toată noaptea; iar în zilele următoare nu mai iese din casă.

Mereu îi revine în minte scena penibilă de la cenaclu..însoțită de rușine...are sentimentul că pe stradă lumea îl privește deosebit...și-l comentează negativ..râzând de el. Dar, își continuă studiile și cursul vieții.

Pe parcursul Universității, la Litere, se emoționează la examene....preferând probele scrise celor orale. Are prieteni puțini, dar trainici, de care se atașează profund. La sfârșitul facultății se angajează ca bibliotecar (gândindu-se că-i va fi greu să lucreze ca profesor la clasă cu elevii). După ce-și întemeiază o familie, trecând la un moment dat printr-o perioadă de viață mai dificilă – cu multe solicitări...pierderi..frustrări... conflicte. ..epuizări...se accentuează dificultatea de a se manifesta în public.

De ex., dacă trebuie să prânzească la un restaurant sau să participe la manifestări cu multă lume - nuntă.. botezuri... petreceri -....se gândește anticipativ că.....s-ar putea ca, în astfel de împrejurări, să se repete o „criză,, (pe care a trăit-o odată)...de emoție subită.. cu dificultăți de respirație și tahicardie... cu senzația că fața i se roșește... cu tremurături și transpirații. Cu cât se apropie un eveniment social, cu atât se gândește mai intens la criza pe care ar putea-o avea...până când..... aceasta chiar apare

Caz 3 Constantin, un tânăr de 27 ani, – pe când era într-o excursie în Franța, trăiește un eveniment intens psihotraumatic: atac terorist.. în care sunt împușcați oameni, luați ostatici ..schingiuiți...e și el ușor rănit ...Urmează o **reacție de stres traumatic**, cu persistența timp de săptămâni de zile a unei dispoziții iritabil anxios depressive.. neliniște, insomnii și coșmaruri.....reamintiri și reprezentări involuntare ...intruzive a scenei trăite..reducerea atenției, a satisfacțiilor și eficienței...cu incapacitatea de a-și face noi proiecte.

Reacțiile la evenimente deosebit de impresionante, plasează, un timp subiectul pe o orbită de existență anormală, care nu-i mai permite să se raporteze firesc și integrat în prezentul cotidian comunitar, dar fara a-l scoate din parametrii vietii cotidiene



Dincolo de perturbări psihice declanșate reactiv situațional – ca cele menționate -, tradiția psihopatologiei a evidențiat două condiții caracterizate prin „ieșirea din prezent„: cea a episodului depresiv (melancolic) și cea a episodului maniacal.

Depresia majoră - melancolia - se caracterizează prin dezinteres față de prezentul situațional - nimic nu mai atrage subiectul, nu-i mai face plăcere, nu-l mai interesează - cu o lipsă totală de speranță în viitor ...și repliere pe un trecut vinovat și pe o corporalitate resimțită negativ (maladiv).. cu idei de moarte și sinucidere.

Depresivul e major inhibat biopsihic (instinctiv, motor, ideativ, verbal, în relaționare), bradipsihic, lipsit de energie, asociabil, autodepreciativ, negativist.

Depresia anormală poate să nu mai fie corelată comprehensiv și proporțional, cu semnificația unor pierderi sau eșecuri trăite.

Episodul maniactal se manifestă simetric opus celui depresiv:

Subiectul e continuu proiectat într-un viitor iminent resimțit ca atoateposibil, cu sprijin doar punctiform pe un prezent trăit hedonic.. și cu dezinteres față de trecut.

Maniactalul e dezinhibat și expansiv, tahipsihic și ergic, plin de planuri și inițiative (pe care nu le termină), cu o sociabilitate gregară, cu sentiment de capacități crescute și omnipotență megalomană.

Atât în depresia patologică cât și în manie, esențial d.p.d.v. fenomenologic este ieșirea din prezentul situațional trăit..

..... cu proiectarea anormală într-un trecut vinovat..spre moarte.. sau... spre un viitor atoate posibil.

D/ PSIHOPATOLOGIA POLULUI IDENTITAR

Caz 4 Dorina, e o pacientă de 25 ani e internată în urma unui comportament parasuicidar. In condițiile unui consum de alcool și substanțe psihoactive, are un conflict cu partenerul actual.. urmat de autoagresiune pe membre ;i piept cu un cuțit. A mai avut două scurte internări psihiatrice tot în condiții reactive.. cu un tablou depresiv iritabil exploziv.

A crescut într-o familie conflictuală, tatăl alcoolic cu comportament agresiv față de membrii familiei, mama având și ea scurte internări psihiatrice pentru episoade depresive și conversiv disociative. Un frate mai mic,.. cu repetate fugi de acasă și comportamente disociale, care s-a făcut boxer.

La școala profesională a avut o prezență inconstantă cu rezultate mediocre; integrare în grup a fost oscilantă..nu a fost nici-odată o persoană pe care alții să se poată baza. Ca tânăra a avut episodic ocupații și angajări de durate relativ scurte cu schimbarea mai multor locuri de muncă. De la 17 ani a avut relații și parteneri sexuali cu care a conviețuit luni de zile, niciodată mai mult de un an. De la 20 ani consumă frecvent alcool și substanțe psihoactive, în grupuri și solitar. Ultima relație durează de 10 luni cu un bărbat de 40 ani, muncitor, divorțat.

La cazul de mai sus, starea psihic perturbată actual se înscrie pe un fundal structural caracterial aparte, marcat de inconstanță, de instabilitate psihică. Are o fire iritabilă cu frecvente perioade de proastă dispoziție, nemulțumire, impulsivitate (= disforie). Simte nevoia să fie protejată și uneori e deosebit de supusă.. cu dorința de a fi ocrotită și dirijată,... dar și foarte schimbătoare ajungând fără motiv să fie nemulțumită, să se revolte și să izbucnească agresiv în stări de furie față de cei apropiați.. să le reproșeze lucruri neașteptatepentru ca apoi să regrete..și să-i fie rușine.. autoumilindu-se și autopedepsindu-se. E inconstantă și în preferințe și opinii, uneori capricioasă. Lipsește constanța în profesie și în relaționări. Are uneori sentimentul de gol – vid – interior .. de plictis.. impresia că nu are o identitate proprie suficientă. Evaluare diagnostică: TP Borderline.

La persoanele cu TP Borderline se constată trei deficiențe ale organizării și manifestării personalității:

*-În relaționarea interpersonală: O pronunțată **instabilitate**, cu nevoie crescută de acceptare și susținere, resimțită intens dar situațional și **oscilant**, prin trăiri emotive de: - sumisiune, cu adulația celuilalt...alternând cu: - dominare-autoritară, aproape manipulativă..- - detașare indiferentă-distantă-rece...- cu: respingere-agresiv-conflictuală (**furie**) ...rușine și regret. Atitudinile menționate sunt excesive în raport cu situația, fără coerență și nuanțe... în raportarea la o persoană cu care subiectul are o legătură de durată. Ele se manifestă pe un fundal dispozițional disforic (iritabilitate depresiv anxioasă oscilând cu vidul plictisului)...dar fără o dimensiune relațională de interpenetrare.. de atașament – de acordare și rezonanare - care să susțină și empatia și intimitatea.*

-În deliberare și acțiune...se manifestă un comportament impulsiv scurtcircuitat motivațional (acting out),.. fără o evaluare rațională a consecințelor, uneori riscante sau agresive – față de alții sau sine

-În resimțirea identității: subiectul are sentimentul unui deficit identitar - corelat senzației de plictis, vid interior -, care nu se corelează cu vreo preschimbare sau deficit în recunoașterea biografiei și poziționării sociale (el nu se simte ca în stadiu de depersonalizării, neidentificat cu biografia..numele...configurarea sa socială, etc)

Caz 5 Eugen e un bărbat de 43 ani, căsătorit, cu doi copii pe care-i educă rigid, contabil șef la o bancă, ajunge la un consult după o perioadă mai dificilă în activitate (bilanțuri, inspecții, muncă prelungită, emoții).. manifestându-se oboseală, insomnie, iritabilitate, dificultăți de concentrare și memorie, nerăbdare, indecizie, verificări exagerate. Are rudele de gradul întâi cu diagnostic de depresie și schizofrenie iar un nepot are autism developmental.

Persoana are o ținută sobră, îngrijită, are notate și sistematizate cele ce le are de comunicat terapeutului. E politicoș, preocupat să nu ignore ceva, repetă și prezintă sub diverse unghiuri problemele ce le are., analizându-le continuu...

Se autodescrie – și e descris – ca un om ordonat și muncitor, preocupat excesiv de programul de muncă și de performanță; elaborează cu grijă planurile și acțiunile, e perseverent.. revenind mereu și verificând.

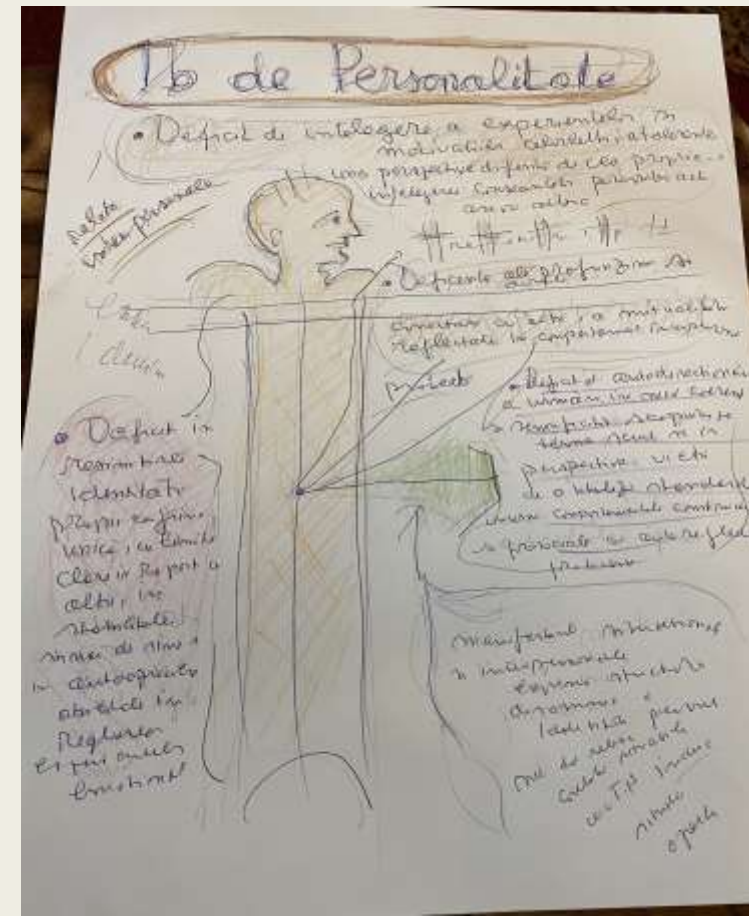
E atent și preocupat mereu de ordine, perfecționist... nu consideră un lucru terminat până nu îl controlează în toate detaliile. Este temut la serviciu pentru rigiditatea și exigența sa, pentru lipsa de înțelegere față de glume și relaxare...ia totul în serios...uneori își ia de lucru acasă pentru duminică și în concediu...nu are hobby-uri și nu e interesat de distracțiile obișnuite...nu merge la spectacole...

În societate stă de obicei deoparte și discută probleme tehnice cu alți specialiști...nu glumește și nu bârfește....e un om serios...mereu îmbrăcat atent dar în culori discrete...protocolar...menține relații oficiale...dar nu știe să fie apropiat și cald afectiv.... totul e urmărit conform cu un plan elaborat, e scrupulos și intolerant până la plictiseală și ariditate....cu dubii... Verificări... colecționarism.

În relaționări nu-și exprimă situațional emoțiile – de furie...nemulțumire..afecțiune..admirație - iar dispoziția de fond e una de preocupare analitică, mai mult observational constatativă. E redusă capacitatea de atașament, de implicare participativă la condiția altuia.

CARACTERIZAREA GENERICĂ A TB DE PERSONALITATE

Cazurile cu Tulburare de Personalitate (TP) prezintă deficiențe de relaționare și comportament social, **menținându-se însă între parametrii vieții cotidiene**. TP e caracterizată, (în varianta diagnosticului dimensional din DSM-5) prin :



- Deficit de funcționare socială reflectat în înțelegerea și aprecierea experiențelor și motivațiilor celorlalți;- a toleranței unei perspective diferite de cea proprie...și a înțelegerii consecințelor propriilor acte asupra altora (empatia) ;
- Deficiențe ale profunzimii și duratei conectării la alții, a mutualității reflectate în comportamentul interpersonal (intimitatea).

-Deficit al autodirecționării, a capacității de a urmări în mod coerent și semnificativ scopuri pe termen scurt și în perspectiva vieții; și de a utiliza standarde interne comportamentale constructive și prosociale cu o abilitate de autoreflexie productivă.

-Deficiențe în resimțirea identității proprii ca fiind unică, cu limite clare în raport cu alții, în stabilitatea stimei de sine și în autoapreciere, capacitate și abilitatea în reglarea experiențelor emoționale.

E. TULBURARI IDENTITARE CARE ORIENTEAZA SPRE PSIHOZA

La nivelul structurii identitare a persoanei, psihopatologia ne relevă și perturbări care extrag subiectul din fireasca raportare la situațiile lumii, așa cum e

Sd de depersonalizare/derealizare.

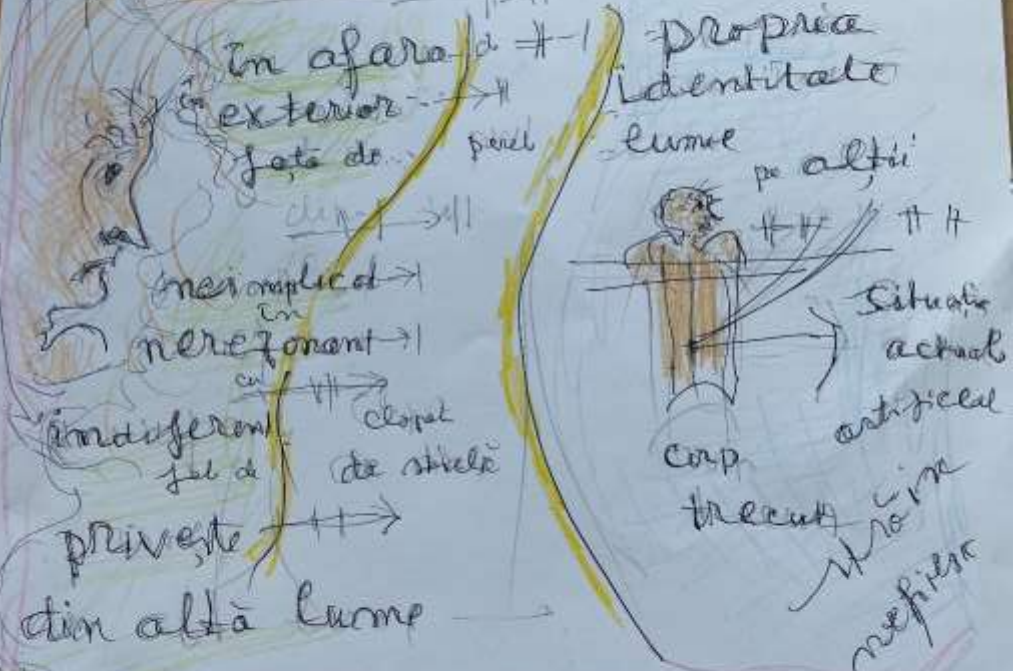
Acesta constă din trăiri subiective, ce **plasează subiectul la limita vieții cotidiene**, constând din:

Sentimentul **depersonalizant al pierderii identității cu sine**.. că : „ Eu nu mai sunt eu”....”nu-mi mai aparține mie propriul meu corp ...trecut ...prezent ...proiectele...numele și situația socială.. pe care continui totuși să le cunosc,, ..

Pacientul are uneori impresia că: „ își poate vedea propriul corp din afara sa”..că „percepe existența sa dintr-o altă lume, paralelă”..ca „după un clopot de sticlă”..

Sd Depersonalizare DISPOZIȚIA Derealizare

Subiectul identitar se simte



DEDUBLARE

disociative

Egiziștonă
Gibson, Capra

Dispoziția afectivă e de nefamiliaritate..de neimplicare... detașare și indiferență în raport cu sine, alții, lumea în general..de „neacordare.. nerezonanță ..amorțeală ...răceală afectivă”..

Sentimentul **derealizant** că lumea din jur - și alții – sunt nefirești..ireali...” ca în vis”..” ca la teatru”..” „parcă trași pe sfori.. ca automate”... Obiectele percepute (inclusiv propriul corp) pot fi resimțite deformat, mai mari sau mai mici..cu perturbări ale trăirii spațio temporalității..cu o consistență neobișnuită.

Sd dep/der plasează persoana în marginea orbitei psihotiforme.

:

Derularea „**procesualității delirului primar**„ are ca etape:

a) Dispoziția delirantă, constând într-un sentiment „atmosferic„ de **nefamiliaritate tensionată** în raport cu lumea ambiantă care e resimțită ca nefirească..stranie.....parcă ar fi „o prezență străină neperceptibilă”..(în viața cotidiană, „fundalul„ situațiilor actuale e tot timpul implicit); urmează:

b/ Sentimentul de **centralitate referențială**: subiectul are impresia că..fragmente perceptivă din ambianță, ...disparate și decontextualizate (un număr..o culoare..un eveniment atmosferic...un mesaj mass-media) au o semnificație specială... ce i se adresează direct...cu un mesaj obscur (uneori cu o dublă semnificație: una efectivă, pentru toți.....cea de a doua ascunsă..doar pentru sine); resimte „coincidențe stranii” și trăiri senzitive. (Hipersemnificare detaliilor au fost studiate în perspectiva unei speciale manifestări hiperdopaminergice „fenomenul *salience*,”)

c/ -Sentimentul de centralitate se accentuează, pacientul resimțind că „totul se învârte în jurul său”...și așteptând, în consecință.. un eveniment excepțional (**anastrofa**)..

d/ Urmează **percepția delirantă**:...o percepție în sine banală..clarifică brusc (intuitiv) pacientului...implicarea sa într-un scenariu delirant...dintr-o lume delirantă fictivă, de care e absolut convins : e.g „ sunt urmărit de Mafia Internațională”....” voi fi ales Președinte al ONU „

Pacientul...ce devine astfel **delirant**...are sentimentul unei SCHIMBĂRI totale a condiției sale existențiale („eu m-am schimbat...alții sau schimbat ..lumea s-a schimbat,,,) deseori concluzionând „am fost vrăjit”...continuând să fie convins de o nouă identitate...delirantă... dintr-o lume fictivă.. asemănătoare cu cea a narațiunilor mitice.

Tranziția psihopatologică în aria psihozelor, perturbă deficitar instanța identitară a psihismului personal.