

Mircea Lăzărescu

PSIHIATRIE  
SOCIOLOGIE  
ANTROPOLOGIE

7062

BRUMAR

MIRCEA LĂZĂRESCU

PSIHIATRIE, SOCIOLOGIE,  
ANTROPOLOGIE

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României  
LĂZĂRESCU, MIRCEA

Psihiatrie, sociologie, antropologie / Mircea

Lăzărescu, - Timișoara: Brumar, 2002

348 p.; 23 cm

Bibliogr.

ISBN 973-8057-82-5

616.89

316

MIRCEA LĂZĂRESCU

PSIHIATRIE, SOCIOLOGIE,  
ANTROPOLOGIE



BRUMAR


coperta: Loredana Tîrzioru  
paginare: Camelia Dogioiu

---

Brumar, 2002  
ISBN: 973-8057-82-5  
Bun de tipar: aprilie 2002  
Apărut: aprilie 2002  
Coli tipar: 21,75

---

Tiparul executat la Brumar  
1900 Timișoara, Pestalozzi 22  
Tel./fax: +40 56 203 934  
e-mail: office@brumar.dnttm.ro

*Această carte este editată cu sprijinul  
firmei  România*



## CUPRINS

CUVÂNT ÎNAINTE .....	9
1. INTRODUCERE .....	13
2. BOLNAVUL PSIHIIC ÎN IPOSTAZA DE „CAZ“ MEDICAL PSIHIATRIC .....	25
2.1. Cazul psihiatric în perspectiva științei medicale și a logosului .....	25
2.2. Modelul medical în psihiatrie. Considerații generale .....	27
2.3. Terenul predispus pentru tulburări psihice.....	28
2.4. Episodul psihopatologic.....	34
2.5. Semiologie psihiatrică.....	38
2.5.1. Descrierea principalelor sindroame psihopatologice standard.....	40
2.5.2. Manifestarea sindroamelor în cadrul episoadelor psihopatologice.....	58
2.6. Etiopatogenia în psihiatrie .....	62
2.6.1. Factori bio-psihologici .....	63
2.6.2. Influențe psiho-sociale negative .....	66
2.6.3. Factori compensatori și protectori .....	72
2.7. Boala psihică. Aspecte ale nosologiei psihiatrice .....	75
2.7.1. Generalități .....	75
2.7.2. Tabla de materii a entităților nosologice cuprinse în ICD-10 .....	78
2.7.3. Aspecte problematice ale nosologiei psihiatrice.....	87
2.8. Problema tulburărilor de personalitate .....	95
2.8.1. Aspecte generale .....	95
2.8.2. Tipologia persoanelor dizarmonice .....	101
2.8.3. Problema sistematizării tulburărilor de personalitate și problema psihopatiei .....	107

2.9. Defectul psihic .....	109
2.10. Diagnosticul în medicina psihiatrică .....	117
2.11. Aspecte particulare ale tratamentului medical psihiatric .....	126
3. SUFERINDUL PSIHIC CA CETĂȚEAN .....	135
3.1. Aspecte generale .....	135
3.2. Reforma instituțională .....	138
3.3. Sectorializarea .....	144
3.4. Toleranța față de suferindul și defectivul psihic.....	149
3.5. Interesul acordat funcționării în viața de zi cu zi a fostului bolnav sau a actualului deficient psihic .....	154
3.6. Problema periculozității .....	165
3.7. Perspectiva familială asupra patologiei și terapiei psihiatrice .....	169
4. PSIHPATOLOGIE – BAZE DOCTRINARE ȘI PERSPECTIVA DEVELOPMENTALĂ .....	183
4.1. Baze doctrinare ale psihopatologiei .....	183
4.1.1. Generalități .....	183
4.1.2. Psihism biologic și psihism uman; implicații pentru psihopatologie .....	184
4.1.3. Psihismul uman și sufletul în sens transcendent-transcedental .....	185
4.1.4. Semnificația studiilor biologice privitoare la științele creierului („neuroscience“), a celor etologice și cognitiviste pentru psihopatologie .....	187
4.2. Problema psihanalizei .....	192
4.2.1. Psihanaliza clasică – prezentare succintă .....	192
4.2.2. Disidenți psihanalitici inițiali.....	196
4.2.3. Psihanaliza și problema inteligenței .....	197
4.2.4. Psihanaliza și cunoașterea lumii de către subiect .....	198
4.2.5. Psihanaliza și activitatea cerebrală .....	199
4.2.6. Dezvoltări actuale în domeniul psihologiei conștiinței .....	200
4.3. Psihopatologia dezvoltării .....	201
4.3.1. Generalități .....	201
4.3.2. Psihopatologia dezvoltării, un model cognitivist-fenomenologic .....	205

5. PERSOANA CONȘTIENȚĂ ÎN PERSPECTIVĂ FENOMENOLOGICĂ ȘI COGNITIVISTĂ. ASPECTE NORMALE ȘI PATOLOGICE .....	237
5.1. Persoană, conștiință, subiectivitate .....	240
5.2. Identitatea și spațio-temporalitatea persoanei umane conștiente .....	244
5.2.1. Identitatea .....	244
5.2.2. Temporalitatea .....	246
5.2.3. Spațialitatea proprie persoanei .....	250
5.3. Relațiile subiectului conștient cu celălalt, cu ceilalți .....	254
5.4. Cunoașterea lumii, lumea personală.....	260
5.5. Intenționalitatea în perspectivă fenomenologică și cognitivistă .....	263
5.6. Acțiune, comunicare, gândire, judecare .....	266
5.7. Biografie, structură și tulburare psihică .....	269
5.8. Reacție psihopatologică, nevroză, psihoză endogenă, psihopatie .....	277
5.9. Modalități particulare și anormale ale subiectului de a fi în lume.....	285
5.9.1. Anxietatea .....	285
5.9.2. Fobia.....	290
5.9.3. Obsesia .....	295
5.9.4. Depresia .....	302
5.9.5. Dragostea, indiferența și agresivitatea din punct de vedere psihopatologic.....	305
5.9.6. Mania .....	309
5.9.7. Depersonalizarea .....	311
5.9.8. Hiperexpresivitatea și histrionismul .....	315
5.9.9. Derealizarea și psihopatologia percepției umane.....	319
5.9.10. Sentimentul „punerii sub supraveghere“, cel de „transparentă-influență“ .....	323
5.10. Delirul.....	325
5.11. Dezorganizarea (disociația) persoanei în plan ideo-verbal și motivațional-comportamental .....	327
REZUMAT .....	341



## CUVÂNT ÎNAINTE

*Lucrarea de față nu se dorește a fi un manual sau tratat, o expunere didactică sau comentarea monografică a unui domeniu din aria psihiatriei; obiectivul ei este o dezbatere de idei pornind de la stadiul în care se află și se dezvoltă psihiatria și psihopatologia contemporană.*

*Au fost alese trei incidente de abordare a bolnavului și suferindului mintal și câteva teme de articulare cu sociologia și antropologia.*

*Omul ce suferă o stare aberantă psihică – care se află în situație psiho-patologică – este comentat succesiv ca: a) caz medical psihiatric; b) cetățean; c) perturbare subiectivă și obiectivă minus valorică a psihismului persoanei conștiente; deci, ca problemă psihopatologică. Aceste trei incidente sunt complementare, ceea ce conduce la inevitabile reluări ale unor aceleași teme din diverse perspective; repetiție, ce credem, nu este obositoare, ci stimulativă pentru spiritul dornic de înțelegerea plurifațetată a realității.*

*Tulburarea psihiatrică (psihopatologică) se petrece evident la nivelul individului uman, a persoanei umane conștiente. De aici rezultă și una din temele supuse meditației, privitor la sinteza ce are loc la acest nivel între individualul biosului și al antroposului (faptul de a folosi acești termeni oarecum pretențioși este argumentat în nota de subsol de la finalul primului capitol – Introducere). La o primă percepție și evaluare a individualului biosului (individul biologic), așa cum apare el la mamiferele antropoide superioare, prezintă o serie de funcții, structuri și comportamente „psihologice” similare cu ale omului. Faptul a fost sesizat încă de Aristotel, susținut cu tărie de Hegel, și dezvoltat de actuala psihopatologie developmentală, ce ține seama, în mare măsură, de studiile etologice dezvoltate în sec. XX. În ceea ce privește individualul antroposului, similar cu persoana conștientă, dotată cu subiectivitate reflexiv-evaluativă, acesta a fost, inițial, conceput în termeni spirituali, cultivați de toate doctrinele*

religioase creaționiste; iar articularea sa cu „corporalitatea” (biologică) a fost comentată în Europa, sub forma dualismului lui Descartes, reactualizat în sec. XX, prin filosofia lui Husserl (care a influențat semnificativ psihopatologia); articularea între conștiință și corporalitate era considerată ca o problemă insondabilă, ce stă sub regia lui Dumnezeu.

Psihologia biologică, dezvoltată și de etologie, s-a articulat în ultima parte a secolului trecut cu doctrina cognitivă (filosofică, psihologică, psihopatologică, psihoterapeutică) ce s-a impus în urma apariției unor noi științe matematizante, precum teoria informației, cibernetica, teoria sistemelor etc. De asemenea, ea s-a conjugat cu marile progrese realizate în domeniul „Inteligențelor Artificiale”. În raport cu această situație, inclusiv cu progresele enorme realizate în domeniul „științelor creierului” („neuroscience”), psihopatologia tradițională a sec. XX – și mai ales cea de sorginte fenomenologică – a trecut în plan secund. Dar, tocmai ea era cea care încerca să comenteze aspectele specifice umane ale psihiatriei. De aceea, în lucrarea de față – într-un fel împotriva tendinței majorității cercetătorilor – dăm importanță și încercăm să readucem în prim plan tocmai psihopatologia ce a derivat din cea fenomenologică, ca o provocare și temă de reflexie pentru orientarea „biologizant-cognitivă”. De fapt, se cere precizat că, actualul cognitivism, pe cale a se defini tot mai pregnant, deși este, în cea mai mare parte, inserat în științele creierului și corelat cercetărilor Inteligenței Artificiale, are și o zonă ce se poate articula fructuos cu fenomenologia. Elementul comun dintre cele două orientări este noțiunea de „intenționalitate”. În textul lucrării vom potența această provocare, propunând-o ca un important subiect de cercetare.

Problema ridicată mai sus are importanță și pentru clarificarea uneia din cele mai dificile teme ale psihiatriei și psihopatologiei, cea a determinismului „endogen”. Fără a propune soluții, vom încerca să delimităm această problemă astfel încât să nu fie părăsită și să constituie, în continuare, un obiectiv de studiu prioritar.

Dacă pe parcursul lucrării se fac unele trimiteri la texte și concepte filosofice, nu există nici o pretenție de a contribui direct la acest deosebit de pretențios domeniu. Rămâne însă dorința de a suscita interesul antropologilor – și chiar a antropologiei filosofice, importantă pentru fundamentarea psihiatriei – mai ales prin opțiunea pe care o facem acceptând concepția lui Popper asupra celor 3 lumi, și pe care o înțelegem într-un sens lărgit, posibil a fi dezvoltat. În scurtul comentariu de încheiere vom încerca rezumarea principalelor teme care ne-au preocupat și am încercat să le susținem.

Nefiind vorba de un manual, tratat sau studiu țintit pe o anumită temă, ne-am permis o anumită laxitate la capitolul Bibliografie, care este prezentat împreună cu note și comentarii. Cărțile monografice au fost citate atât în ansamblu, cât și prin articolele lor. În cele mai multe cazuri s-au avut în vedere publicații și sinteze din ultimii ani. Nu au

fost însă ignorate nici lucrările clasice. Credem că e important ca, la sfârșitul unui veac, să se țină seama de tot ce a fost gândit și comentat la un nivel remarcabil în această perioadă. Unele licențe, pe care ni le-am permis în aceste secțiuni terminale ale fiecărui capitol, dorim să fie scuzate de cititor.

Sperăm ca lucrarea să aibă un prim nivel de lectură accesibil tuturor, chiar dacă unele probleme sunt doar menționate în treacăt sau rezumate (poate exagerat, până la limită). În intenția textului există și un al doilea nivel de lectură, chiar dacă acesta nu se referă la recitirea cărții. E vorba de a ține seama de trimiterile la autori, de analiza figurilor prezentate și de cele două nivele de condensare a textului – prin forma scrierii – toate acestea în coroborare cu secțiunea Bibliografie, Note, Comentarii atașată fiecărui capitol. După modesta noastră opinie, cartea abordează probleme de mare actualitate. Recunoaștem și faptul că, din unele puncte de vedere, cel puțin în ceea ce privește redactarea, scrierea nu este chiar în spiritul unei epoci ce e declarată de unii ca postmodernistă (avem în vedere, de exemplu, prezentarea sistematică a elementelor persoanei conștiente de la începutul Cap. 5).

Sunt invocate și alte studii ale autorului, menționate la bibliografie. Nu e vorba pur și simplu de o dezvoltare directă a unora dintre acestea, ci de continuarea unui drum de gândire – din care fac parte și lucrări nepublicate și nedifuzate – aducerea în dezbatere a unei arii problematice, cu dorința de a stimula dialogul, cercetarea, progresul întru cunoașterea nuanțată și diferențiată în domeniul psihiatriei, psihopatologiei, antropologiei și a fundamentelor acestora.

Mulțumesc pentru întregul sprijin și efort de tehnoredactare colaboratoarei mele, Jeni BLAJOVAN.

Timișoara, Februarie 2002

Mircea Lăzărescu



## I. INTRODUCERE

Psihiatria, ca ramură a medicinei, tinde tot mai mult să devină „comunitară“. Ea face eforturi să mențină cât mai mult timp persoanele cu „tulburări psihice“ în mijlocul societății, să le trateze cât mai aproape de locul lor de existență curentă, să le integreze în viața comunității. Această orientare, care a devenit evidentă în ultimele decenii, se opune atitudinii de rejecție, de claustrare care, în Europa, s-a manifestat încă din sec. XVII, și s-a păstrat în formula „azilelor“ din sec. XIX și a spitalelor de psihiatrie din sec. XX. Opinia actuală este că o comunitate trebuie să-și accepte și să integreze cât mai puțin reactiv „nebulii săi“, această „minoritate“ ce nu poate fi eradicată. La fel cum, în manieră democratică, trebuie să integreze și să respecte diverse alte minorități. Vom reveni constant asupra acestei probleme, subliniind însă de la început că fiecare individ uman, fiecare persoană conștientă, mai mult sau mai puțin normală sau deviantă, reflectă în structura subiectivității sale socio-cultura în cadrul căreia se formează și se afirmă<sup>1</sup>. La fel cum, în interioritatea ființei fiecăruia dintre noi sunt prezente, într-o anumită modalitate specifică, „imagourile“ altora, a părinților și cunoștințelor, a eroilor reali sau idealifictivi cu care ne-am întâlnit, sau pe care i-am imaginat, cu care ne-am identificat, pe care i-am descoperit în cursul biografiei noastre. Și la fel, e prezent și funcțional, la acest nivel al persoanei conștiente, întreg cadrul logosului comunitar, limbajul și normele comunității, cunoașterea, reprezentarea și concepția despre lume specifice acesteia, structurată prin liniile de forță ale convingerilor și credințelor personale, circumscrise de idealitatea valorilor. Dacă societatea, cultura sunt prezente și se

---

<sup>1</sup> A se vedea 4.3.2.-8 și 5

exprimă prin existența fiecărei persoane, ființarea instanței socio-culturale se realizează, și ea, în mod evident, doar prin intermediul ansamblului indivizilor ce o compun, de toate vârstele, de ambele sexe, persoane cu diverse grade de instrucție și participare la destinul comunitar, cu variate nivele de inteligență, oameni liniștiți sau stridenți, sănătoși sau bolnavi, normali, geniali sau cu tulburări psihice.

Foucault (1) a corelat „marea recluziune“ din Europa occidentală post renașcentistă – ce avea în vedere închiderea persoanelor cu comportament excentric, deranjant pentru o societate cu reguli și funcționalitate rigidă, în „campusuri de concentrare“ deseori așezate pe locul fostelor leprozerii – cu o anumită etapă a dezvoltării spiritualității acestui colț de lume, în care se impunea „Rațiunea“ (a tot ordonatoare) împotriva „Imaginarului“ (înfrățit până la un punct cu dezordinea „Nebuniei“). Autorul francez a scris „Istoria Nebuniei în epoca clasică“ din perspectivă filozofică. El îl invocă de la început pe Descartes, care, în „Meditații metafizice“ (2) introduce, printre primii pași pe care-i parcurge îndoiala sceptică privitoare la criteriul adevărului, ipoteza tulburării mintale a gânditorului. Chiar dacă se poate demonstra că această referință nu atinge esența demersului cartesian (așa cum face Derrida) (3) care argumentează că doar ipoteza „geniului rău“ este, de fapt, una fundamental filozofică, nu putem ignora că problema tulburării mintale (a „nebuliei“) i-a preocupat nu doar pe medici. În plină Renaștere matură, Erasmus din Rotterdam (4) scria mica lucrare, prin care a rămas celebru, „Elogiul Nebuniei“ (Morias Enkomion). Cartea este interesantă pentru actualele preocupări de psihiatrie comunitară, deoarece în ea sunt abordate și comentate diverse excentricități, particularități și aberații mintale dintre care doar foarte puține ar putea fi încadrate, în prezent, în categoria tulburărilor psihice propriu-zis, diagnosticabile de către psihiatri. Se evidențiază astfel un continuum între presupusa normalitate și metamorfoza realmente patologică a psihismului, temă pe care o regăsim și la Montaigne și la moralistii francezi. De fapt, în marile „campusuri de concentrare“ pe care le comentează Foucault, erau internați nu doar alienați mintali evidenti, ci și multiple persoane ce perturbau liniștea publică, precum magicieni, vagabonzi, prostituate, libertini și protestatari vehemenți împotriva „Regimului“ politic. În mijlocul tuturor acestora, „nebulii“ aveau cel mai redus autocontrol; și deoarece deranjau viața curentă a celorlalți, deseori erau închiși în carcere și puși în lanțuri. Deci, în cadrul persoanelor „marginale social“, cei cu tulburări psihice majore ocupau uneori un loc aparte. Ar fi interesant dacă investigații de tipul celor făcute de Foucault ar fi privite nu doar din perspectivă filozofico-epis-

temică, ci și dintr-una socio-politică. Perioada „Clasică“, pe care el o comentează, este evident o perioadă a totalitarismului regal și nu una a democrației. Revoluția Franceză, cu orientarea sa doctrinară anti-absolutistă, marchează un moment simbolic, prin actul lui Pinel, care zdrobește lanțurile cu care erau încătușați nebunii (menționăm acest moment, deși „Revoluția Franceză“ a beneficiat de multiple interpretări). Sărind peste sec. XIX, în veacul al XX-lea ce tocmai s-a încheiat, Europa și întreaga lume au avut parte atât de felurite democrații, cât și de variate modalități de totalitarism (dintre care unul aparține fost cel comunist). Epoca noastră istorică a cunoscut și ea, ca cea descrisă de Foucault – dar cu alte condiționări decât invocarea Rațiunii – campusurile sale de concentrare. Și, deoarece „Imaginarul“ (și poate sistemele politice) sec. XIX nu a reușit să propulseze bolnavii mintali decât până la nivelul încadrării suferinței lor în medicină și a închiderii lor în azile, sec. XX a realizat practica abuzurilor psihiatrico-politice (similare, până la un punct, cu detenția Marchizului de Sade, în Franța prer evoluționară a sec. XVIII). Ba chiar mai mult, exterminarea lor fizică în Germania nazistă. Faptul că totalitarismul politic a marcat veacul XX până către sfârșitul său, face ca mișcarea psihiatriei comunitare din ultimele decenii să fie aparent corelată, cel puțin în principiu, cu impunerea unei ideologii a democrației. Dar se cer făcute unele precizări. Țări care se consideră de mult timp ca practicând un regim politic democratic, precum SUA, Marea Britanie, Franța etc., au început procesul dezinstituționalizării bolnavilor psihici și dezvoltarea ideii psihiatriei comunitare doar în ultimele decade ale veacului XX. Apoi, conceptul democrației socio-politice nu e unul foarte precis, ci se află, și el, în mișcare. Iar ceea ce apare în multe din țările „lumii civilizate“ ca formule tot mai noi ale democratizării societății implică și aspecte care au interesat și interesează psihiatria. Din această categorie fac parte: homosexualitatea (corelată cu problematica legiferării căsătoriei persoanelor de același sex și a dreptului de adopție a copiilor de către aceste familii); – perversiunile sexuale (răspândite prin casete video, filme porno); – dependența de droguri; – criminalitatea (realizată cu sânge rece de către persoane ce aparțin unor asociații de tip mafiot); – suicidul; – vagabondajul; – abuzarea intra-familială a copiilor (fizică, sexuală și psihică) etc. Aceste comportamente – care se află, ce e drept, în marginea psihopatologiei – nu au dispărut o dată cu democratizarea societăților. Poate fi considerat ca pozitiv faptul că, în timpul nostru, temele respective sunt plasate în dezbateri publice, studiate și analizate, cu încercări diverse de soluții sau inițiative de a le controla. Dar ele nu par să se fi redus acolo unde psihiatria comunitară a reușit deja să se impună. Este necesar ca modelul

autoritar-exclusivist al unor societăți cu atitudine reactivă față de boala psihică, față de aberațiile și particularitățile existenței umane, să se modifice în direcția toleranței, comprehensiunii, integrării. Dar, în același timp, e important să se imagineze și să se realizeze soluții valorice, cultural-spirituale, pentru desfășurarea vieții oamenilor, în sensul efortului diminuării și reducerii a ceea ce e rău și negativ, în direcția speranței într-o existență armonică și cu sens, orientată spre împlinire etic-axiologică. Dacă invocăm noțiunile de bine și rău, ne mutăm din planul socio-politic spre cel axiologic-filozofic. Și ar trebui să recunoaștem că acest lucru e necesar. Mai ales când, în prezent, multe comunități umane, privesc cu admirație spre – și tind să atingă cândva – modul de viață din Europa occidentală și America de Nord. Întrebarea care rămâne este: cât de mulțumite sunt cu sine, cu modul lor propriu de viață aceste socio-culturi? Și mai ales spre ce „mai bine“ speră ele în viitor, care sunt utopiile (5) care le dinamizează, direcțiile lor de metamorfoză istorială ?? Sau, dacă se neagă însăși ideea de utopie mobilizatoare care deschide universul speranțelor și a imaginării, ce se pune în locul acesteia?

Bolnavii mintali – înțeleși în sens medical – care, la un moment dat, pot fi identificați într-o socio-cultură dată, reprezintă o minoritate a populației respective. În același univers ecologic uman pot fi identificate minorități etnice sau religioase, corelate statutelor sociale sau creativității. Se poate vorbi de minoritatea copiilor preșcolari sau de cea a pensionarilor de vârstă. Homosexualii, bărbați și femei, de o bună perioadă de timp, revendică drepturi și respect social pentru minoritatea pe care o reprezintă. În același sens, s-ar putea vorbi de minoritatea persoanelor excepțional dotate, a infractorilor, a sinucigașilor. În cele din urmă, o societate dată, o comunitate socio-culturală, constă din suma minorităților ce o compun și pe care le integrează în diverse modalități.

Împărțirea unei comunități în diverse grupuri minoritare poate apărea până la un punct arbitrară. Ea reprezintă însă o realitate, de vreme ce multiple instituții și specialiști se ocupă de aceste persoane. Care, pe de altă parte, caută deseori să se asocieze efectiv, afirmându-și solidaritatea și căutând să-și promoveze interesele. În ceea ce privește indivizii cu tulburări psihice prelungite, care prezintă disabilități și dificultăți de integrare în rolurile sociale, aceștia, împreună cu familiile și cu relativii lor, se reunesc în asociații de auto-ajutor. Astfel, există și acționează, inclusiv în România, asociații ale rudelor, ale relativilor persoanelor cu deficiență mintală, ale copiilor cu autism infantil, ale celor cu boală Down sau boală Alzheimer; precum și asociații cu caracter mai larg,

care cuprind membri ai familiilor, dar și pe foștii pacienți ce prezintă defecte psihice minore din domeniul unor boli psihice, mai ales din cel al psihozelor schizofrene.<sup>2</sup> Aceste organizații non-guvernamentale (O.N.G.) completează acțiunile medicale terapeutice și depun eforturi pentru integrarea în societate a celor ce au trecut prin psihoză, boală, tulburare sau proces psihopatologic ce conduce la un anumit defect. Împreună cu echipele de acțiune medico-socială, dar implicând și administrația locală și diverse instanțe civice, ele se străduie ca, prin activități de reabilitare psiho-socială și programe „antistigma”, să se mențină cât mai mult și mai firesc în comunitate. Orbii, surzii, persoanele cu defecte de mers, cei care nu au atins un nivel intelectual normal etc., trebuie acceptați de către colectivitate. Iar aceasta urmează să crească cât mai multe punți de apropiere și integrare, fără a practica o rejecție care alienează. Din acest punct de vedere, minoritatea defectivilor psihici se cere a nu fi discriminată față de alte minorități defectiv-medicale.

Pentru psihiatrie mai există o față a problemei, atunci când se are în vedere întreaga societate. Circumscrierea „bolii psihice” nu e suficient de riguroasă și determinismul ei nu poate fi bine explicat decât pentru câteva categorii nosologice. În marginea „cazurilor psihopatologice clinice clare”, pe care se sprijină medicina psihiatrică, există tulburări și suferințe care, prin intensitate și mod de manifestare, apar ca marginale. Ele reprezintă o reală problemă, atât pentru indivizii în cauză, cât și pentru colectivitate. Ne aflăm acum nu după manifestarea unei tulburări psihice majore ce a lăsat sechele, ci înainte de identificarea și etichetarea cazului ca aparținând problematicii psihiatrice medicale. Astfel de situații modifică mult calitatea vieții persoanelor respective și a celor din jurul lor. Fapt ce are importanță, de vreme ce, cazul respectiv poate beneficia uneori de intervenții terapeutice preventive, de consiliere și suport psiho-social, de psihoterapie. Zona intermediară dintre patologia psihică pregnantă și modalitățile firești ale existenței oamenilor – din care suferința nu lipsește niciodată – necesită, de asemenea, atenție, chiar dacă nu o putem eticheta decât ca anormalitate, mai circumstanțială sau mai prelungită. În plus, se cere acordată atenție persoanelor „vulnerabile”; adică acelor care nu se află în anormalitate sau boală, dar au mai multe șanse decât restul populației, un mai mare risc de a le realiza.

---

<sup>2</sup>A se vedea paragraful 3.5.

Problemele menționate anterior sugerează că „modelul medical“ nu este suficient pentru identificarea, circumscrierea și abordarea nuanțată a stărilor psihopatologice. De aceea, au și existat tentative de a se construi și alte modele.

Lucrarea de față are patru părți:

a) **Bolnavul psihic în calitatea sa de caz psihiatric**, privit deci din perspectiva științei și practicii medicale (Cap. 2). Această abordare are la bază referirea la cunoașterea teoretică acumulată de știința medicală psihiatrică, sintetizată în tratate, reviste, comunicări științifice etc. Se au acum în vedere „cazuri tipice ideale“ la care realitatea nemijlocită a unui om bolnav și suferind psihic este raportată. Cunoașterea teoretică, ce se amplifică restructurându-se periodic, se impune ca un ghid pentru acțiunile practice ale psihiatrilor, în calitatea lor de terapeuți.

b) **Bolnavul psihic în calitate de cetățean** (Cap. 3). Aceasta este o abordare din perspectivă social comunitară, urmărind „cazul psihiatric“ în concretețea inserției sale în diverse comunități umane, împreună cu ansamblul problemelor pe care le ridică coexistența sa cu semenii și posibilitățile de a ameliora această existare împreună, din perspectiva subiectivă și a colectivității.

c) **Bolnavul și suferindul psihic în perspectivă psihopatologică** (Cap. 4); vor fi comentate inițial bazele teoretice ale psihopatologiei, apoi problema psihanalizei, dezvoltându-se ulterior tema (Paragraful 4) structurării normale și deviate a persoanei de-a lungul ciclurilor vieții, dintr-o perspectivă etologică, cognitivă și fenomenologică.

d) **Probleme ale psihopatologiei din perspectivă antropologică, fenomenologico-cognitivă** (Cap. 5). Acest capitol abordează inițial unele probleme specifice omului ca individ, (normal) cum ar fi persoana, conștiința, subiectivitatea, identitatea, spațio-temporalitatea specific antropologică, relaționarea socială, cunoașterea lumii, intenționalitatea, acțiunea, biografia. Ulterior, sunt comentate trăirile psihopatologice înțelese ca fenomene antropologice. Se încearcă atragerea atenției asupra specificului uman al psihopatologiei pe care psihiatria biologică a ultimelor decenii îl trece în plan secund. Abordarea fenomenologică se vrea o provocare pentru acel aspect al psihopatologiei „cognitiviste“ care pune accent pe fundamentele neuro-fiziologice cerebrale și cele modelabile logico-matematico-fizic (în sensul Inteligențelor Artificiale) ale manifestărilor psihice normale și patologice.

Textul acestei cărți nu e redactat în stilul unui manual sau tratat cu pretenții de exhaustivitate în abordarea problemelor. Aspecte descriptive psihopatologice sunt prezentate doar în câteva paragrafe (2.5.1., 2.8.2., 5.9 – 1.11).

Intenția lucrării este cea a unei dezbateri de idei, care să ridice probleme lectorului interesat în domeniile anunțate în titlu și în tabla de materii a paragrafelor capitolelor, invitându-l la meditație și dialog.

Cele patru abordări menționate presupun o anumită înțelegere a omului, o concepție asupra lumii umane. În continuare vom prezenta rezumativ concepția despre om, la care am aderat și pe care o avem în vedere.

Credem că, pentru necesitățile psihopatologiei, ar fi operantă viziunea lui Popper, diversificată și nuanțată în unele aspecte.

Popper (6) consideră că, atunci când se comentează existența „umanului“ (antroposului), trebuie distinse 3 lumi, aflate, desigur, în strânsă conexiune:

**1. Lumea corpurilor fizice;** aceasta este proprie omului, mai ales prin corporalitatea sa fizico-biologică și indirect prin unele „obiecte“ pe care le produce și le utilizează în cadrul lumii a 3-a.

**2. Lumea stărilor și proceselor mintale ale indivizilor,** trăite subiectiv și care sunt mai mult sau mai puțin exprimate public.

**3. Lumea produselor minții omenesti** și, în primul rând, a celor realizate prin intermediul limbajului descriptiv asertiv și critic (argumentativ). Din acestea ar face parte: miturile, poveștile, istoriile, romanele, dar mai ales teoriile științifice. Tot din lumea a 3-a face parte ceea ce e produs de om în celelalte două lumi, inclusiv obiectele fizice (de tipul celor din lumea 1) care sunt specifice, prin semnificația lor, lumii umane, așa cum ar fi bibliotecile, cărțile și revistele, sculpturile, picturile, desenele, piesele de teatru și simfoniile interpretate, dezbaterile științifice, produsele educaționale; dar și clădiri, uzine, unelte. Și la fel, acțiuni ce pornesc din lumea a 2-a, o traversează pe cea de-a 3-a, reîntorcându-se în cea de a 2-a, așa cum ar fi rezultatele pedagogiei, sau ale unei cure terapeutice psihanalitice.

Nucleul lumii a 3-a l-ar constitui teoriile științifice redactate în limbaj discursiv critic, care conține o cunoaștere „exo-somatică“ în raport cu individul muritor (în timp ce animalele posedă esențialmente o cunoaștere endo-somatică, raportată la perenitatea sau lunga existență a instanței genelor). Persoanele umane ca „euri“ conștiente ce constituie lumea a 2-a, înrădăcinate fiind în corpul lor bio-fizic (ce face parte din lumea 1) sunt ancorate în lumea a 3-a, pe care nu doar o produc și o cunosc, dar o și metamorfozează, dezvăluind în instanța teoretică (ca, de exemplu, cea matematică) noi și noi aspecte. Sau, criticând și testând experimental validitatea teoriilor; care, astfel, pot să „moară“, fiind înlocuite cu teorii științifice noi, mai „adevărate“. Apare, astfel, perspectiva creșterii cunoașterii care reprezintă „un fel de“ evoluționism, comparabil, până la

un punct, cu cel biologic. Popper s-a interesat efectiv de evoluția din biologie și de progresele etologiei, fapt care face ca viziunea lui, dezvoltată adecvat, să fie utilă unor noi sinteze în psihologie și psihopatologie.

Concepția ontologică a lui Popper este una predominant structural-statică ce identifică și circumscrie trei instanțe. Realitatea ființei și ființării umanului este însă esențialmente și una dinamică, a intercorelațiilor, inter-condiționărilor reciproce, a metamorfozelor și devenirii. Acest aspect, plasat în plan secund de către Popper, va sta și el în permanență la baza presupuzițiilor ontologice ale lucrării de față.

Psihopatologia de la sfârșitul sec. XX și începutul sec. XXI nu poate ignora nici înrădăcinarea persoanei conștiente în solul său biologic, și nici specificitatea umanului, pentru aproximarea căreia, doctrina lui Popper este plină de sugestii.

Dezvoltarea ontogenetică, afirmarea situațională și metamorfoza creatoare a persoanei umane conștiente se realizează la nivelul conjuncției dintre individualul biosului și individualul antroposului (acesta din urmă apărând și manifestându-se la un nivel evolutiv superior față de cel al biosului). Din această perspectivă, conștiința unei persoane este doar un aspect al realității de ansamblu al umanului. Mai precis, ea e plasată la polul „individualului” (în lumea a 2-a a lui Popper). Antroposul, pentru a se circumscrie integral, presupune în cadrul unei înțelegeri largite a lumii a 3-a a lui Popper atât instanța logosului supraindividual, precum și pe cea a idealității logico-valorice a spiritualității, ce deschide ființa și ființarea umană întru transcendență (7). Logosul comunitar, bazat pe limbajul asertiv critic pe care-l evidențiază și-l aduce în prim plan Popper, cuprinde instanța comuniunii comunitare a intersubiectivității și relațiilor persoanelor angajate în practici instituționalizate; precum și produsele „teoretice” așa de pregnant comentate de Popper ca mituri, povestiri, romane, teorii științifice etc. Instanța cultural-spirituală presupune (implică) unele limite, marcate de „idealitatea” pe care o introduce logica și instanța valorilor (de bine, adevăr, frumos). Acest nivel al idealității limitative este unul ambiguu, deoarece, în același timp, el deschide orizontul transcedentalo-transcendent ce face posibilă creația întru nou și încercarea de fundamentare a existenței. Cele trei instanțe ale: a) individualului conștiinței, b) comuniunii comunitare a logosului și c) idealității valoric-transcendente, coexistă într-o permanentă interacțiune și definire reciprocă (în interșanjabilitate și „perihoreză” (8). Fundamentarea acestei problematice antropologico-ontologice depășește domeniul comentariului psihiatrico-psihopatologic și, deci, al dezbaterii prezente.

Totuși, subliniem că acceptăm trei instanțe interconectate și interdeterminate în interiorul antroposului (distinct de bios), fapt ce interesează domeniul pe care-l avem în vedere. Menționăm:

### Lumea a-3-a a lui Popper în sens lărgit

Inserție în bios în fisis	Individualul persoanei conștiente	Logosul comunitar supraindividual practico-teoretic bazat pe limbajul asertiv-critic	Idealitatea logico-valorică ce delimitează umanul, deschizându-l în direcția transcendenței și a creației întru nou, întru devenire
---------------------------------------	---	--	--

Psihologia și psihopatologia, în calitatea lor de științe antropologice, se centrează tradițional pe individualul persoanei conștiente. Această realitate (a persoanei conștiente) are la bază, evident, corporalitatea biologică-cerebrală a speciei-om, cu toate potențialitățile și capacitățile sale și cu tot ceea ce aceasta înmagazinează ca și cunoaștere. De fapt, până la un punct, e vorba de o „pre-cunoaștere“, în sens de predispoziție în direcția selectării anumitor informații ambiante care, progresiv, devin și structurante, și apoi se instituie ca noutate și originalitate. Dar, *individul-persoană* poartă cu el, înscris în el, tot ceea ce îi este supraordonat, în perspectiva logosului și a spiritualității<sup>3</sup>.

Pe această cale, deci, fiecare individ uman poate accede la ansamblul structural al specificului ontologic al umanului, înțeles ca antropos.<sup>4</sup>

<sup>3</sup>Această temă, a includerii ansamblului instanțelor umanului în individualitatea persoanei conștiente, este reluată și în paragraful (4.3.2. – 8).

<sup>4</sup>Termenul de „antropos“, echivalent cu „umanul“ considerat în globalitatea și complexitatea sa (deci, reunind cele trei instanțe menționate), este utilizat pentru a sparge stereotipa de gândire care ne face ca, atunci când invocăm omul, să avem în vedere, în primul rând, dacă nu exclusiv, instanța individuală a acestuia, persoana umană conștientă. Susținem ferm că și celelalte două instanțe menționate – cea a logosului comunitar practico-teoretic susținut de limbajul asertiv critic și cea cultural-valorică a spiritualității ce deschide orizontul transcendenței – au realitate ontico-ontologică în afara (deasupra) existenței persoanei individuale, ce se naște și moare (în conformitate cu programul solului de individ biologic în care e inserată); moarte care e esențialmente una biologică și nu specific umană.

## I. Bibliografie, note, comentarii

1. Foucault, M., (1996), *Istoria nebuniei în epoca clasică*, Ed. Humanitas, București.
2. Descartes, (1993), *Meditații metafizice*, Ed. Crater, București, p. 20: „Dar, deși simțurile ne înșeală uneori... poate că există și multe altele, în legătură cu care, în mod rațional, nu te poți îndoi; cu toate că le recunoaștem prin intermediul respectivelor simțuri; de exemplu, că acum sunt aici, așezat lângă sobă, îmbrăcat în halat, având în mână această coală de hârtie, și altele de această natură. Și cum aș putea să neg că aceste mâini și corpul acesta sunt ale mele? Decât dacă nu cumva mă așez în rândul celor smintiți, al căror creier este atât de deranjat și de întunecat de aburii negrii ai bilei, încât dau fără întrerupere asigurări fie că ei sunt regi, pe când ei sunt, de fapt, foarte sărmani; fie că sunt înveșmântați în aur și purpură, pe când ei sunt complet goi; sau își imaginează că sunt ulcioare, sau că au un corp de sticlă. Dar aceștia sunt nebuni, și cum aș fi eu mai puțin extravagant dacă m-aș conduce după exemplul lor?”
3. Derrida, J., (1998), „Cogito și istoria nebuniei”, în *Scritura și diferența*, Ed. Univers, p. 52–98.
4. Erasmus, (1959), *Elogiul nebuniei*, Ed. Științifică, București.
5. În ultimul timp s-a comentat mult pe seama „utopiilor” socio-politice considerate ca nebenefice, nocive chiar, în perspectiva politico-istorică. Această atitudine a fost declanșată de K. Popper, printr-o lucrare publicată în 1945 și tradusă în limba română.
  - a) Popper, K., (1993), *Societatea deschisă și dușmanii ei*, Ed. Humanitas, București. Privitor la ideea de „Utopie” nu poate fi ocolită lucrarea:
  - b) Cioran, E., (1992), *Istorie și utopie*, Ed. Humanitas, București; autorul, răspunzând unei scrisori primite de la C. Noica, denunța ideologia comunismului de tip rusesc-leninist ca responsabilă pentru: „degradarea ideii de utopie”, idee față de care, ca om de cultură, avea un anumit respect, ba chiar nostalgie. Menționăm și poziționarea lui Ricoeur, dintr-o carte publicată în 1986 și tradusă în limba română.
  - c) Ricoeur, P., (1995), *Eseuri de hermeneutică*, Ed. Humanitas, București; în lucrare este luată în dezbateră problema ideologiei și utopiei (socio-politice) în termeni care lasă dialogul deschis (p. 204–231).
6. Karl Popper a fost un teoretician al dezvoltării și metamorfozei „Teoriilor științifice” în sensul creșterii cunoașterii prin „falsificarea” (invalidarea), repetată în timp, a teoriilor existente la un moment dat. Pe lângă concepția sa asupra celor 3 lumi, Popper s-a preocupat și de problema minte-corp, începând cu lucrarea care a publicat-o împreună cu Eccles (1977) și continuând până la sfârșitul vieții sale, perioadă din care face parte și unul din textele menționate (g). Vom prezenta o listă cu cele mai semnificative publicații ale sale în domeniile amintite, dintre care unele au fost traduse în limba română:

- a) Popper, K., (1960), *The logic of scientific discovery*, Huchivson, London.
  - b) Popper, K., (1970), „Adevăr, raționalitate și progresul cunoașterii științifice“ în *Logica Științei*, Ed. Politică, București, p. 99–128.
  - c) Popper, K., (1974), „Epistemologia fără subiect cunoscător“ în *Epistemologia orientării contemporane*, Ed. Politică, București, p. 69–120.
  - d) Popper, K., Eccles, J. C., (1977), *The Self and its Brain*, Ed. Springer, Heidelberg.
  - e) Popper, K., (1981), „Raționalitatea revoluțiilor științifice“ în *Îstoria științei și pre construcția ei conceptuală*, Ed. Științifică și Enciclopedică, București.
  - f) Popper, K., Lorenz, K. (1997), *Viitorul este deschis*, Ed. Trei, București.
  - g) Popper, K., (1997), *Cunoașterea și problema corp-minte*, Ed. Trei, București.
  - h) Popper, K., (1996), „Problema minte-trup“ în *Botez, Filozofia mintalului*, Ed. Științifică, București, p. 197–208 (98).
7. Lăzărescu, M., (1994), *Eseu despre ființele intermediare*, Ed. de Vest, Timișoara.
8. Conceptul de „perihoreză“ este dezvoltat de dogmatica creștină ortodoxă care înțelege prin el co-prezența, inter-pătrunderea între ele ale celor trei ipostaze ale Dumnezeuului unic. A se vedea:
- a) Stăniloaie, D., (1978), *Teologia Dogmatică Ortodoxă*, Ed. Institutului Biblic, vol. 1, București.
  - b) Rezuș, P., (1989), *Teologia Ortodoxă Contemporană*, Ed. Mitropoliei Banatului, Timișoara.



## 2. BOLNAVUL PSIHIC ÎN IPOSTAZA DE „CAZ“ MEDICAL PSIHIATRIC

### 2.1. Cazul psihiatric în perspectiva științei medicale și a logosului

Medicina este o practică umană. Ea reunește specialiști care, într-un cadru instituționalizat, studiază, diagnostichează și tratează boli, se ocupă de prevenția reapariției și recăderii acestora, de promovarea sănătății. Psihiatria este o ramură a medicinei. În această calitate de „știință“ (9), ea studiază, diagnostichează și tratează boli psihice, „tulburări psihice și comportamentale“<sup>5</sup> ce interferează negativ cu funcționarea socială, cu starea de bine subiectiv a persoanei, cu integrarea comunitară și creativitatea acesteia.

Medicina, în general, și psihiatria, în special, se referă, deci, la suferințe de tip malativ. Cunoașterea acumulată de medicina psihiatrică este organizată într-un discurs de tipul teoriei științifice, care presupune o definiție – o circumscriere – a bolilor cunoscute și ordonarea lor într-un sistem nosologico-nosografic structurat după anumite principii. Discursul științific regional al psihiatriei, prezent în manuale, tratate, ghiduri practice, instrumente de evaluare standardizate, reviste științifice, comunicări la congrese, cursuri etc., rezultă din experiența practică a psihiatrului și echipei sale, precum și din cercetările sistematice realizate în domeniu. El poate beneficia și de cunoștințele obținute în

---

<sup>5</sup> Expresia de „Tulburări psihice și comportamentale“ intenționează să o înlocuiască pe cea de „Boli psihice“ în ultima clasificare internațională a bolilor, publicată de OMS în 1992 (a se vedea bibliografie 34).

științe conexe, cum ar fi genetica, etologia, „științele creierului“, psihologia, sociologia, antropologia culturală, etica. Practicianul, ce abordează un caz concret, se raportează mai mult sau mai puțin conștient la cunoașterea mai sus menționată, pe care și-au însușit-o sau la care are acces. În plus, el se bazează pe experiența sa, pe cazurile similare ce le-a tratat sau le-a cunoscut nemijlocit, pe cazuistica reunită în culegerile de „cazuri-tipice“, „cazuri școală“, „cazuri robot“, „cazuri atipice“, „cazuri problemă“ (10). În cele din urmă, se poate susține că circumscrierea într-un tratat a unei boli reprezintă un fel de sinteză cazuistică abstractă, ce funcționează drept ghid. În ansamblu, cazuistica poate fi considerată ca un ansamblu de cazuri descrise, comentate și interpretate, ce umple distanța dintre o boală definită într-un manual de medicină și un caz dat. Această perspectivă poate fi considerată ca valabilă pentru întreaga medicină și permite un comentariu paralel cu practica juridică, în care cazuistica joacă, de asemenea, un rol important. Se cere subliniat faptul că, ori de câte ori e vorba de un bolnav (psihic) real, comentarea sa drept „caz“ e posibilă doar în măsura în care el e transpus în instanța logosului. Adică, este descris prin limbaj, i se întocmește o foaie de observație (sau un dosar) ce cuprinde diverse documente: consemnarea datelor biografice din diverse surse, examen psihiatric, referințe ale altora asupra comportamentului său în diverse situații, (de exemplu, raportul asistentului social, informațiile de la relativi), examenul psihologic, examenele de laborator, notarea evoluției, epicriza, sinteza rezumativă comentată și interpretată a tulburărilor sale. Astfel, „cazul“ devine accesibil și altora, fiind transmis prin discurs, prin documente scrise sau înregistrate și difuzate prin mijloace mass-media (casete audio, fotografii, texte, înregistrări video), chiar în absența fizic-existențială a persoanei în cauză. Aceasta poate fi în altă localitate, poate să fi trecut mult timp de la circumscrierea sa drept caz, poate chiar să fi decedat. Și totuși, ea – în calitate de caz – este accesibilă multora, tocmai datorită existenței sale secunde, în substanța logosului.

Perspectiva psihiatriei, considerată în primă instanță ca știință medicală, se referă deci la cazul psihiatric, la cazurile psihiatrice ce emană din realitatea nemijlocită a pacienților, dar nu se confundă cu realitatea efectivă a existenței acestora, ci sunt transpuse în abstracția științifică formulată în instanța logosului. Investigarea, formularea diagnosticului, terapia, toate sunt considerate, la acest nivel, entități abstracte, teoretice, normative până la un punct. Acest plan teoretic-normativ stă la baza a ceea ce, ulterior, se petrece efectiv, evenimential, în relația nemijlocită interpersonală dintre medic și pacient, între membrii echipei de diagnostic, terapie și reabilitare, și beneficiarii lor.

Considerarea bolnavului psihic drept caz psihiatric este până la un punct distinctă de considerarea sa ca cetățean, ca membru mai mult sau mai puțin activ al unei comunități umane (Cap. 3). Și la fel, distinctă de abordarea sa din perspectiva trăirilor sale subiective, mai mult sau mai puțin conștiente, a unei psihopatologii antropologice în care pe prim plan trece analiza structurării și devierii existenței sale abordată din punctul de vedere al subiectivității conștiinței personale (Cap. 4 și 5).

## 2.2. Modelul medical în psihiatrie. Considerații generale

De vreme ce psihiatria a fost acceptată ca o ramură a medicinei, un model medical al tulburărilor psihice trebuia inevitabil să se impună. Faptul a ieșit în evidență la cumpăna dintre secolul XIX și XX, prin opera lui Kraepelin. (11) Autorul german a pus bazele unui sistem nosologico-nosografic relativ coerent al tulburărilor psihice și a insistat asupra faptului că, și în cazul acestora, trebuie să se aibă în vedere nu doar perspectiva semiologică (simptomatologică), ci și cea a terenului, cea etiologică și evolutivă. „Demența precoce” pe care a individualizat-o (și care stă la baza cadrului nosologic a ceea ce ulterior s-a numit schizofrenie) a fost considerată ca o boală ce apare pe terenul unor persoane de vârstă tânără și are o tendință evolutivă nefavorabilă, conducând spre un defect psihic grav „demențial” (de aspect diferit decât cel al demențelor organice de la vârsta adultă și tardivă, adică la o „demență vesanică”). Etiologia bolii era considerată ca necunoscută, dar plasată în marginea tulburărilor organic-cerebrale majore. Deci, cu un termen ce s-a impus la începutul secolului nostru, Kraepelin consideră demența precoce (=schizofrenie) ca o „psihoză endogenă”. În contrast cu demența precoce (=schizofrenie), Kraepelin a descris și o altă psihoză endogenă, boala maniaco-depresivă care ar apărea la vârsta adultă și s-ar caracteriza prin alternanțe, la diverse intervale de timp, ale unor episoade maniacale sau depresive, evoluția obișnuită fiind spre remisiune completă interepisodică.

Modelul medical a fost mult dezvoltat și rafinat în ultimele trei decenii, în paralel cu alte modele teoretice, care nu au încetat niciodată să se afirme în decursul veacului (12).

Psihopatologia ca știință s-a dezvoltat tot în acest secol XX, având un prim moment de vârf în lucrarea lui Jaspers, din 1911, intitulată „Psihopatologie generală” (13). De la prima ediție și tot mai insistent în edițiile următoare,

Jaspers a insistat asupra faptului că „boala psihică“, deși se bazează pe realitatea oamenilor suferinzi, este, în cele din urmă, un construct teoretic abstract, realizat din cunoștințele comunității „științifice“, așa cum se agregă acestea la un moment dat. Boala psihică și sistemul nosologico-nosografic al psihiatriei constituit astfel reprezintă un model ideal, de referință, în raport cu cazurile individuale și cazuistica acumulată. Această interesantă și importantă idee, care a fost reluată de către Glätzel (14) și de mulți alții, credem că nu a fost suficient analizată de cei ce s-au preocupat, până în zilele noastre, de „modelul medical“ în psihiatrie.

Comentarea tulburărilor psihice din perspectivă medicală presupune abordarea următoarelor teme: terenul, episodul psihopatologic, simptomatologia sindromatică ce caracterizează un astfel de episod, etiopatogenia, problematica bolii psihice și a sistemului nosologico-nosografic al psihiatriei, defectul, diagnosticul și terapiile specifice.

### 2.3. Terenul predispus pentru tulburări psihice

Unul din aspectele importante ale medicinei sec. XX constă din redescoperirea rolului pe care-l joacă terenul, în conjuncție cu noxele actuale, în condiționarea apariției unui episod malativ. Pentru psihiatrie, terenul constă din ansamblul caracteristicilor bio-psiho-sociale și spirituale ale persoanei, așa cum se manifestă ele, la un moment dat, ca rezultat al întregii biografii. Vârsta și sexul fac parte, evident, din teren; dar și multe alte aspecte, precum factorii genetici, particularitățile tipologico-caracteriale, inteligența, fondul de cunoștințe și abilitățile subiectului, instrucția, competențele sale profesionale, statutul marital și felul în care este el inserat în nișa sa ecologică umană (15).

Terenul personalistic poate avea particularități, poate fi defectiv sau vulnerabil. Astfel, la vârsta adultă, ca o consecință a unor noxe ce au acționat în cursul ontogenezei, individul poate prezenta un intelect insuficient de complex și dezvoltat (o deficiență mintală de diverse grade), o majoră incapacitate în relaționarea socială (drept consecință a manifestării din copilărie a unei „dezvoltări pervasive“, de tipul „tulburării autiste“). Sau, poate să se manifeste printr-o tulburare a trăsăturilor tipologico-caracteriale însoțite de comportament dis-social. Această ultimă situație este receptată de psihiatria clinică sub forma unui diagnostic de „tulburare de personalitate“ și plasată în unele sisteme de

de trăiri, expresii și comportamente ce persistă rigid, sustrăgând subiectul de la angajările și receptanța sa firească, în raport cu diversitatea solicitărilor ce vin din lumea în care el își petrece viața, reducând sau anulând libertatea sa decizională, de autocontrol și proiecție întru viitor. Ca o consecință, integrarea și performanțele sale sociale suferă.

Un e.ps. are o anumită durată care este important să fie precizată. El începe la un moment dat, identificabil mai mult sau mai puțin precis, evoluează spre atingerea unei intensități și complexități semiologice maxime, regresând apoi, cu sau fără tratament, până la o remisiune totală sau cu defect. E.ps. clinic poate fi precedat de o perioadă prodromală de săptămâni, luni sau ani de zile (fapt demonstrat, în prezent, pentru unele psihoze endogene). De asemenea, în unele cazuri, perioada de remisiune nu este de la început stabilă, existând un timp în care revenirea este reală, dar vulnerabilitatea maximă; astfel încât, consolidarea remisiunii se realizează de abia după un anumit timp. Iar această remisiune poate fi cu sau fără defect clinic și social. În perspectivă temporală (diacronă) ar mai fi de făcut următoarele remarci. Există tulburări psihopatologice ce se manifestă paroxistic (cu durată de câteva minute, rar câteva ore) – de exemplu, atacuri de panică – dar recurent; sau, care durează câteva zile, revenind apoi. În aceste cazuri, delimitarea e.ps. are în vedere momentul începerii acestor episoade paroxistice sau scurte, dar recurente și cel al finalului lor. Este, de asemenea, important să se clarifice dacă în spatele manifestărilor paroxistice de scurtă durată nu stă și o tulburare psihică „subclinică” care, mai mult decât vulnerabilitatea de fond și cea circumstanțială, favorizează sau potențează apariția recurentă a simptomelor (de exemplu, o tulburare depresivă pentru atacuri de panică izolate, dar repetate). În sfârșit, se cere menționată și situația în care de la începutul apariției și progresiei manifestărilor psihopatologice acestea nu se remit, cazul evoluând progredient spre cronicitate. Aceasta se petrece în mod firesc în demențe, rar în schizofrenie și alte boli psihiatrice (fig. V, VI).

Ceea ce caracterizează în mod specific un e.ps. este tabloul clinic semiotic. Adică, ansamblul simptomelor psihopatologice care apare și se organizează de obicei în anumite structuri sindromatice. Din punct de vedere clinic psihiatric, este important să se identifice care sunt primele simptome ce se instituie, cum progresează tabloul psihopatologic până la intensitatea sa maximă, în ce constă configurația sindromatică a acestui moment de psihopatologie extremă, care este ordinea în care simptomele dispar; și dacă nu rămân cumva simptome reziduale, articulate mai mult sau mai puțin cu trăsăturile de personalitate (vulnerabilă, particulară, dizarmonică). Tabloul psihopatologic al e.ps. va fi reabordat, pentru

o mai bună înțelegere, după ce va fi comentată semiologia psihiatrică, în perspectiva sindroamelor psihopatologice.

Alături de tabloul clinic semiologic-sindromatic și de perspectivă temporală a duratei, dinamicii în timp, frecvenței, e de menționat și faptul că e.ps. se corelează și cu terenul, etio-patogenia și terapia. Terenul vulnerabil poate fi un factor predispozant, caz în care întâlnim o apropiere între tabloul clinic și caracteristicile structurale de fond ale personalității. De exemplu, un e.ps. anxios poate apărea frecvent la o persoană nesigură de sine și evitantă, unul depresiv la o persoană pasiv-dependentă, cu stimă de sine scăzută, unul schizofren la o persoană schizoidă etc. Această corelație nu se întâlnește totdeauna. Dacă un e.ps. anxios apare la o persoană hiperexpresiv-histrionică, atunci trăsăturile de fond ale personalității vor juca doar un rol patoplastic, prin care manifestările pacientului capătă unele aspecte particulare.

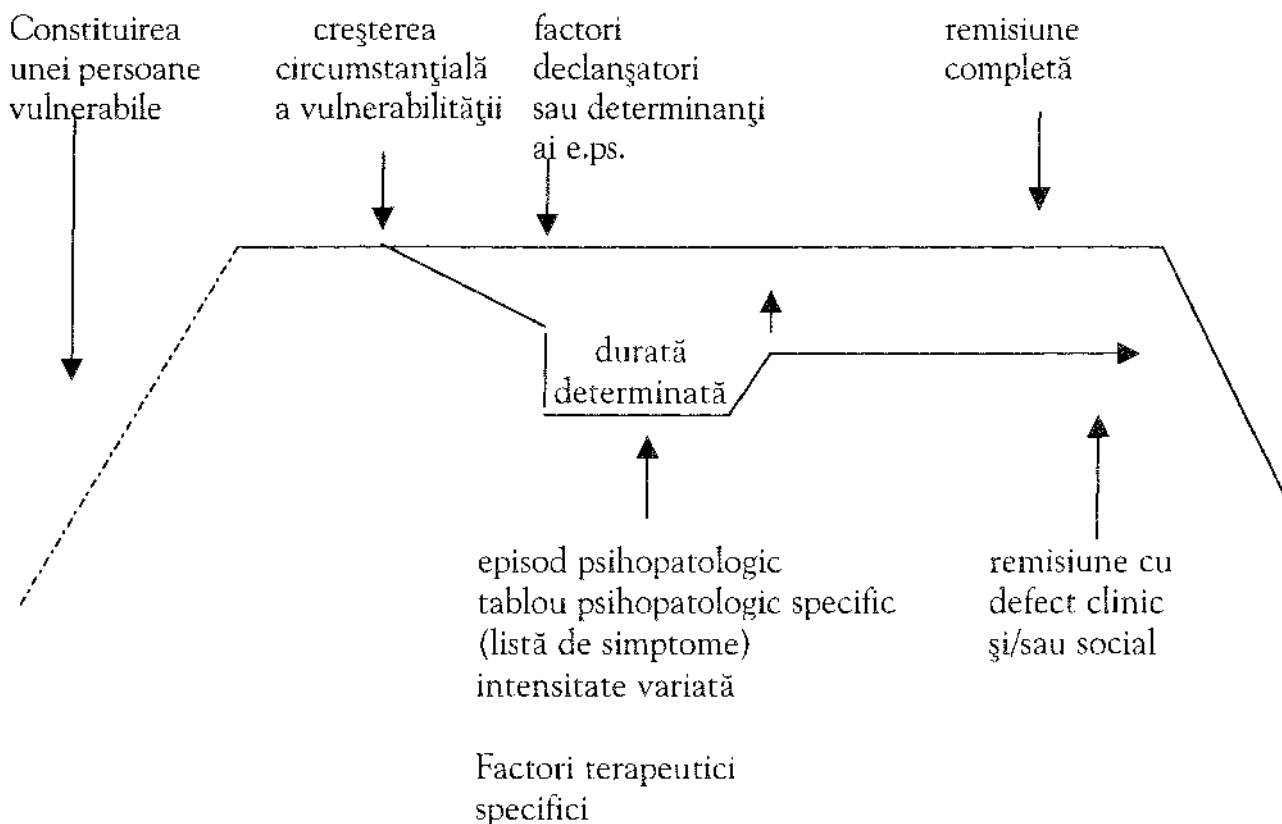


Figura V. Episodul psihopatologic – caracteristici generale

– e.ps. ce se manifestă predominant prin stări paroxistice intermitente

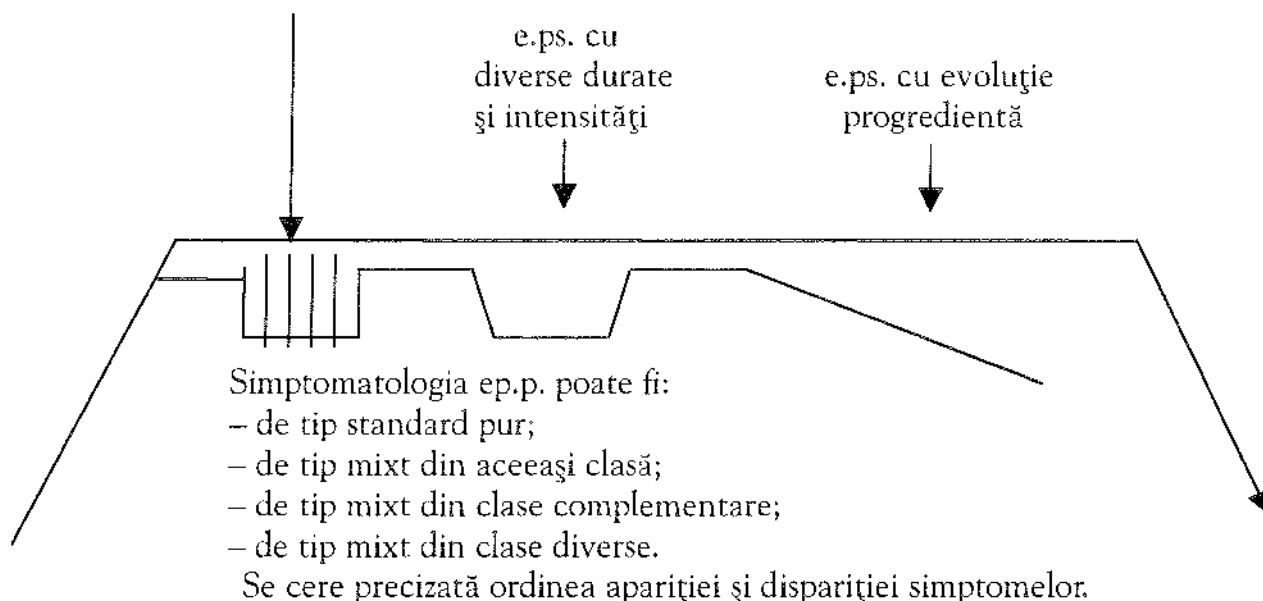


Figura VI. Tipuri de episod psihopatologic

Terenul și determinismul se cer clarificate, pe cât se poate, în circumscrierea unui e.ps.; căci, în raport cu acești parametri, se poate elabora și proiectul terapeutic. În genere, un e.ps., chiar prin profilul său clinic – prin simptomatologia sa – sugerează unele indicații terapeutice, fizico-biologice și psihosociale. Se poate considera că un episod psihotic se caracterizează, chiar de la început, și prin terapia sa specifică. Acestea se precizează însă tot mai mult în perspectiva încadrării unui e.ps. într-o eventuală „boală psihiatrică“.

Revenind la caracterizarea nucleară a unui e.ps., se cere subliniat că tabloul clinic (semiologic-sindromatic) al acestuia constă din modalități de trăire și comportament rigide, puțin influențate de factorii ambientali, maladaptative, care se manifestă ca o limită sau o caricatură a trăirilor umane firești. Persoana umană normală „ek-sistă“<sup>9</sup> proiectiv și creator în lumea sa, alături de-și-împreună-cu-alții, inserați în normativitatea și structura socio-culturii sale, dimensionată printr-o constelație specifică de valori și prin anumite moduri de vizare a transcendenței.

<sup>9</sup> Expresia de „ek-sistență“ e împrumutată din literatura existențialistă, în primul rând de la Heidegger și Sartre.

Subiectul normal se află permanent în situații problematice, pe care trebuie să le rezolve și în care se angajează activ, împlinind astfel prezența sa în lume, actualitatea trăirii și afirmării sale. Când ajungem la trăirile și comportamentele psihopatologice, se petrece o cădere din acest dinamism, din cooperarea cu alții și realizarea proiectivă de sine. Dar căderea – minusul, caricatura – se referă la ceva ce face parte din firescul existenței persoanei, având un corespondent în acestea. Așa sunt, de exemplu, variantele psihopatologice ale depresiei, anxietății, fobiei, asteniei, explozivității comportamentale, obsesionalității etc.

## 2.5. Semiologie psihiatrică

În perspectivă teoretică, se pot descrie sindroame psihopatologice tipice – ideale – ca și cadre de referință pentru realitatea clinică. Chiar în acest plan ideal, se cere a se face o diferențiere între simptom, care se referă la perturbarea unui aspect limitat, a unei funcții psihice precise – de exemplu, atenția, percepția, memoria, reprezentarea, curiozitatea, interesul, dispoziția afectivă, decizia de acțiune, ritmul derulării proceselor psihice etc. – și sindrom, care se referă la un ansamblu coerent structurat de simptome ce se manifestă frecvent împreună, având o anumită semnificație existențială și un anumit suport de perturbare neuro-fiziologică. În cadrul diverselor e.ps. întâlnim tulburări psihice care gravitează în jurul unuia sau mai multor sindroame psihopatologice tipice, interconectate într-un mod determinat în cazul dat. Totdeauna este important ca, pe lângă identificarea sindromului principal – sau a principalei configurații sindromatice, care poate face parte dintr-o anumită clasă (de ex., cea anxioasă), să se noteze cu minuțiozitate și prezența, în diverse grade de intensitate, a tuturor simptomelor, de la începutul apariției acestora și până la finalul e.ps. respectiv. Scalele de evaluare (cantitativă) psihopatologice<sup>10</sup> sunt axate tocmai pe această prezență și identificare diacronă a simptomelor (27, 28, 29, 30, 31, 32, 33).

În continuare, vom comenta semiologia psihiatrică din perspectiva sindroamelor, deoarece acestea au de obicei (și în principiu) un echivalent în trăiri omenești firești, precum depresia (tristețea), euforia sărbătorească, spaima, frica, convingerile fanatice etc. Aspectul psihopatologic constă în faptul că respectiva

---

<sup>10</sup>Privitor la scalele psihopatologice cantitative, a se vedea paragraful 2.10.

trăire se detașează de contextul comprehensibil, argumentat și dinamic al existenței, devine persistentă, acaparează trăirea sufletească a subiectului care și pierde deschiderea spre varietatea sensurilor existenței și apelurilor umane, interpersonale și socio-culturale, se detașează din integrarea normală în existența comunitară, uneori perturbând-o; și astfel, subiectul devine un „străin“, un „alienat“ în raport cu ceilalți. La baza fiecărui e.ps. „standard“ – al căror număr îl considerăm în principiu limitat – stă și o tulburare neuro-fiziologică specifică, deseori o perturbare în neuro-transmisia anumitor sisteme cerebrale, mediate de neuro-transmițători specifici, hiper sau hipofuncția unor structuri funcționale cerebrale zonale. Această bază biologică, a tulburărilor psihice sindromatice, este intens cercetată în ultima perioadă, obținându-se, progresiv, tot mai multe cunoștințe.

**Sindroamele psihopatologice standard (s.ps.st.),** așa cum vor fi prezentate pe scurt în continuare, sunt ipostaziate în situația de cazuri tipice ideale. Ele sunt indicate printr-o denumire, caracterizate prin 1–3 elemente esențiale și prezentate printr-o listă de simptome care circumscrie forma de referință. În realitatea clinică e posibil să nu fie prezente toate simptomele formei ideale, ci un grupaj semnificativ al acestora. De aceea s-a dezvoltat sistemul de diagnostic politetic, practicat în DSM-III – IV (31) și care enumeră o listă de simptome, precizând un număr minim al acestora, necesar pentru ca diagnosticul să fie pus. Același procedeu e utilizat în sistemul internațional lansat de OMS – ICD-10 (34). Desigur, și simptomele trebuie definite univoc și clar, fapt realizat, în prezent, în diverse manuale internaționale, cum ar fi SCAN-OMS (30) și AMDP (35). Unele simptome, sau chiar grupaje de simptome pot fi prezente în mai multe sindroame. Acest fapt nu creează dificultăți în descrierea s.ps.st. dar are importanță în identificarea corectă a tabloului clinic al unui episod psihopatologic. În diagnosticarea acestuia, pe lângă evaluarea combinației sindromatice ce îl caracterizează, se cere a se face, de fiecare dată, o listă de simptome, menționându-se și intensitatea acestora. Lista urmează să fie reevaluată periodic, atât în ceea ce privește dispariția sau apariția unor noi simptome, cât și în ceea ce privește intensitatea acestora.

Diferențierea dintre simptom–episod maladiv–sindrom–boală, este necesară și posibilă pentru întreaga psihopatologie și psihiatrie clinică. Există, însă, și domenii în care ea e problematică. De exemplu: în ce măsură halucinațiile sau fobiile pot fi considerate simptome sau elemente ale unui sindrom fobic sau halucinator? Există, apoi, sindroame complexe, ce cuprind multe arii simptomatice, cum ar fi s. depresiv, s. maniacal, s. anxios etc.; și altele, care cuprind o arie mai

redușă, așa cum ar fi s. Korsakov. În sfârșit, se ridică și problema interferenței cu nosologia. Desigur, se poate descrie un s. delirant, de ex., într-o formă sistematizată, de tip paranoiac, dar există și o entitate nosologică ce se definește aproape exclusiv, prin prezența delirului sistematizat = paranoia. În sfârșit, așa cum deja s-a menționat, s. psihopatologice se pot combina în „macro-sindroame“, care, la rândul lor, pot fi părți componente ale entităților nosologice (de ex., macro-sindromul schizo + și schizo – etc.).

### 2.5.1. Descrierea principalelor sindroame psihopatologice standard

#### 1. Sindromul (S.) *anxios* (=anxietatea generalizată, anticipativă).

Anxietatea se caracterizează prin sentimentul unui pericol difuz, neprecizat ca temă, loc și timp de apariție; se însoțește de neliniște psihomotorie și tulburări neurovegetative, predominant în aria cardio-respiratorie. Anxietatea se întâlnește în normalitate, mai ales în situațiile cu semnificație neclară, de vid informațional și lipsă de repere orientative (a „punctelor de sprijin“ existențiale). Baza sa neurobiologică este destul de bine studiată în prezent, derivând din reacția hipervigilă față de stimulii noi, prezentă și la animale. Există diverse teorii care propun și o etio-patogenie psihogenă anxietății patologice.

În cadrul s. *anxios*, subiectul are sentimentul pericolului nedefinit și se află într-o stare de așteptare încordată, uneori de investigare continuă a ambianței. Este hipervigil, centrat pe viitorul imediat, atenția este distributivă, cu dificultăți de concentrare persistentă; rezultă deficiențe în rezolvarea temeinică a problemelor. Subiectul poate imagina eventualități nefavorabile, ce i s-ar putea întâmpla lui sau celor apropiați; uneori, chiar bănuiește apropierea unor întâmplări negative, care nu-i sunt însă suficient de clare; în unele cazuri se poate vorbi de „frica de moarte“ sau de echivalente ale acesteia. Subiectul se simte vulnerabil, e nesigur de sine, resimte nevoia de sprijin din partea altora. De aceea, suportă greu singurătatea și întunericul. Uneori, nu poate dormi singur sau cu lumina stinsă. În general, starea de rău se accentuează vespéral, cu insomnie de adormire și coșmaruri, ale căror teme sunt deseori iminența căderii în gol. Psihomotor, este neliniștit, cu un tonus muscular crescut (nu se poate relaxa), stă cu dificultate mai mult timp într-un loc, privirea e mobilă și investigatoare, își mișcă permanent mâinile, uneori își roade unghiile. Este tensionat, uneori hiperreactiv la stimuli minimi (irascibil, nervos). Neurovegetativ, prezintă o tahicardie și o tahipnee de fond, de obicei transpirații (palmare, în axile sau difuze),

accelerarea tranzitului intestinal, posibile grețuri și balonări, hiperexcitabilitate mușchiulară (datorită hiperpneei), uneori, dermografism crescut, amețeli, senzații de cald sau frig etc. S. anxios poate avea diverse condiționări, intensități și durate. El se poate combina cu depresia, fobia, mai rar cu obsesia; iar în formele sale intense, cu delirul.

**2. Atacul de panică** constă din sentimentul morții iminente, însoțit de tulburări neuro-vegetative marcate. Este o trăire paroxistică, delimitată în timp, a cărui echivalent în normalitate poate fi considerată spaima de intensitate extremă. Neurofiziologic, sunt prezente perturbări de neurotransmisie, mai ales în hipocamp. Subiectiv, pacientul resimte faptul că se află în iminența morții, pe care o corelează cu unele manifestări corporale ce le trăiește concomitent: senzație de sufocare, tahicardie intensă (aceasta poate avea alura de 120–140 bătăi/minut; pacientul stă cu mâna pe puls și are impresia că inima va înceta să bată dintr-o clipă în alta); senzație de vertij și cădere în gol, de leșin. Poate apărea și sentimentul derealizării. Trăirile și fenomenele corporale pot consta, în plus, din algii (mai ales cefalee și dureri abdominale), tahipnee cu dificultăți de respirație (ce sugerează o criză de astm bronșic), tranzit intestinal accelerat, cu relaxarea sfincterelor. Pacientul adoptă uneori o poziție nemișcată (solicitând totuși ajutorul, fapt ce face ca, nu rareori, să se manifeste hiperexpresiv, în maniera crizei „histerice“); sau se precipită prin orice mijloc spre un serviciu medical. Durata e limitată la câteva minute sau ore. Poate apărea ca fenomen singular, sau corelat cu anxietatea, fobia, depresia; dar și cu alte sindroame (mania, s. schizofreniform etc.).

**3. Sindromul Fobic.** Fobia constă dintr-o frică intensă și nemotivată comprehensibil. La fel ca frica obișnuită, ea se referă la anumite „obiecte“ (situații sau teme) ce fac parte din existența subiectului. Acestea pot fi parțial evitate sau se pot lua măsuri de asigurare. Lumea persoanei se împarte în două mari zone: cea a toposurilor, în care subiectul se simte în siguranță, departe de „obiectele“ cunoscute ca fobogene, și cea a unei ambianțe neprotejate, în care acestea pot apărea și se impun ca atare. În cazul întâlnirii cu obiectul fobogen, subiectul resimte o stare subiectivă și corporală neplăcută, ce poate să se manifeste ca și atac de panică. Bazele neurofiziologice ale fobiei sunt, în mare, aceleași ca cele ale anxietății, cu precizarea că frica normală (și deci, și fobia) depinde destul de mult de experiențele trăite ale subiectului și deci, de învățare. O aceeași persoană poate prezenta unul sau mai multe tipuri de fobii, forma cea mai complexă fiind agorafobia în sens larg.

Fobiile se descriu și se identifică în funcție de obiectul (situația, tema) la care se referă. Astfel, se menționează: a) Fobii speciale; o parte din acestea sunt

fobii spațiale: – de spații înguste cu posibilități minime de a le părăsi (de ex., cabina ascensorului) = claustrofobie; – de spații largi ce nu pot fi parcurse de către subiect singur, fără un punct de sprijin („Platzschwindel“ descris de Westphal); – de înălțime sau adâncime (acesta se poate însoți, uneori, de compulsia de a se arunca în gol). Altele se pot referi la: fobia de diverse animale, de foc, apă, tunet, de medic sau injecții, dentist etc. b) Fobia socială: aceasta constă în dificultatea de a se manifesta în prezența unor persoane necunoscute sau semicunoscute. De ex., faptul de a vorbi în public (sau chiar de a sta într-un prezidiu), de a mânca, scrie sau chiar de a-și face necesitățile în zone publice. În contextul apariției sociale, subiectul devine extrem de emoționat, e tahicardic, transpiră, uneori îi roșește fața; evitarea apariției în public poate avea uneori ca motiv frica de a nu roși în fața altora (ereutofobia). Frica de a se prezenta la examene orale se corelează cu această fobie.

Un tablou special îl constituie agorafobia în sens larg, care constă în frica patologică de a se deplasa și acționa singur în spații publice, departe de casă, loc de muncă sau alte toposuri în care subiectul se simte în siguranță și protejat. E vorba, deci, de deplasarea pe stradă, în piețe, în magazine, la spectacole, în mijloace de transport în comun (tramvai, autobuz), deplasarea cu trenul sau avionul etc. În aceste împrejurări pot apărea atacuri de panică; iar, ca urmare, pacientul evită situațiile respective, fapt ce creează serioase handicapuri. Agorafobia poate fi corelată ontogenetic cu așa-zisa fobie de separare și de contact (cu situații și persoane noi); precum și cu „fobia de școală“ ce poate apărea în prima zi de participare la viața școlară, departe de mediul protectiv familial.

Fobiile se pot corela cu anxietatea și depresia (mai ales în forma fobiei de boală, a fobiei de a nu înnebuni); dar și cu obsesia, caz în care sunt implicate unele fobii speciale. În forme majore, anxietatea fobică poate evolua în direcția delirului paranoid.

**4. Sindromul obsesiv-compulsiv.** Obsesia constă din trăiri ce se impun repetitiv conștiinței, fără voia subiectului care luptă împotriva lor, dar fără succes. În normalitate, astfel de situații apar după trăirea unor evenimente extrem de impresionante sau a unei stări în care subiectul s-a făcut de rușine. Trăirea remușcării, manifestată prin „vocea conștiinței morale“, face parte din aceeași clasă. Bazele neuro-fiziologice ale s. obsesiv-compulsiv sunt tot mai precis identificate, ele implicând și căile de neurotransmisie serotoninergică ce ajung în nucleii bazali.

Trăirile obsesive psihopatologice repliază subiectul pe sine însuși într-o situație de ego-distonie. În s. anxios și cel fobic, persoana era orientată spre lumea

înconjurătoare de unde erau așteptate evenimente periculoase sau apariția unor „obiecte“ (situații) fobogene. În obsesie, subiectul e atent și preocupat de trăiri pe care le resimte ca izvorând din el însuși; și încearcă să se detașeze de acestea, dar nu poate scăpa, deoarece ele revin recurent. Lumea înconjurătoare îl interesează mai puțin; și, în consecință, este mai puțin atent la ea. Totuși, ambianța îl poate interesa pe obsesiv, atunci când apar anumite teme fobic-obsesive. În plus, ca un alt aspect al suferinței, obsesivul este extrem de nehotărât, astfel încât, manifestarea sa prin acțiune eficientă este minimă.

Obsesiile se referă predominant la trăiri subiective; iar compulsiile, la intenții de act și acte obsesive. Între tipurile de obsesii pot fi menționate: amintiri și reprezentări obsesive; acestea din urmă pot porni de la amintiri obișnuite, banale; se pot constitui și cu o contribuție imaginativă, sub forma unor scene terifiante ce apar ca posibilități (accidente ce se întâmplă celor dragi, modalități concrete de a-și omorî propriul copil etc.). Rumiții obsesive: constau din preocuparea față de unele idei, teme, întrebări, probleme fie concrete, corelate cu evenimente ce vor avea loc sau au avut loc, fie constând din întrebări repetitive privitor la teme ce nu pot fi soluționate prin simplă meditație (de exemplu, există oare Dumnezeu? sau extraterestrii? cum e viața după moarte? etc.). Dintre compulsiile pot fi menționate intenții de act, de obicei cu coloratură hetero sau autoagresivă. De exemplu, intenția de a înjura în biserică sau în tramvai, cea de a lovi o persoană ce se află în față, de a-și omorî propriul copil, de a rupe afișe, de a da foc, de a se arunca de la înălțime, de a folosi obiecte ascuțite, agresând pe altul sau pe sine. Subiectul se luptă chinuitor cu aceste tendințe și până la urmă, nu trece la act sau execută un act simbolic. La acest nivel, compulsia se poate combina cu „fobii anankaste“ ca, de exemplu, cea de obiecte ascuțite sau înălțime. Ritualul este un act simplu, repetitiv, fără semnificație practică, uneori având, pentru subiect, o semnificație simbolică, magică. Așa sunt verificarea obsesivă (dacă au fost închise robinetele, lumina, ușile); sau, aritmomania, numărătoarea obsesivă ce se poate însoți de efectuarea, de un număr de ori, a unor mișcări, pași, înainte de a realiza un act eficient. E de menționat, în mod special, ablutomania, care constă din spălarea repetitivă pe mâini, de zeci sau sute de ori pe zi; aceasta se combină, de obicei, cu fobia anankastă de murdărie și microbi.

Sindromul obsesiv-compulsiv de diverse intensități se combină cu depresia, anxietatea și, uneori, poate sta în marginea sindroamelor schizofreniforme. El se poate instala reactiv (ca în reacția de stres posttraumatic), sub modalitatea unei nevroze, ca și comorbiditate psihotică; e prezent, de asemenea, în sindromul Jilles de la Tourette, în coreea Hungtington și în variate tulburări organice cerebrale.

**5. Sindromul depresiv (depresia inhibată).** Acesta are un echivalent evident în tristețea ce urmează pierderii unei persoane dragi (doliu) sau ca o consecință a unor alte pierderi. Bazele neuro-fiziologice sunt tot mai sistematic studiate, principala cauză fiind considerată insuficiența neurotransmisiei prin sistemul aminergic. În perspectivă psihopatologică, cea a s. standard, se are în vedere, la acest nivel, depresia inhibată.

Sindromul depresiv se caracterizează printr-o hipertimie negativă, constând din lipsă de speranță, auto-devalorizare și preocupare față de moarte; concomitent, se întâlnește o bradipsihie și o inhibiție a tuturor funcțiilor psihice, blocând manifestarea persoanei.

Depresivul trăiește subiectiv o suferință intensă. El nu mai are nici o speranță, viitorul îl vede în negru, eventual marcat de catastrofe și ruină generală; sau, pur și simplu, această dimensiune a timpului nici nu mai există. De altfel, nici prezentul nu-l atrage, nemaexistând pentru el nici un indiciu că în lumea umană ambiantă s-ar putea găsi ceva care să merite a declanșa o acțiune cu sens. Nu-l mai interesează evenimentele ce se petrec în jurul său și nici persoanele cu care vine în contact. Singurul aspect temporal, ce rămâne valabil, este trecutul din care subiectul selectează doar aspectele negative, cele care susțin proasta sa părere despre sine, lipsa sa de valoare sau vinovăția. Depresivul nu doar că nu mai are încredere în sine, ci se autodepreciază, se consideră un om incapabil, lipsit de orice valoare, uneori marcat de sentimentul rușinii; dar mai ales de cel al vinovăției. Ieșirea din viitorul ce susține devenirea – dar și din prezentul ce menține contactul cu lumea – precipitarea spre trecutul negativ alimentează ideea morții. Depresivul se gândește la moarte, ajunge să și-o dorească, e preocupat de ceea ce o poate favoriza (de ex., boli somatice), face planuri de punere în practică a sinuciderii; și, uneori, o și realizează. Ansamblul acestor trăiri subiective rupe subiectul de inserția sa firească în comunitate; rezultă o retragere socială, un refuz al contactului și relațiilor.

Alte aspecte ale sindromului depresiv se referă la bradipsihie și inhibiție. Atenția e deficitară în sensul dificultății de concentrare și persistență; percepția e diminuată; sentimentul scurgerii timpului e încetinit; memoria, sub toate formele sale, e inhibată; cursul ideativ e lent, cu ideăție săracă și stereotipă; rezolvarea de probleme e inefficientă; limbajul e redus cantitativ, „telegrafic“, comunicarea interpersonal-socială se reduce până la modalitatea mutismului, a nerăspunderii la întrebări și solicitări. Psihomotricitatea e inhibată; subiectul se mișcă lent și puțin, putând ajunge la imobilitate în poziție fixă (=stupor melancolic). Expresia feței este caracteristică, indicând suferința, cu comisurile căzute

și fruntea încrețită în forma literei grecești omega. Instinctul sexual (ca libido și act), precum și cel alimentar (ca apetit și alimentație) sunt inhibate. Subiectul scade intens în greutate, multe kilograme în câteva luni, prin nealimentare. Agresivitatea este în tensiune, dar cu repliere pe sine (cu tendința la automutilări și suicid). Somnul e redus cantitativ, cu insomnie de trezire și coșmaruri specifice. Bioritmul circadian se manifestă prin rău matinal. Corporal, crește estezia intero- și proprioceptivă, cu scăderea pragului pentru dureri și cu apariția cenestopatiilor. Se manifestă spasme pe organele interne, exprimate prin constipație, migrenă, favorizarea crizelor astmatiforme; scade imunitatea etc.

În formele ușoare, s. depresiv poate fi mascat de tulburările somatice sau de consumul de alcool. În formele grave se poate ajunge la stupor melancolic (imobilitate specifică însoțită de negativism) și la delir. S. depresiv se combină frecvent cu s. anxios, s. obsesiv și cu altele.

**6. Sindromul somatoform.** Echivalentul în normalitate îl reprezintă senzația corporală neplăcută din oboseală și durerile ce captează atenția subiectului. Sinteza centrală a informațiilor intero- și proprioceptive poate fi modificată și prin perturbarea unor circuite de neurotransmisie.

În psihopatologie, trăirea subiectului poate fi dominată de senzații corporale neplăcute, de „cenestopatii“ localizate predominant într-o zonă (precordial, abdominal), uneori, însoțite de disfuncții neuro-vegetative, generalizate, deseori migratorii; starea este etichetată de obicei ca tulburare de somatizare. Algia psihogenă constă din dureri care nu au o bază organică evidentă, dar apar în urma cumulării unor stresori psiho-sociali. Tulburarea hipocondriacă constă din preocuparea prevalentă a subiectului în legătură cu ideea că ar putea fi bolnav de o maladie gravă, cu toate că examinările medicale sunt normale (trebuie exclusă depresia sau fobia centrată pe tema bolii). O altă tulburare este cea astenică, în care subiectul resimte o oboseală și slăbiciune corporală generală și persistentă, cu incapacitate de efort fizic; se poate însoți de cefalee, amețeli și alte trăiri corporale neplăcute (se cerc exclusă prezența unei boli somatice). Trăirile de tip astenic pot viza și efortul intelectual.

**7. Sindromul disociativ de conversie corporală.** Echivalentul în normalitate îl constituie manifestarea corporală din emoțiile puternice, dar fără implicarea neurovegetativă din acestea. Se pot menționa: – Leșinul psihogen: se instalează o stare de leșin cu suspendarea sau îngustarea câmpului de conștiință (a vigilității conștiente) și, uneori, convulsii ce mimează criza epileptică; ele se petrec în public, în urma unei psihotraume; pacientul nu se lovește în cădere, nu-și mușcă limba etc. Paraliziile disociative psihogene se manifestă în același

context stresant; pacientul nu-și poate mișca unul sau mai multe membre, nu poate vorbi etc. Anesteziile disociative psihogene apar și ele în context stresant; hiposensibilitatea cutanată nu respectă zonele de inervație. Se mai pot întâlni: pierderea vederii (parțială), surditate sau anosmie psihogenă: mișcări involuntare psihogene (de tip coreiform etc.), vărsături, dispnee astmatiformă, pseudo-sarcină psihogenă etc. Există o tranziție spre patologia psihosomatică. Aceste manifestări psihopatologice apar de obicei în conjuncție cu „stările disociative de conștiință” („stări crepusculare”), în cadrul cărora, subiectul se deplasează fără a percepe foarte clar ambianța, dar cu o relativă orientare în ea; acestea se declanșează relativ brusc, au o durată limitată – de câteva ore – fiind urmate de amnezie lacunară. Uneori, durata lor e mai prelungită, de zile sau săptămâni, caz în care sunt etichetate ca „fugi patologice”. Se pot corela cu „dubla personalitate” (a se vedea și s. de depersonalizare).

**8. Sindromul maniacal.** Echivalentul în normalitate ar putea fi considerat euforia sărbătorească. Bazele neurofiziologice sunt parțial elucidate în perspectiva tulburărilor de neuro-transmisie cerebrală.

S. maniacal se caracterizează, în esență, printr-o hipertimie pozitivă, ce exprimă sentimentul propriei valori și a unei capacități nelimitate. Concomitent, se întâlnește o tahipsihie și o dezinhibiție psihică generalizată.

Maniacalul se simte bine; el e vesel, euforic, fericit. Alteori, poate predomina iritarea. Are o bună părere despre sine, se simte valoros și capabil de a întreprinde și realiza aproape orice. El nu acordă interes trecutului, iar prezentului doar în măsura în care reprezintă un sprijin pentru proiecte de acțiune viitoare. Pentru maniacal, timpul hipervalorizat este prezentul, care este, însă, nestructurat; și, apoi, viitorul într-un sens larg și nedefinit (el nu este, ca și anxiosul crispat pe un viitor imediat și amenințător). Încrederea în sine și omnipotența îl deschid spre proiecte multiple, ce i se par ușor de realizat în lumea sa umană, împreună cu, sau fără colaborare cu alții. Oricum, e deschis spre societate și spre ceilalți, e comunicabil, în permanent contact cu oamenii. Problema eventualei vinovății nu-l interesează; și, la fel, nici consecințele actelor sale asupra altora.

Ansamblul proceselor psihice se derulează rapid. Atenția e hipermobilă și nepersistentă (dar nu de tip investigator, ca în anxietate). Percepția este accentuată, procesele mnestice se desfășoară la un nivel crescut (dar, în faza aceasta, faptul nu e util persoanei, datorită tahipsihiei). Fluxul proceselor cognitive, în general, și fluxul ideativ (cel orientat spre gândirea eficientă) este accelerat. Faptul alterează desfășurarea proceselor semantice și lingvistice. Rezultă ceea ce s-a numit „fugă de idei”. Aceasta se manifestă prin trecerea rapidă de la o idee

(temă) la alta (fără finalizarea unui proces de gândire), printr-o vorbire rapidă, ca ritm, și de intensitate crescută, în care abundă legăturile semantice prin asonanță sau prin analogii superficiale; și care e parazitată de percepții și reamintiri diverse. Maniacalul poate cânta sau recita poezii, poate improviza creații poetice și manifestări plastice lipsite de consistență și valoare. Psihomotor, el se mișcă în permanență, fără un scop precis, putând ajunge la stări de agitație, caz în care ocupă tot spațiul ce-i stă la dispoziție sau se deplasează pe distanțe mari. Debitul accelerat al vorbirii se asociază cu o sociabilitate crescută. Contactele psihice și comunicarea cu alții, chiar complet necunoscuți, se realizează ușor. Maniacalul e lipsit de reticențe, spune altora tot ce observă și crede, fără menajamente și fără a respecta regulile vieții sociale obișnuite. Pe de altă parte, sociabilitatea sa e contagioasă în sensul că transmite celor din jur buna sa dispoziție, îi face să râdă de glumele și observațiile sale, îi antrenează în activități de moment. Dar, personal, nu poate urmări persistent un scop precis al acțiunii. Doarme puțin, fără a se simți obosit, e dezinhibat sexual, ca libido și erotism. Poate fi polifagic.

Într-o formă ușoară a tulburării, în starea hipomaniacală, e posibilă sporirea randamentului socio-profesional prin energia de acțiune și sociabilitatea crescută, prin lipsă de reticență, hipermnezie etc. Dacă procesul hipomaniacal se amplifică, comportamentul devine disocial prin cheltuire exagerată de bani, aventuri erotice dezordonate, începerea mai multor acțiuni ce nu sunt finalizate, consum de alcool și droguri. În formele mai grave, se ajunge la importante stări de agitație, uneori, cu îngustarea vigilității conștiente.

Starea maniacală se poate combina cu delirul (congruent și incongruent), poate alterna și se poate combina cu elemente ale s. depresiv. Au fost menționate chiar atacuri de panică.

**9. Sindromul depersonalizării și al dedublării personalității.** În normalitate, orice persoană conștientă resimte că este centrată de un eu (de un „sine“ = „self“, „selbst“) care îl delimitează de lume și de alții, și face ca el să fie „el însuși“, adică o ființă originară și originală de-a lungul timpului și evenimentelor trăite, a interrelațiilor, a identificărilor cu imaginile altor persoane, cu normele sociale și cu concepția despre lume a socio-culturii în care trăiește.

Depersonalizarea psihopatologică se caracterizează prin sentimentul pierderii identității cu sine în toate planurile. Subiectiv, individul poate avea impresia – resimte faptul – că „eu nu mai sunt eu“, „parcă mă preschimb“, „parcă încep să devin altul“, „parcă mă dedublez“. Sentimentul limitelor personale se estompează atât psihologic, cât și corporal (în perspectiva schemei corporale).

Subiectul are impresia că limitele corpului sunt mai mari sau mai mici. În plus, în unele cazuri, corpul e resimțit ca lipsit de viață, „devitalizat“, ca și cum ar fi format din materiale anorganice. Istoria biografică parcă nu mai aparține subiectului; la fel ca statutul social sau numele său. Trăirea dedublării personalității poate îmbrăca mai multe forme. Uneori, subiectul resimte neplăcut faptul că nu mai este o persoană unică, în el existând parcă două ființe (de ex., una bună, alta rea). În forme delirante, dedublarea poate îmbrăca forma posedării; el resimte că în corp este un animal (posesiune zoopatică) sau un spirit malefic, un demon care vorbește în numele său (posesiune demoniacă). Dedublarea personalității poate îmbrăca și modalități diacrone, ca în unele stări disociative de conștiință. Pacientul poate realiza „fugi patologice“, cu durata de zile sau săptămâni, timp în care se comportă altfel decât în mod obișnuit. S-au descris și stări de dublă (sau multiplă) personalitate: personalitatea secundă se desfășoară, de obicei, săptămâni sau luni de zile, adoptând un alt nume, o altă identitate, un alt stil comportamental; pentru ca, apoi, să se revină la personalitatea de fond. Aceste ultime aspecte se corelează cu tulburarea „stările disociative de conștiință“ corelate tulburărilor conversive comentate la punctul 7.

**10. Sindromul de transparență și influență psihică.** În normalitate, orice om prezintă o structurare a psihismului său conștient după o diagramă intim-public. Există trăiri care reprezintă un secret personal, altele care sunt discutate doar cu persoane apropiate sufletește (persoane intime) sau cu cele familiare; la fel, o serie de trăiri și expresii sunt adresate unor persoane parțial cunoscute și altele necunoscuților. În anumite împrejurări, subiectul poate fi obligat (forțat, prin șantaj, tortură etc.) să dezvăluie public ceea ce el păstra doar pentru un grup mic de persoane.

În sindromul de transparență-influență, subiectul pierde libertatea de a decide el ce rămâne un secret personal; și, la fel, libertatea de a lua singur decizii pentru acțiune. Principalele simptome sunt: impresia (sentimentul, convingerea) că alții îi cunosc gândurile, că acestea difuzează în lumea din jur, se repetă ca un ecou, devin sonore, sunt furate și făcute publice de către alții, sunt puse sub control. Mai poate fi prezent sentimentul de influență psihică ce constă din impresia (sentimentul, convingerea) că: alții – alte persoane – acționează asupra propriei gândiri, fabrică sau contrafac propriile-i gânduri, extrag sau implementează, din exterior, gânduri subiectului, impun din afară (=influență xenopatică) emoții și sentimente, dirijează deciziile și comportamentul (subiectul se simte ca un automat dirijat de la distanță, de către alții, în tot ceea ce el face); sau chiar, că alții îi produc în corp senzații neplăcute sau îi modifică forma corpului.

S. de transparentă-influență se poate combina cu cel delirant, dar și cu cel depresiv sau maniacal sau dezorganizant.

**11. Sindromul halucinator și al distorsiunii perceptive.** Percepția umană este un proces complex care depinde nu doar de informația oferită circumstanțial, ci și de selecția pe care individul o realizează, desfășurată pe un anumit fond de vigilitate; apoi, de memoria ce permite recunoașterea, de procesul intelectual-aperceptiv ce permite circumscrierea ansamblului perceptiv ca o figură semnificativă pe un fond informativ neutru. Ea se află în corelație cu imaginarea și reprezentarea. Datum-urile percepute, ale lumii, pot avea diferite ranguri de semnificație și relief, și mari varietăți în raport cu vârsta, instrucția, limbajul, cultura și situația. În general, oamenii adulți ai unei socio-culturi date au un fond comun de percepții valide, fapt care și permite comunicarea și comuniunea. Totuși, există în normalitate aspecte particulare, distorsionate ale percepției, precum iluziile sau percepții idiosincrazice, pendinte de imaginar, de experiență, convingeri, nivel al vigilității conștiente etc. Pentru multe din aspectele psihopatologice ale percepției s-au identificat baze neurofiziologice. Menționăm câteva dintre tulburările perceptive:

– *Iluzia* este o percepție distorsionată și incorectă, în primul rând în aspectele sale formale: contur, mărime, apropiere a obiectului perceput, raportul său cu restul elementelor de fond ale câmpului perceptiv etc. Dincolo de normalitate, ea e frecventă în stări de modificare a vigilității conștiente, în emoții puternice, după consumarea unor substanțe psihoactive etc. În aceste contexte psihopatologice pot fi modificate și identificarea, semnificația și interpretarea obiectului perceptiv. Cel mai frecvent e vorba de false identificări de persoane; imaginea cunoștințelor familiare ale subiectului sunt proiectate pe obiectul perceput, ducând astfel la iluzii.

– *Paraeidolia* este, de asemenea, un fenomen ce se întâlnește predominant în normalitate și, mai rar, în patologie. Constă din structurarea perceptivă, cu formă semnificativă, a unor date informative vagi (cum ar fi: configurația norilor, mucegaiul sau rugina, urmele de cafea de pe o ceașcă etc.). Fenomenul exprimă o putere imaginativ-representativă crescută a persoanei.

– *Halucinația* constă dintr-o trăire perceptivă pregnantă, lipsită de o bază informativă actuală corespunzătoare. Deci, așa cum s-a formulat, clasic, e vorba de o percepție fără obiect de perceput. Totuși, e dificil să se identifice situații în care subiectul este lipsit de orice informație exterioară, chiar minimă. Fenomenul halucinator devine mai comprehensibil dacă se iau în considerație așa-numitele „halucinații funcționale“ care se declanșează cu ocazia percepției

unei informații reale dar amorfe. De ex., de câte ori trece un tramvai sau cântă o pasăre, subiectul percepe o halucinație auditivă. Halucinațiile au fost sistematizate după simțuri: – **auditive:** simple (zgomote) apelative, imperative sau comentative (caz în care subiectul aude vocea mai multor persoane care comentează ceea ce face sau valoarea propriei persoane); – **vizuale:** simple (fosfene, culori), reprezentând animale, ființe umane sau supranaturale, scene în desfășurare (halucinații panoramice); – **gustative** (senzații de gust deosebit în gură, în absența sau cu ocazia alimentației); – **olfactive:** percepția unor mirosuri (inexistente) ce emană din lumea înconjurătoare sau din propriul corp; – **kinestezice:** senzații că părți ale corpului sunt mobilizate; – **sexuale:** senzații deosebite în aria sexuală, ajungând până la orgasm; – **cutanate:** senzații că pe piele sau sub piele se mișcă ceva, eventual anumite organisme. În final, menționăm încă câteva aspecte ale problemei. Halucinațiile sunt similare percepției, care vine din afara corpului (a limitelor schemei corporale). Dar se întâlnește și un fenomen (denumit halucinație psihică) ce constă în faptul că, respectiva „percepție“ vine din interiorul organismului (vocile vorbesc din cap, din stomac sau inimă). Patologia înregistrează și fenomenul „agnoziei“ ce constă în imposibilitatea de a recunoaște și identifica un element perceptiv familiar, chiar dacă sunt utilizate mai multe simțuri; simptomul este comentat mai mult de neurologi, dar merită menționat și la acest nivel.

**12. a) Sindromul delirant.** Prin delir se poate înțelege o convingere patologică, nemodificabilă prin argumente, într-o idee-temă mai mult sau mai puțin aberantă. Domeniul convingerilor se articulează cu cel al opiniilor, părerilor, credințelor ce se constituie în interioritatea persoanei conștiente pe baza experienței sale de viață într-o socio-cultură dată, a cărei „weltanschauung“ învăluie ca o atmosferă punctele de vedere personale. Convingerea nu este însă indemnă de experiența trăită de subiect. Iar, la acest nivel, se produc articularea și corelarea reciprocă a cunoașterii sedimentate cu percepția actuală (înțeleasă în sens larg). Adică, în perspectivă psihopatologică, corelația strânsă, între delir și halucinații (sau cu tulburările perceptivă în sens larg). Din altă incidență, convingerea unui subiect e strâns corelată cu „poziționarea sa thetică“, mai precis, cu atitudinea dispozițională (afectivă) de fond, fie aceasta euforică, depresivă, anxioasă, de neîncredere și suspiciune, de tensiune. Poziționarea afectivă atitudinal-thetică predispune subiectul spre selecționarea și interpretarea informațiilor ce-i vin din ambianță, predominant într-o anumită direcție: cea a lipsei de valoare proprie, cea a valorii sale excepționale sau cea a atitudinii suspicios-nefavorabile a altora, eventual a indiferenței acestora. Pornind de la acest nivel primar,

se poate ajunge, progresiv, la constituirea componentei „tematice“ a delirului. Structura tetrico-tematică se bazează pe elementele ce structurează identitatea subiectului cu sine însuși, inclusiv receptarea schemei corporale. În normalitate, convingerile subiecților pot fi, uneori, prevalente sau chiar fanatice, capturând întreg universul de preocupări, receptivitate și proiecte de acțiune. Angajarea pe o astfel de direcție poate fi pe termen mediu sau prelungit, de obicei fiind vorba de persoane dizarmonic-psihopate, care au trăit evenimente de viață deosebite. Dată fiind complexitatea antropologică în cadrul căreia se dezvoltă preocupările și acțiunile prevalent-fanatice și cele delirante, baza neuro-fiziologică a acestora e mai greu de identificat decât în cazul dispozițiilor anxioase, depresive sau euforice. Totuși, există eforturi în această direcție, precum și unele rezultate.

Delirul, ca sindrom psihopatologic, are în spate o elaborare, o pregătire ce uneori derivă din structura caracterială și poate fi, până la un punct, augmentată prin evenimente de viață psihotraumatizante. La structurarea sa pot contribui și tulburări dispoziționale, sau trăiri psihopatologice din seria depersonalizării, a sindromului de influență-transparentă, a halucinațiilor etc. Totuși, el poate să se instaleze cu un minimum de astfel de comorbiditate sub forma „delirului primar“.

Tematica delirului este extrem de variată, cuprinzând mai toate ariile preocupărilor omenești obișnuite: gelozie și erotomanie, megalomanie sub forma invenției deosebite sau a descendenței ilustre, hipocondrie, dismorfofobie și posesiune zoopatică, sentimentul unei atitudini ostile din partea altora exprimată în multiple forme, convingerea într-o misiune istorică sau religioasă ieșită din comun etc. Delirul paranoiac se desfășoară într-o aparentă logică (sau „hiperlogică“) și se vrea argumentat până în cele mai mici amănunte. De fapt, el exprimă însă rigiditatea unei gândiri ce nu poate lua în considerare eventualitățile și posibilul.

Sindromul delirant se combină frecvent cu cel halucinator, depersonalizant și de transparentă-influență, cu cel anxios-fobic, depresiv, maniacal și dezorganizant, în diverse forme. El poate apărea și în cadrul suferințelor organice cerebrale. Reactiv, dacă nu există o vulnerabilitate specială, apare doar o preocupare prevalentă.

**12. b) Sindromul paradelirant și parahalucinator.** Atât sindromul halucinator, cât și cel delirant sunt „pregătite“ de modificări bio-psihologice (corelate mai mult sau mai puțin cu evenimente de viață trăite) care stau la baza izbucnirii și instalării lor pregnante. Dacă considerăm delirul și halucinația în forma lor tipică (pură), atunci, în psihopatologie întâlnim și alte manifestări care sunt intermediare între acestea și pe care le vom menționa în prezentul paragraf.

– **Dispoziția delirantă bazală („Basalewahnstimung“)**. Aceasta a fost descrisă de către psihopatologii germani (Jaspers, Schneider, Gruhle) ca stând la baza „delirului primar“ ce ar fi caracteristic schizofreniei. Subiectul are impresia, pe care o trăiește perceptiv-interpretativ, că lumea cu care este în contact este „altfel“; deși nu sunt prezente iluzii sau halucinații, pacientul resimte o semnificație specială a evenimentelor; nimic nu-i pare întâmplător, toate par a fi în legătură între ele și cu destinul său personal, totul are o semnificație obscură pentru el („anastrofa“). Din această situație tensionată se trece, de obicei, la o structurare și clarificare bruscă a delirului tematic, cu ocazia unei percepții, intuiții sau amintiri „delirante“. Percepția delirantă este una corectă formal (de ex., pacientul percepe un câine negru), dar semnificația acesteia este patologică, lipsită de rațiune argumentativă (= eu sunt bolnav de cancer !).

– **Derealizarea**. Subiectul percepe formal și ca semnificație corect lumea din jur, dar ea îi apare ca ciudată, străină, bizară, ca în „vis“; oamenii par a fi marionete, tot ce se întâmplă pare nefiresc etc. Această trăire perceptivă specială poate fi corelată cu s. de depersonalizare dar și cu atacul de panică și cu depresia. Uneori, ea poate fi anticamera structurării delirului.

– **Sentimentul punerii sub supraveghere**. Subiectul percepe corect lumea, dar are impresia (de la acest nivel al opiniei și părerii se poate progresa spre convingere delirantă) că: a) Alții îl privesc în mod deosebit, este în centrul atenției unor grupe de persoane, în anumite locuri sau pretutindeni; ceilalți par a-l comenta – de obicei negativ – își fac semne între ei, zâmbesc, complotează sau râd, își bat joc de el (= sindrom de referință sau sindrom de relație senzitivă); b) Subiectul are impresia că este urmărit, fotografiat, filmat, înregistrat cu microfoane, că i se umblă – în lipsă – în casă, prin dulapuri și pupitre, printre lucrurile intime. Această trăire poate evolua, de asemenea, până la convingeri delirante; dar, într-o fază intermediară (prevalentă), ea se poate baza pe iluzii, condiționate de așteptări patologice, atenție disturbată și imaginar perturbat. c) Subiectul are impresia (părerea sau convingerea) substituirii unor persoane: de ex., soția sa, care are aceleași trăsături sau manifestări ca întotdeauna, nu-i mai apare ca având aceeași identitate, considerând că ea a fost substituită cu o persoană răuvoitoare ce vrea să fie în apropiere pentru ca, la momentul potrivit, să-l atace; sau, subiectul are impresia (convingerea) că diverse persoane, corect percepute, sunt, de fapt, unul și același subiect ce ia diverse înfățișări pentru a-l ține sub control (= Sindrom Capgras).

Tulburările mai sus menționate fac corp comun cu cele deja descrise, dar, mai ales cu delirul și cu tulburările perceptiv.

**13. Sindromul dezorganizării ideo-verbale și comportamentale.** Persoana umană percepe și înțelege evenimentele în care este antrenat și pe care le provoacă, într-o manieră selectiv-sintetică, detașând ceea ce este semnificativ pentru el. La fel, în cazul comportamentului și a exprimării sale lingvistice (și extralingvistice) desfășurate circumstanțial în sens mai restrâns sau mai larg, în mod normal, el se afirmă în conformitate cu o argumentare, un sens (semnificație) coerentă, într-o manieră sintetică. Nu există niciunde și nicidecum norme exterioare foarte rigide pentru reglarea acestui mod de manifestare. Dar ea este, în mare măsură, pendinte de regulile logico-gramaticale ale limbajului și acțiunii, de capacitatea de sinteză, argumentare, motivație a persoanei care e sau devine comprehensibilă și validă pentru ceilalți. Există variate situații în care exprimarea și comportamentul public nu sunt suficient de ordonate; dar totuși, în final, ajunge să exprime și să realizeze ceea ce intenționa. În plan strict ideativ, la baza acestui proces stă capacitatea de sinteză a fluxului ideatic (mixtat parțial cu uzul limbajului); aceasta poate și ea scăpa de sub controlul sintezei persoanei. Dezorganizarea ideo-verbală (și comportamentală) a fost considerată, de către Bleuler, ca simptom (sindrom) patognomonic al schizofreniei. După o lungă pauză, psihiatria a reactualizat această problemă, găsindu-i și o bază în perturbarea funcționalității structurii funcționale, localizate în anumite zone ale creierului. Simptomatologia sindromului constă din:

– *Tulburări formale de gândire:* – neregularități în derularea fluxului ideativ; – mentism; – baraj mental; – tulburări logice și gramaticale; – preocupări exagerate și bizare față de abstracții.

– *Tulburări ale vorbirii și gândirii:* – stereotipii; – manierisme; – gândire și vorbire vagă, aluzivă, neconcluzivă; – gândire și vorbire eliptic-misterioasă; – simetrizarea exagerată a gândirii și vorbirii; – tulburări în ordonarea exprimării lingvistice și gramaticale; – tulburări semantice, privitor la utilizarea neobișnuită a semnificației unor expresii, cuvinte sau părți de cuvinte; – neologisme; – folosirea unor simboluri grafice și verbale ideo-sincrazice și necomprehensibile.

– *Comportament și expresii insuficient motivate, motivate bizar sau nemotivate.*

**14. Sindromul apato-abulic; amotivațional.** Intenționalitatea, motivația, energia și dinamismul acțiunii subiecților, în raport cu diverse obiective și persoane, variază foarte mult în cadrul raportării subiectului la lumea sa umană dată. Ne aflăm acum în cadrul unui deficit important al acestei dimensiuni esențiale a existenței personale care, parțial, se manifestă și în alte sindroame (ca cel depresiv).

Dar în modalitatea de față, reprezintă un aspect semiologic esențial. Elementele de bază ar consta din:

– Lipsa dorinței, curiozității, interesului în raport cu lumea din jur, lipsa motivației de a se angaja în comunicare și acțiune;

– Indiferență majoră în raport cu sine (cu propria situație în lume, inclusiv față de propria igienă și autoîngrijire); dar și în raport cu evenimentele ce se petrec în jur (reactivitate emoțională), în raport cu alte persoane (răceală afectivă), în raport cu evaluarea sa de către alții (indiferență relațional-socială). Din toate acestea rezultă lipsa dorinței de comunicare, retragere socială, tendința de a petrece timpul de unul singur, în tăcere (= autism).

– **15. Sindromul retragerii sociale.** În mod firesc și normal, subiectul, de toate vârstele, are o atitudine pro-socială, în sensul că, este dinamizat interior spre contactul psihic cu alte persoane umane. Această propensiune este înnăscută, se manifestă din primul an de viață prin zâmbet și răspuns adecvat la atitudine ulterioară a relațiilor și legăturilor interpersonal-sociale. Baza neurofiziologică a acestei raportări firești are o structură complexă, în care, pe lângă factorii cognitivi (perceptivi, mnestici) intervin și parametrii afectivi. În normalitate există o variație tipologică a dispoziției spre sociabilitate, precum și modificări circumstanțiale ale acesteia, condiționate reactiv psihogen (doliu, emoții puternice ce determină sentimentul de rușine și vinovăție, factori ce scad sentimentul de stimă asupra capacității de relaționare socială etc.).

În psihopatologie întâlnim următoarele variante:

a) Situația în care contactul social – și consecutiv relația „interpersonal – socială” cu alții – este perturbată din motive cognitive pragmatice, pe fondul unei deficiențe de emotivitate și a unei hipo-afectivități tranzitive. E vorba de procesarea informației care să permită identificarea feței (corporalității) altuia ca fiind umană (similară sieși) și a posibilității de a decoda intențiile, dorințele, obiectivele și intenționalitatea celuilalt, în genere, și în raport cu propria persoană. Această deficiență se înscrie în zona nucleară a ceea ce a fost denumit ca „teorie a minții” („theory of mind”) și a cărei perturbare o întâlnim în autismul infantil, la persoanele indiferent-schizoide (și schizotipale), în vulnerabilitatea pentru episoade schizofrene și în defectul post schizofren.

b) Situația în care contactul social – și consecutiv și relația, legătura interpersonal-socială cu alții – este perturbată datorită unei hiperemotivități corelate cu o distorsiune cognitivă, ce conferă subiectului capacități reduse de afirmare socială, însoțite de o expectanță a unei atitudini critice constante din partea altora. Este cazul persoanelor anxios-evitante și al celor cu fobii sociale.

c) Situația în care dezinteresul față de relaționarea socială e secundar replierii pe sine în contextul unei suferințe depresive, în care distorsiunea cognitivă constă din autodevalorizare și supravalorizarea altora, concomitent cu pierderea oricărei speranțe, a oricărui atașament față de viitor și prezent. În acest context, evident, și interesul pentru relaționarea socială se reduce semnificativ.

Notă. Comentarea acestui sindrom este puțin deplasată, în raport cu celelalte, pentru că nu i se poate recunoaște o unică bază în fenomenele antropologice și în perturbările de neurotransmisie cerebrală; ea a fost, totuși, introdusă ca „problemă“ în vederea medicației și dezbaterii ulterioare (într-un mod similar, s-ar fi putut introduce un sindrom al hipersociabilității, precum și altele).

**16. Sindromul ambivalenței.** În unele cazuri e prezentă o atitudine afectivă ambivalentă față de altul (alții), care, în același timp, este iubit și urât, dorit și respins etc. Ambivalența se poate manifesta și în planul deciziei (a face un act sau altul, eventual contrariul primului); și la fel, în plan ideativ, prin ceea ce Minkowski a denumit „simetrizarea gândirii“.

– Lipsa capacității de decizie, a angajării în acte și a realizării acestora în conformitate cu propriile interese și proiecte constituie sindromul abuliei. Abulia anafectivă trebuie diferențiată de sindromul depresiv; se întâlnește predominant în schizofrenia negativă, în patologia de lob frontal, la unele personalități anancast-psihastene sau pasiv-dependente.

**17. Sindromul insuficientului control instinctivo-pulsional.** Persoana conștientă ființează („funcționează“) în mod normal, printr-un echilibru al tuturor nivelelor sale structurale. Nivelul instinctivo-pulsional derivă din faptul că fiecare individ uman este la origini o ființă biologică. În mod firesc, acest nivel este integrat echilibrat cu persoana conștientă care asimilează motivațiile și normele sociale, care își descoperă și își definește o conștiință morală și creatoare, în mijlocul interacțiunilor constante cu membrii comunității sociale. Din diverse motive care pot fi și de ordin biologic, dar pot ține de experiența de viață biografică și de învățări, de felul în care se organizează structura temperamentală caracterială și de conjuncturi – pulsunile instinctive se pot manifesta uneori necontrolat, chinuind subiectul sau perturbând viața socială. Această devianță poate fi resimțită de către subiect în maniera egosintonă și egodistonă. Deoarece multe din manifestările pulsionale sunt dependente și de permisivitățile, interdicțiile și stimulările sociale, vom aminti doar câteva aspecte, fără a proceda la un comentariu analitic.

– Perturbări ale instinctului alimentar: – Polifagia = subiectul consumă alimente în ritm și cantitate crescută; – Polidipsia = același fenomen în raport cu lichidele. Ambele aspecte pot fi periodice. – Bulimia = ingestia impulsivă, necontrolabilă a unor mari cantități de alimente într-un interval de timp scurt; se manifestă paroxistic. – Inapetența = lipsa poftei de mâncare; poate fi condiționată somatic și psihogen, mai ales prin depresie, cu gravă scădere în greutate; – Anorexia, refuzul creșterii (în greutate) prin ingestia de alimente; ca o consecință, acestea nu sunt consumate; se ține dietă, se produc vomismente sau diaree, se folosesc substanțe catabolizante etc. Anorexia mintală a tinerelor fete este considerată, până la un punct, ca un cadru nosologic; se poate combina cu bulimia.

– Perturbări ale agresivității: – Reacții explozive, heteroagresive; acestea pot viza alte persoane sau ambianța fizică din jur; uneori, se manifestă într-o manieră clastică; adică prin distrugerea nediferențiată a tot ce subiectul întâlnește. Reacții autoagresive, în care subiectul se automutilează sau realizează tentative suicidare.

– Perturbări ale instinctului sexual. Acestea sunt extrem de variate și pluricondiționate. Se pot menționa: fetișismul, travestismul fetișist, exhibiționismul, voyerismul, sado-masochismul etc.

– Tulburări privitoare la alte impulsuri (după o luptă cu tentația respectivă, subiectul cedează și trece la act): – Menționăm impulsul de a juca jocuri de noroc; – Impulsul de a vagabonda (dromomania); – Impulsul de a da foc (piromaniam); – Impulsul de a-și însuși obiecte ce nu aparțin subiectului (cleptomania) – Impulsul de a consuma băuturi alcoolice (dipsomania).

– La acest nivel pot fi menționate și tulburările somnului cu vise, dintre care unele sunt părți componente ale sindroamelor deja menționate. Cele mai multe tulburări apar la vârsta infanto-juvenilă. La vârsta adultă mai importantă este insomnia ce persistă fără alte condiționări psihopatologice.

**18. Sindromul cataton.** Acesta constă dintr-o tulburare psiho-motorie ce oscilează între inhibiție marcată (=stupor) și o agitație particulară ce se desfășoară într-un spațiu restrâns, prin mișcări stereotipe (repetitive). Subiectul este detașat de ambianță, nu răspunde la stimuli, nu vorbește, fiind repliat pe sine, pe propriile trăiri interioare (care uneori se derulează sub formele patologice ale delirului și halucinațiilor). În stuporul cataton, pacientul poate avea poziții bizare; uneori se opune mobilizării și alimentării (=negativism). Între modalitatea stuporului și agitația catatonă se pot întâlni alte manifestări, precum: păstrarea pozițiilor imprimate (=flexibilitate ceroasă); fenomene de imitare a interlocutorului ce seamănă cu un „ecou“ (ecomimie, ecolalie, ecopraxie). Sindromul cataton se poate întâlni în schizofrenie sau în unele suferințe organic-cerebral.

**19. Tulburările vigilității conștiente.** Acestea se referă, în primul rând, la nivelul acestei vigilități, deci, la luciditatea ce se exprimă la un pol, printr-o corectă și diferențiată percepție a realității vizate, asupra căreia se acționează; și la un alt pol, printr-o reducere drastică a lucidității, a vigilității conștiente până la suspendarea acesteia, la comă. Între aceste două extreme avem diverse modalități de raportare la realitatea ambientală, atât perceptiv, cât și activ. Una din modalități este cea a obnubilării, în care subiectul percepe la un nivel redus stimulii, reacționând întârziat și parțial; fondul general este de imobilitate. Uneori, starea poate evolua spre somnolență intermitentă (sopor) sau comă. În altă variantă, ca cea a stării crepusculare (stare disociativă de conștiință), denivelarea vigilității e concomitentă cu deplasarea subiectului care e parțial orientat în ambianță; de obicei e vorba de episoade paroxistice. În stare de delirium întâlnim o marcată dezorientare temporo-spațială, auto și allo-psihică; psihomotor, se constată o stare de neliniște sau agitație. Vorbirea poate fi incoerentă. Pot apărea false recunoașteri și halucinații, predominant vizuale, deseori reacționând mediul de viață obișnuit al pacientului. Acesta participă afectiv și comportamental la halucinațiile trăite. În forme grave, pacientul se agită în spațiul patului și exprimarea sa e total incoerentă; sau, rămâne imobil în poziția fixă (stupor). În principiu, tulburările menționate mai sus pot fi reversibile. Ele sunt, în marea lor majoritate, condiționate organic-cerebral.

**20. Sindromul dismnestic.** Acesta apare predominant în suferințe organic-cerebrale și contă în amnezie anterogradă (de înregistrare), retrogradă (de redare a unor cunoștințe ce au fost asimilate), lacunară (pe o perioadă limitată de timp), electivă (dintr-o situație, subiectul își amintește doar unele evenimente și le uită pe cele neplăcute). S. Korsakov constă dintr-o amnezie predominant anterogradă, golurile mnestică fiind compensate confabulator; subiectul mai prezintă, uneori, o dezorientare temporală, mai ales în sensul dificultății ordonării cronologice a evenimentelor biografice. Este anosognozic, neînțelegând gravitatea deficitului de care suferă, astfel încât, poate fi uneori, chiar euforic. Tabloul clinic se poate remite sau poate evolua spre demență.

**21. Sindromul demential** reprezintă o deteriorare globală și ireversibilă a persoanei, predominant în plan intelectual. Ea are la bază, totdeauna, un substrat organic, constând în moartea neuronală. Este alterată în special memoria, atât cea anterogradă, dar mai ales cea retrogradă. Capacitatea de judecare cu discernământ (de evaluare a consecințelor pentru sine și pentru alții a actelor sale) se deteriorează și ea progresiv. Apare apoi dezorientarea temporo-spațială, auto și allopsihică. Preocupările sunt reduse egocentric. Sunt frecvente simptome neurologice. Se poate ajunge la gatism. Finalul este decesul.

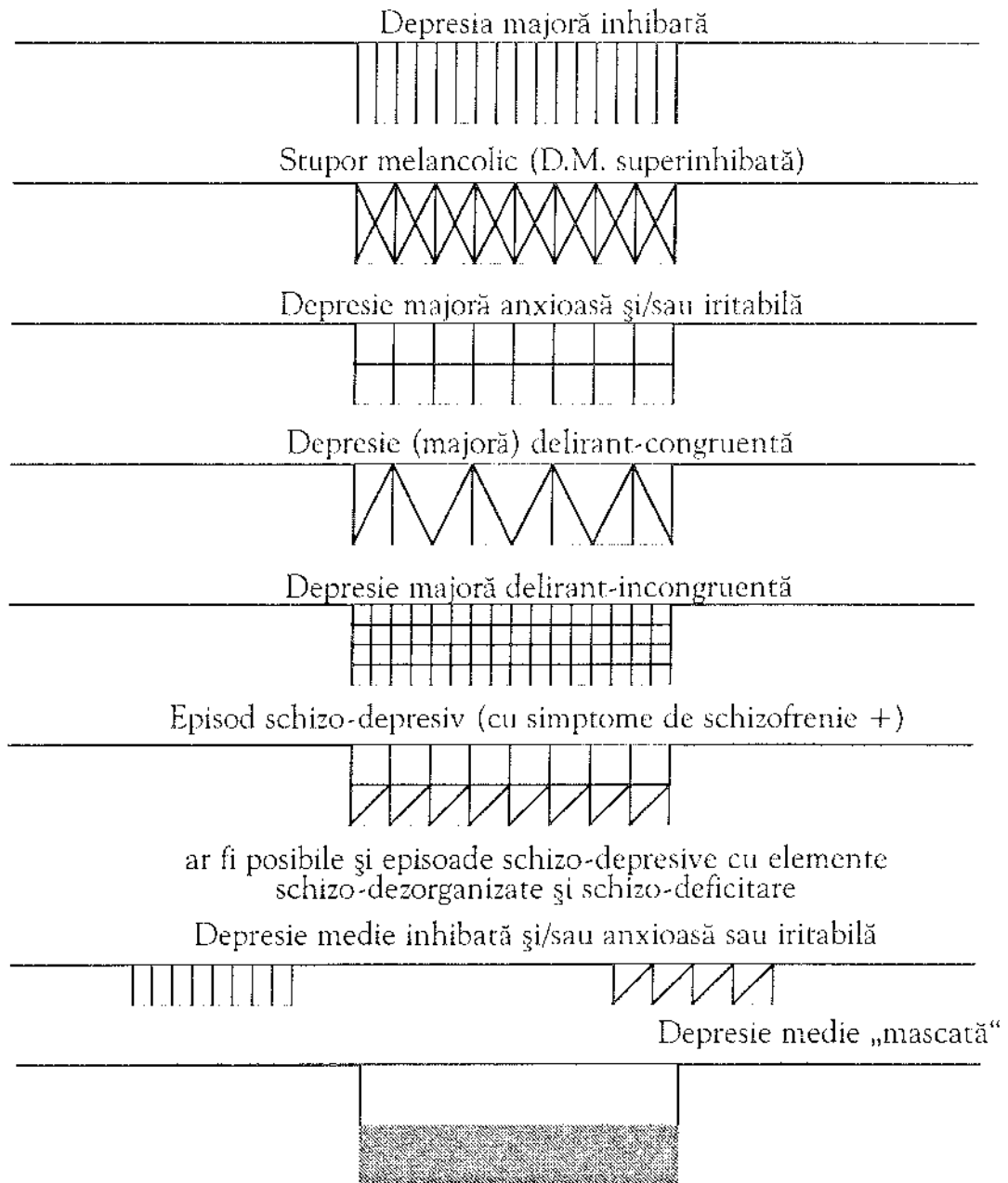
22. Tulburarea dizarmonic-psihopată a personalității se referă la o modificare constantă a structurii caracteriale care prezintă un set de trăsături particulare rigide și disfuncționale. Drept consecință, comportamentul interpersonal, autocontrolul impulsurilor și respectarea normelor sociale sunt perturbate, astfel încât se realizează un comportament dissocial. De obicei, persoana este egofilă, iar dimensiunea morală, laxă sau absentă. Pe lângă cazurile în care tulburarea de personalitate poate apărea ca o consecință a unei disontogeneze – caz în care se manifestă clar la vârsta adultului tânăr – există și cazuri în care se realizează o modificare patologică a personalității în urma unor evenimente ce apar la vârsta adultă, cum ar fi: suferințe cerebrale, psihoze endogene, perioade de viață intens psihotraumatizante, prelungite.

Notă. Tulburarea comportamentală dizarmonic-psihopată poate apărea, desigur, și ca un sindrom circumscris în timp. În mod obișnuit, ea este o caracteristică a unei modificări constante și definitive a personalității – deci nu episodic-sindromastice; menționarea sa, la acest nivel, are aceeași intenție provocatoare, la meditație și dezbateri.

### 2.5.2. Manifestarea sindroamelor în cadrul episoadelor psihopatologice

În cadrul episoadelor psihopatologice, sindroamele standard apar în diverse combinații, putând avea variate intensități. Astfel, de ex., sindromul depresiei inhibitate poate avea o intensitate ușoară, medie, severă (cu importante manifestări biologice ca: inapetență, scădere în greutate, trezire matinală și rău matinal, spasme pe organe interne etc.). Într-o formă extremă, inhibiția depresivă se poate prezenta ca „stupor melancolic”: pacientul stă nemișcat, într-o poziție și cu o expresivitate mimică specifică (diferită de cea din stuporul cataton), nerăspunzând la întrebări (=mutism) și opunându-se mobilizării și alimentării (negativism). Sindromul depresiv se poate combina cu sindrom de anxietate generalizată, în diverse intensități ale tulburării și cu variată proporție de predominare a simptomelor din cele două sindroame (fig. VII). În depresie poate apărea, de asemenea, o convingere aberantă, deci un sindrom delirant. Acesta poate avea o tematică „congruentă”, atunci când preocupările pacientului reprezintă o accentuare gravă a ideilor de autodeprecieri. Pot fi prezente și halucinații, mai ales auditive, care întrețin aceste convingeri delirante. Tematica

delirantă poate fi și „incongruentă“, când ea constă din convingerea „paranoidă“ a atitudinii ostile a celorlalți împotriva sa; și în acest caz pot apărea halucinații auditive comentative, fenomene din s. de transparență-influență, idei și manifestări bizare, proprii sindromului dezorganizării ideo-verbale și comportamentale.



„mascarea“ poate fi: – prin aparență de boală somatică; – prin alcoolism și toxicomanie;  
– prin alte simptome de serie nevrotică

Figura VII. Tipuri de episoade depresive

În acest caz, se poate vorbi de un episod psihopatologic schizo-depresiv. (fig. VIII).

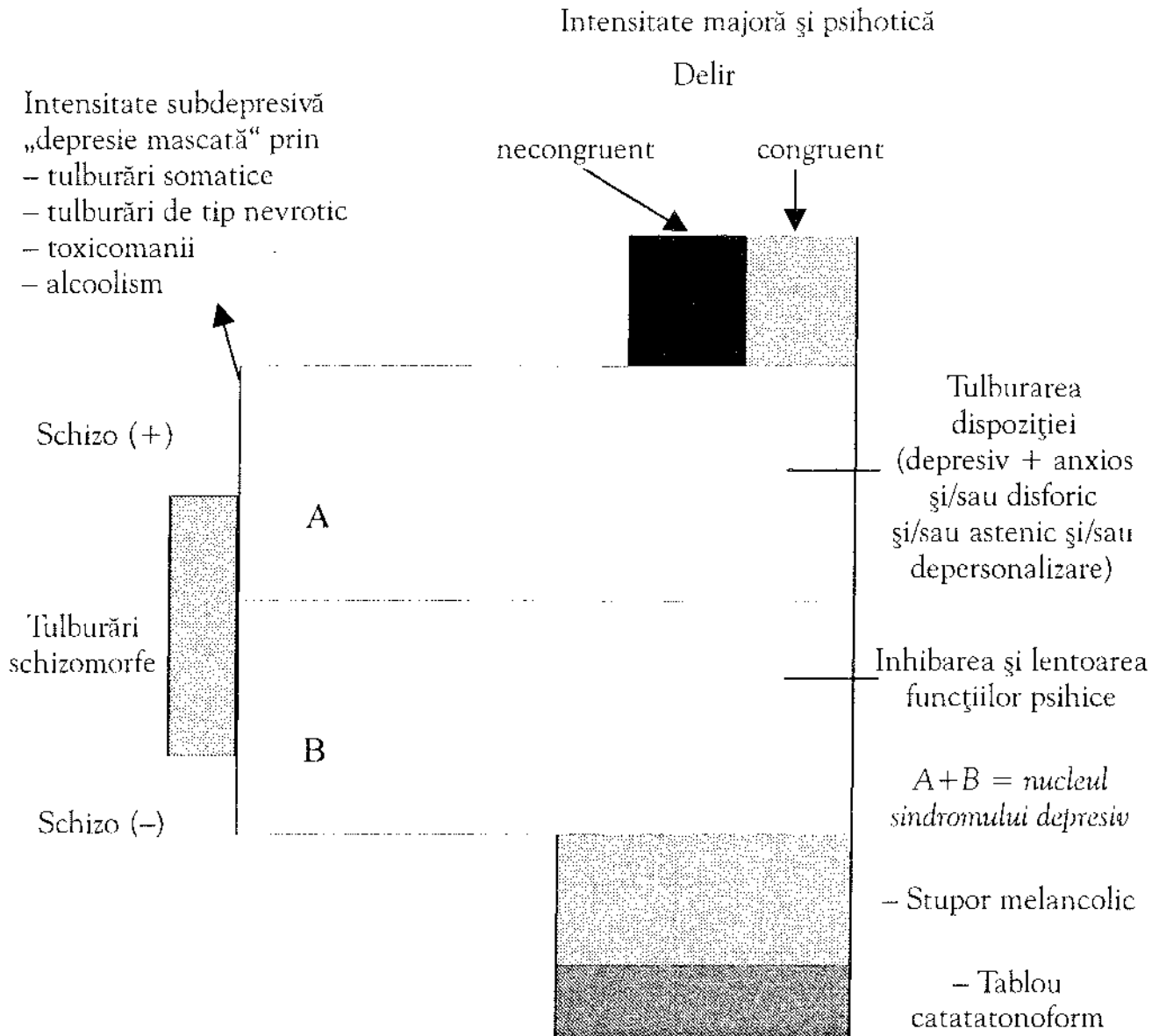


Figura VIII. Macrosindromul depresiv clasic și combinațiile sale obișnuite în cadrul configurației (familiei) clinice depressive

Varietatea tabloului clinic al unui e.ps centrat de depresie este, deci, mare. Uneori, contextul etiopatogenic poate ajuta la circumscrierea cadrului nosologic. Astfel, dacă o depresie inhibată, de intensitate cel puțin medie, apare după o pierdere importantă (în condiții de doliu), se poate vorbi de o reacție depresivă.

Depresia inhibată sau anxioasă poate apărea și în condițiile unor importante schimbări de viață, când se cumulează mai mulți stresori, iar subiectul are o rețea de suport social scăzută (mai ales în aspectul afectiv, de intimitate, al acesteia); în aceste împrejurări, poate fi adusă în discuție o tulburare depresivă (și anxioasă) de dezadaptare. Episoade depresive, de diverse intensități și configurații semiologice, pot apărea la persoane vulnerabile, printr-un cumul de factori, dar fără un eveniment actual major care să constituie o explicație suficient de comprehensibilă. Aceasta e situația clasică a tradiționalei „depresii endogene“. La unele persoane se repetă periodic astfel de e.ps. depresive, astfel încât, se poate vorbi de o „tulburare depresivă recurentă“, situație ce deja ne plasează în contextul bolilor. La alte persoane, e.ps. depresive (endogene) alternează cu e.ps. maniacale, constituind cadrul nosologic al tulburării (bolii) afective bipolare. E.ps. depresive pot apărea și pe fondul consumului cronic de alcool (=alcoolism maladiu cu dependență) sau concomitent cu alte suferințe (=boli) somatic cerebrale, ca insuficiența circulatorie (din cadrul atero-sclerozei), boala Parkinson etc.

Și alte s.ps.st. pot apărea în diverse modalități clinice, cu variate intensități, durate și în mixtură cu altele. S. maniacal se manifestă în variante care, până la un punct, pot fi comparate – prin simetrie – cu cele ale depresiei (hipomanie, manie expansivă sau iritabilă, agitație maniacală, manie cu delir congruent sau incongruent, ep. schizo-maniacal). Totuși, aria sa de manifestare nu e așa de largă ca cea a depresiei. S. anxietății generalizate, atacul de panică și fobiile (împreună cu alte tulburări) sunt grupate, uneori, sub denumirea generică de „tulburări anxioase“. Acestea se pot combina, de asemenea, în mod variat, de ex.: agorafobia fără sau cu atacuri de panică, însoțite sau nu de anxietate generalizată, combinată sau nu cu depresia etc. După stresuri extrem de puternice (care, de obicei, cuprind o colectivitate umană – cum ar fi, catastrofele naturale – astfel încât se produce o contagiune psihopatologică), se poate instala o tulburare cu durată de săptămâni sau luni, ce a fost denumită „reacția de stres post-traumatic“. Ea se caracterizează prin trăiri obsesive, în sens de reamintire obsesivă a evenimentelor trăite, ziua sau în vise; anxietate generalizată; fobie de tot ceea ce amintește de eventualul trăit, depresie, tulburare psihosomatică etc.

Menționăm încă un aspect al combinațiilor sindromatice, care are importanță pentru nosologia psihiatrică. Modalitatea în care am prezentat posibilitățile de manifestare ale s. depresiv, în măsura în care se reunesc mai multe sindroame standard (depresiv, anxios, delirant, halucinator), ne sugerează existența unor „configurații macrosindromatice“ ce stau la baza episoadelor psihopatologice; și, în cele din urmă, a entităților nosologice. Tulburarea depresivă recurentă, tulburarea afectivă bipolară, tulburarea anxioasă, așa cum au fost

amintite acestea mai sus, sugerează tendința de agregare a unor sindroame care astfel stau la baza bolilor (tulburărilor) psihiatrice. Un grupaj specific de astfel de macrosindroame sau de agregări sindromatice stă la baza unei tulburări (boli) clasice a psihiatriei, și anume, schizofrenia. În prezent se acceptă că această tulburare (boală) constă din întreteserea dintre trei agregări sindromatice:

1. **Agregarea (sau macrosindromul) schizo pozitivă.** Aceasta e formată din: – halucinații (predominant auditive comentative, dar și olfactive, kinestezice, sexuale, mai rar vizuale); – deliruri bizare (cel mai des cu tematică paranoidă, dar și de grandoare, gelozie, erotoman, mistic, de transformare corporală etc.), însoțite de fenomene „paradelirante” și, uneori, instalându-se sub forma „delirului primar”; – sindromul de transparență-influență; tulburări ale fluxului ideativ, de exemplu, mentismul.

2. **Agregarea (sau macrosindromul) schizo negativă.** Aceasta constă din simptomatologie apato-abulic-amotivațional, tocire afectivă, retragere socială, ambivalența, depersonalizare, sărăcire ideativă și verbală.

3. **Agregarea (sau macrosindromul) schizo dezorganizantă.** Aceasta se bazează pe sindromul dezorganizării ideo-verbale și motivațional-comportamentale.

Prezentarea făcută în acest paragraf, privitor la combinarea sindroamelor standard în cadrul e.p., ne coboară parțial din planul idealității, a cazului tipic abstract, instanță de referință teoretică pentru gândirea practică a medicului psihiatru. Dar acest demers metodologic este doar o atenuare a situației de principiu și nu o schimbare de optică. În cele din urmă, combinațiile sindromatice, care au fost prezentate, se mențin și ele în planul schemelor teoretice, fiind comentate astfel doar pentru că reprezintă combinații frecvent întâlnite. La fel ca și s. standard, schemele de combinare sindromatică ale e.p. rămân un ghid teoretic de referință, în raport cu practica diagnostică și terapeutică a psihiatrului. Ele se plasează în instanța lumii a 3-a a lui Popper.

## 2.6. Etiopatogenia în psihiatrie<sup>11</sup>

Etiopatogenia în psihiatrie este comentată în ultimele decenii în modalitatea cea mai comprehensivă și adecvată, în conformitate cu modelul „vulnerabilitate” (diateza) „stres” deja amintit (18). Acest model este, de fapt, o reluare

---

<sup>11</sup> Expunerea din acest paragraf și din cel următor dezvoltă prezentarea făcută de autor în *Psihopatologie clinică* (15). De aceea nu se insistă asupra referințelor bibliografice.

și o reafirmare a relației clasice din medicină dintre predispozițiile „terenului“ și factorii ce actualizează sau determină un e.p., singular sau în contextul mai larg al unei „boli“ (tulburări) psihice determinante.

Modelul vulnerabilitate/stres are în vedere: – constituirea unei persoane vulnerabile pentru tulburări psihice; – accentuarea circumstanțială a acestei vulnerabilități (=factori predispozanți sau favorizanți); – determinarea sau declanșarea actuală a unui e.ps. pentru prima dată; sau, ca recădere, în contextul unei boli psihice. O parte din factorii etio-patogenetici joacă rol doar în constituirea terenului vulnerabil; așa sunt factorii genetici, care pot avea, însă, și un rol major în apariția unor boli psihiatrice, cum este, de exemplu, autismul infantil Kanner. Alți factori pot juca rol atât în vulnerabilizare, cât și în favorizare și determinare (declanșare). În sfârșit, există și factori protectori. Vom trece în revistă, în continuare, elementele ce pot interveni în etio-patogenia psihiatrică, în cele trei instanțe menționate (fig. IX.)

### 2.6.1. Factori bio-psihologici

1. Factori genetici – pot juca un rol mai mult sau mai puțin predispozant (pentru unele cazuri chiar determinant), intervenind prin diverse mecanisme.

2. Cumularea factorilor biologici, în perioada de gestație, perinatală, imediat post-natală și în cursul întregii biografii; aceste influențe pot modifica, în variate modalități, cursul neurodevelopmental firesc (în esență, la nivelul encefalului), astfel încât subiectul prezintă particularități sau predispoziții, deseori evidențiabile prin intermediul unor „markeri“ bio-psihologici. Pe această cale poate fi potențată predispoziția genetică.

3. Bio-psiho-ritmurile biologice și culturale, deci „antropo-cosmice“ – acestea intervin prin multiple formule înnăscute, orientative pentru diverse comportamente (somn, alimentație, program zilnic, săptămânal etc.). Ele pot fi intens influențate și modificate prin factori (noxe) biologici care apar la diverse vârste, prin disfuncții cerebrale și endocrine, prin influențele ritualurilor familiale și de microgrup social în care individul trăiește, precum și prin factorii culturali. Oricum, persoana ajunge la maturitate cu anumite caracteristici de bio-psiho-ritm, care se înscriu de obicei în nivelul temperamental-caracterial al personalității sale; și care, prin oscilațiile ce le aduc, pot influența vulnerabilitatea circumstanțială, recăderile psihopatologice sau chiar pot prelua stilul derulării în timp al suferinței, ca în tulburările afective bipolare și monopolare.

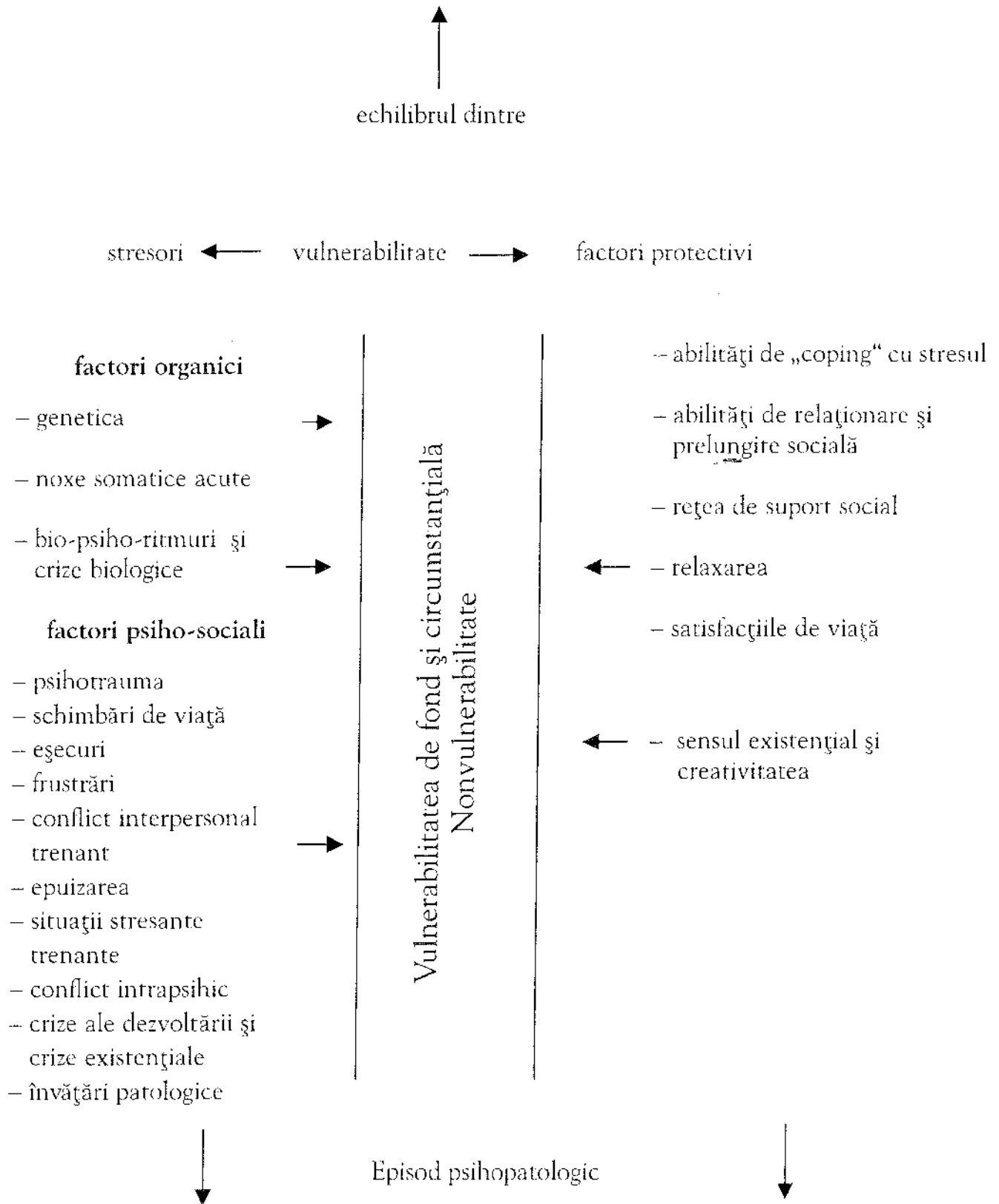


Figura IX. Factori etiopatogenetici în psihiatrie

4. Structura temperamental caracterială se realizează ca o consecință a factorilor menționați prealabil și se impune ca o caracteristică transindividuală, tipologică, în domeniul abordării și evaluării persoanelor normale, vulnerabile și patologice. Aspectul biologic se referă, în primul rând, la temperament, care este, în mare parte, înnăscut. Această instanță a structurii temperamental-caracteriale se cere subliniată din punct de vedere al vulnerabilității și din următoarele motive:

– Tipul temperamental-caracterial al persoanei poate constitui un fundal patoplastic, care face ca e. ps. să capete caracteristici particulare. De exemplu, un episod depresiv se va manifesta diferit la o persoană histrionică, anankastă, schizoidă sau evitantă.

– Tipul temperamental-caracterial joacă un rol important, activ sau pasiv, în apariția și desfășurarea „evenimentelor de viață” (e.v.); care, la rândul lor, pot constitui o verigă etio-patogenică importantă. Astfel, persoana tipologic histrionică sau sociopată induce mai multe e.v. în ambianța umană în care trăiește decât persoana pasiv-dependentă sau evitantă.

5. Tulburările somatice, mai mult sau mai puțin endogene sau exogene, cronice sau acute care acționează actual, joacă, desigur, un rol important în apariția tulburărilor psihopatologice. Când ele sunt evident cele determinante ale tulburării, faptul va fi consemnat ca atare, boala fiind clasificată într-o categorie specială și cauza respectivă fiind menționată chiar în diagnostic. În această categorie intră cazurile de tulburări psihice ce apar în cadrul tumorilor cerebrale, a insuficienței circulatorii cerebrale acute sau cronice, după traumatisme cranio-cerebrale, în intoxicații cu substanțe ce acționează pe encefal, fie acestea exogene sau endogene (intoxicații cu anumite ciuperci sau cu produși dismetabolici în caz de insuficiență renală, hepatică), în cadrul infecțiilor ce pot afecta întregul organism (gripa), anumite zone ale acestuia (pneumonia) sau zona encefalică (meningo-encefalita). Între aspectele particulare menționăm: consumul prelungit și intens de alcool și alte substanțe psiho-active, care conduc la „dependență”. Persoana ajunge la o astfel de dependență, pe de o parte, datorită vulnerabilității sale, a particularităților de teren, iar pe de alta, prin cumulara unor stresori și a influențelor psiho-sociale. Ea resimte nevoia de a crește dozele zilnice, iar oprirea consumului determină o stare psihică neplăcută, tulburări psihopatologice (de tip delirium), dar și tulburări somatice și neurologice complexe (în starea de sevraj). Indiferent pe ce cale s-a ajuns la dependența de droguri – care, uneori, apare secundar unor stări anxioase sau depresive – consumul constant și îndelungat al acestora are repercusiuni negative asupra organismului și a

stării psihice, condiționând anumite tulburări psihopatologice. Un alt aspect particular îl reprezintă procesele abiotrofice cerebrale ce apar de obicei la vârsta a treia și sunt pluricondiționate, un factor important fiind cel genetic; așa sunt: boala (demență) Alzheimer, bolile (ce evoluează de obicei spre demență) Pick, Huntington etc. Pot fi amintite, în acest capitol, și tulburările ce au un determinism genetic sau de altă natură ce afectează encefalul și conduc, încă din prima copilărie, la nedezvoltarea firească a personalității, mai ales în plan cognitiv (=deficiența mintală – oligofrenie).

### 2.6.2. Influențe psiho-sociale negative

Influențele psiho-sociale negative pot fi pozitive sau negative în conformitate cu cele deja menționate; ele pot interveni în trei variante:

– pentru crearea unui teren vulnerabil sau nonvulnerabil pentru tulburări psihice:

– pentru creșterea circumstanțială a vulnerabilității (deci ca factori favorizanți) sau pentru scăderea circumstanțială a acesteia;

– pentru declanșarea sau determinarea unui e.ps.; sau pentru protejarea subiectului față de stresorii ce ar putea declanșa stări psihopatologice.

Datorită varietății mai sus menționate a rolului stresorilor psiho-sociali, inventarierea lor se face în funcție de obiectivul diagnosticianului, pe diverse durate de timp. Frecvent, sunt investigate ultimele 3–6 luni, uneori evaluându-se și intensitatea stresorilor, ca, de exemplu, în sistemul de diagnostic DSM-IV pe axe. Un alt sistem, și anume, scala lui Zimmerman, inventariază predominant schimbările de viață, interesându-se de ultimul an. În sistemul de diagnostic pe axe ICD-10, axa a 3-a urmărește o serie de evenimente și schimbări de viață avute de-a lungul întregii biografii, prin folosirea codurilor Z; acest sistem nu precizează însă clar momentul de viață când au avut loc diverse evenimente. O modalitate sugestivă de inventariere a evenimentelor de viață stresante e prezentă în Foaia de observație standardizată AMDP (35) printr-o matrice: pe o axă e trecută vârsta, pe alta, evenimentul.

În continuare vom prezenta o listă cu posibilia stresori sau factori ce pot influența negativ vulnerabilitatea și/sau pot declanșa sau determina o tulburare psihică.

### 2.6.2.1. Evenimente de viață stresante (e.v.s.)

**1. Psihotrauma.** Aceasta este un e.v.s. secvențial (cu o durată delimitată de ore sau zile) care, prin semnificația sa, impresionează intens persoana. Gradul acestei influențe sau „impresionări“ poate fi condiționat de factori de teren în sensul cel mai complex al termenului. Pentru unele persoane, un același eveniment poate fi extrem de impresionant, iar pentru alții nu, din motive biografice subiective (de exemplu, la moartea unui părinte, ficcare dintre cinci copii ai săi poate reacționa diferit, de la depresie majoră la indiferență cinică). Intensitatea reacției psihopatologice comprehensive (așa cum a denumit situația Jaspers, în cartea sa de *Psihopatologie generală*, apărută în 1911) e corelată cu trăiri biografice care s-au cumulat în timp (și mențin, într-o zonă preconștientă, sensibilități specifice), sau care s-au agregat recent, crescând vulnerabilitatea, atât specific, cât și nespecific (de exemplu, prin epuizare psiho-fizică, lipsă de somn, deficiențe alimentare etc.). De asemenea, trebuie să se țină cont de fondul unor situații stresante persistente, ce pot exista fie prin condiționare exterioară (conflict interpersonal prelungit), fie prin condiționare interioară (conflict intrapsihic prelungit). Tipologia structurii caracteriale joacă și ea un rol, așa cum a demonstrat-o Kretschmer, încă din prima jumătate a secolului. Aceasta, în sensul că, unele personalități particulare (sau patologice, indiferent pe ce bază s-au structurat ca atare) reacționează prevalent la un anumit tip de evenimente, ce au o anumită semnificație. Schneider a ridicat și problema oscilațiilor endotime, în unele perioade, subiectul fiind mai sensibil. Kretschmer s-a referit la reacțiile pe termen lung, care conduc la dezvoltări prevalențiale de tip relațional, expansiv sau autist; dar faptul este valabil pentru orice tip de e.ps., chiar pentru cele de tip acut. Pentru aceste manifestări intervine, ca factor mediator, personalitatea<sup>12</sup>.

— **2. Evenimentele de viață ce constau în schimbări existențiale semnificative.** Acestea se pot petrece în mod firesc, incluse fiind în ciclurile vieții (în perspectivă profesională, maritală, locativă, socială etc.). Desigur, fiecare om poate interveni asupra ritmului, momentului, modului, stilului în care se petrec schimbările din viața sa (cum ar fi, de exemplu, căsătoria, faptul de a avea copii, divorțul, angajarea într-un serviciu, părăsirea lui etc.). Deși acestea sunt naturale și firești în cadrul ciclurilor vieții, ele nu sunt fără consecințe pentru existența

<sup>12</sup>A se vedea și paragraful 5.8.

personală, deoarece necesită un efort de readaptare la un nou ritm de viață, la noi eforturi și responsabilități, la constituirea unei noi rețele sociale (și de suport social). Acest efort de readaptare poate fi dificil de parcurs de unele persoane vulnerabile, care, mult timp, s-au manifestat ca normale în contextul normativității standardizate a unei vieți sociale date. Pentru ca, cu ocazia schimbării, dificultatea efortului de readaptare să ducă la o decompensare psihopatologică.

Dacă unele schimbări de viață (s.v.) solicitante și deci indirect stresante pot apărea ca firești, de așteptat și dorit în cadrul ciclurilor vieții, pe când altele nu au aceste caracteristici, există e.v. care, chiar dacă se petrec în cadrul ciclurilor firești ale vieții, apar ca neașteptate, atât în sens pozitiv, cât și negativ; de exemplu, moartea prin accident a unei persoane apropiate sufletește, o avansare în profesie, un câștig bănesc la care nu te așteptai. În general, e.v. ce apar în cadrul ciclurilor vieții pot avea următoarele caracteristici:

- indus de subiect, dorit și acceptat de el, rezultat al propriilor eforturi;
- indus de alții, dar cunoscut de subiect ca derulându-se, eveniment la care se poate opune cu sau fără rezultate;
- apărând cu totul neașteptat către subiect, situație care-l surprinde, la care se opune și luptă împotriva ei, pentru a-i minimaliza consecințele negative; sau pe care o acceptă ca atare.

Desigur, există și multiple variante intermediare. Oricum, subiectul, prin personalitatea sa – care include structura caracterială, abilitățile, proiectele, structura sa morală etc. – poate interveni în aceste situații; în unele cazuri, el poate fi conștient și, într-un fel, co-autor la cele ce se întâmplă. Ceea ce nu era cazul în situația psihotraumei.

**3. Eșecul.** Este vorba, în acest caz, de nămplinirea unui proiect (de vizare intențională, inclusiv de acțiune împlinită) în care subiectul este angajat. Spre deosebire de precedentele două situații, caracteristic este faptul că „nu se întâmplă nimic“ din punct de vedere exterior. Adică, nici un eveniment sesizabil de alții, nici o modificare exterioară în statutul și rolul său social. Ceea ce se petrece este în plan interior, în sensul că, dorința și speranța, care au animat un proiect de acțiune, se văd anulate prin nereușita din final. Persoana rămâne în aceeași stare în care a fost înainte, fără „nici o schimbare de viață“ (aspect comentat la pct. 2). Dar tocmai această stagnare creează o nemulțumire interioară, o situație de stres subiectiv, care poate crește vulnerabilitatea prin scăderea stimei de sine, prin continua frământare interioară și prin alte mecanisme psihologice. Eșecul poate fi resimțit interior, uneori, și dacă schimbarea de viață, proiectată sau acceptată, s-a produs, dar rezultatele ei nu corespund aștep-

tărilor; de exemplu, o căsătorie nereușită, intrarea într-o profesie ce se dovedește ca neconformă cu ceea ce subiectul se aștepta, mutarea într-un loc de muncă nou ce se dovedește neprielnică, plecarea într-o altă țară ce nu aduce nimic bun subiectului și celor apropiați etc.

Psihotrauma se desfășoară, în principiu, circumstanțial, fiind corelată unui eveniment secvențial, ce se declanșează rapid și are consecințe pe termen relativ scurt. Schimbarea de viață și eșecul intră într-un alt registru temporal, fiind vorba de „perioade de viață“ în care subiectul se angajează și pe care încearcă să le parcurgă în conformitate cu un anumit scop și sens. Atât reușita – în sensul ciclurilor vieții –, cât și eșecul pot fi solicitante la o manieră stresantă pentru persoană. Iar în funcție de fondul propriu de vulnerabilitate, pot contribui la accentuarea circumstanțială a acesteia sau la declanșarea (determinarea) unei stări psihopatologice. Psihotrauma și schimbarea de viață se pot combina, în sensul de a se petrece concomitent; de exemplu, pierderea bruscă și neprevăzută a unei persoane iubite, situație care, după primul moment psihotraumatizant, condiționează o schimbare de viață semnificativă. În mod similar, există corelații între schimbările de viață și eșecuri, ultima eventualitate putând fi trăită și în cazul realizării schimbării dorite, așa cum s-a comentat mai sus.

Influențele psiho-sociale, ce au fost menționate până în prezent (1, 2, 3) și vor fi menționate în continuare, se cer evaluate în perspectiva diacronă a biografiei, a cumulării în timp a celor trăite și învățate, precum și a eventualei lor agregări circumstanțiale. Putem imagina – și constata – situații în care, într-o perioadă delimitată de timp (să spunem 6 luni) se cumulează eșecuri, schimbări de viață semnificative, psihotraume etc., precum și situații în care, de-a lungul biografiei, se cumulează intermitent și se articulează subteran multiple psihotraume, schimbări și situații de viață particulare, eșecuri, frustrări, conflicte constatate în ambianța existențială și conflicte intrapsihice. Pentru fiecare caz e semnificativ să se înregistreze ceea ce s-a petrecut în trecutul imediat și ceea ce grevează biografia; elementele factice se cer, desigur, supuse interpretării. Ceea ce dorim să subliniem, la acest nivel, este faptul că e.v.s. au mai multe paliere de analiză, polii extremi fiind biografia și ceea ce s-a petrecut recent.

✦ **Frustrarea** se referă la nesatisfacerea unei dorințe, puziuni, nevoi sau pretenții legitime. „Legitimitatea“ își are, pe de o parte, sursa în biologie, dar, pe de altă parte, în psihologia developmentală, în psiho-sociologic, socio-cultură, dar, în cele din urmă, în structura motivațională proprie persoanei. Frustrarea poate fi circumstanțială, prelungită sau cronică. Aria situațiilor umane în care persoana se poate simți frustrantă, pe diverse termene și cu diverse semnificații,

este extrem de vastă. Dacă abordăm problema din perspectivă developmentală, se poate înregistra ceea ce s-a numit generic „frustrarea de mamă“ a sugarului. Sub acest generic se pot plasa: faptul că un copil este nedorit, că nu beneficiază de ofertele etologice esențiale ale maternajului (care, la om, presupun și adresabilitatea nonverbală față de acesta „făcută cu dragoste“, semnele expresive ale afecțiunii, cântecul de leagăn etc.). În continuare se poate vorbi de frustrarea de o figură securizantă de atașament, de sărăcia stimulilor care să permită o normală dezvoltare în primii ani de viață. Se poate semnala și o frustrare de imagoul paternal, important, și el, pentru identificările și maturizarea copilului ce trece prin diverse etape, în care intervin „obiecte tranzitionale“, imaginări, fantezme etc. Frustrarea de afecțiune sufletească e valabilă și se poate analiza pe parcursul întregii vieți, a adolescenței, a vârstei adulte și înaintate. La fel, se cere investigată eventuala frustrare de încredere și respect din partea altora, din copilărie și până la bătrânețe, fapt cu importante consecințe asupra „stimei de sine“, ca verigă importantă în instalarea variatelor stări psihopatologice. Din imensul domeniu al frustrărilor posibile mai menționăm: frustrarea de afecțiune și respect; dar și de raporturi sexuale satisfăcătoare, în contextul partenerilor maritali; frustrarea de drepturi civile, cea de recunoaștere publică a calităților unei persoane printr-o „conspirație a tăcerii“. Problema frustrării e strâns corelată cu o serie de caracteristici individuale, dorințele, nevoile și pretențiile, considerate legitime de către subiect, diferind mult de la o persoană la alta. Dar, ori de câte ori se ridică problema satisfacțiilor de viață, sunt de analizat în raport cu cea a frustrărilor și a eșecurilor.

**5. Conflictul interpersonal trenant.** Acesta se referă la starea de tensiune și conflict constant ce e prezentă între persoane care sunt angrenate în structuri sociale bine definite, precum ar fi familia, locul de muncă, de habitat. Există, în aceste eventualități, un cadru care „obligă“ persoana la o prezență constantă și definită în raport cu un anumit microgrup social (eventual și cu un „altul“ privilegiat). Bineînțeles că, din punct de vedere existențialist, această „obligație“ poate fi oricând abolită. Dar, în fapt, lucrurile nu se petrec astfel, ieșirea reușită din cadrul circumscris socio-cultural fiind o excepție. Desfășurându-și viața de zi cu zi într-un cadru instituțional și de relaționare umană determinată, individul are, bineînțeles, o anumită „libertate de mișcare“. Pentru a fixa un punct de plecare, putem considera situația în care atât la locul de muncă, cât și în familie, subiectul respectiv este, în mod constant, obiectul unor stresuri negative. În perspectivă psihopatologică e de evaluat cât de intense și prelungite sunt aceste stresuri conflictuale constante, dacă ele se desfășoară în mai multe arii

(familic, locuință și vecinătate, muncă etc.) și astfel se cumulează ce strategii de „coping“ a dezvoltat persoana în raport cu aceste influențe negative (=stresori), cum se corelează ele cu ceilalți stresori, cu tipul de personalitate și cu contrabalansarea pe care o pot asigura satisfacțiile și rețeaua socială. Uneori, stresul poate fi cantonat la relația cu o unică persoană, având un anumit dinamism, perioade de creștere și descreștere. Conflictul interpersonal se mai poate cumula cu frustrarea trenantă și cu eșecul repetat.

**6. Epuizarea prin suprasolicitare psihică (și fizică).** Aceasta poate rezulta din nopți nedormite, dintr-un program de activitate (muncă) exagerat, mai ales dacă nu e propriu asumat și nu e urmat de satisfacții; fapt ce se apropie de regimul psihologic al frustrării. Epuizarea se poate cumula de-a lungul anilor printr-un stil particular de viață, lipsit de relaxare și odihnă, de concediu, cu supralicitarea efortului.

**7.** Se poate menționa existența unor stresori ce acționează prelungit, care pot face parte parțial din categoriile deja menționate, dar pot avea și alte caracteristici. Astfel este o căsătorie nefericită, o profesie în contradicție cu aptitudinile și dorințele subiectului, lipsa de resurse materiale, prezența într-o familie a unui copil cu handicap, o boală alergică prelungită, frustrări socio-politice constante. În general, e vorba de o viață lipsită de satisfacții și împliniri, marcată continuu de neajunsuri și suferință.

**8. Conflictul intrapsihic.** Acesta poate fi preconștient și conștient. Modalitatea tipică constă din egodistonia ce o realizează sentimentul de vinovăție, adică „vocea conștiinței morale“. Dar, toate conduitele umane „duplicare“ pot induce un astfel de conflict; e vorba de compromis, ipocrizie, rea credință, minciună. În funcție de dimensiunile și calitățile persoanei, de capacitatea acesteia de a avea proiecte existențiale pozitive și creatoare, trăirile duplicare, inevitabile în existența unui om, pot fi trecute în plan secund și depășite. Dacă însă persoana este blocată în devenire și energia sa e subminată de stresori multipli, atunci și aceste componente, până la un punct, firești, ale vieții, se vor plasa în poziții negative și tensionante, epuizante psihologic, conducând la un conflict intrapsihic (c.i.p.). Cât privește c.i.p. preconștient (sau inconștient), această temă a fost dezvoltată de la începutul secolului de către psihanaliza lui Freud; și toate variantele de psihanaliză, ce s-au dezvoltat ulterior, nu au omis să o menționeze. Subliniem, ca o modalitate de abordare specială, cea a lui Jung, pentru care c.i.p. este, în mare măsură, unul ce ține de „individuație“; adică de faptul de a realiza sintetic și creator unicitatea existenței personale, nu doar în raport cu evenimentele de viață trăite (conștient sau preconștient), ci și în raport

cu elementele fundamentale ale culturii în care individul se dezvoltă, atât în perspectiva „temelor arhetipale“ principale, cât și a felului în care sunt definite statutele și rolurile sociale.

**9. Perioadele critice ale personogenezei și ale ciclurilor vieții** sunt, de obicei, situații în care vulnerabilitatea subiectului crește. Același lucru se poate spune despre crizele existențiale sau cele ale conștiinței morale, precum și de bilanțurile negative de viață pe care persoana și le poate face din când în când.

**10. Învățărilor patologice.** Acestea se petrec, mai ales în copilărie, prin influențe intrafamiliale. Dar ele sunt posibile pe tot parcursul vieții, vulnerabilizând persoana.

### 2.6.3. Factori compensatori și protectori

Aceștia variază foarte mult în raport cu vârsta, identitatea socială, caracteristicile socio-culturale etc. Este deosebit de important ca ei să fie evidențiați și evaluați în fiecare caz dat, deoarece doar raportul dintre suma stresorilor și cea a factorilor protectivi anti-stresanți ne poate clarifica, cât de cât comprehensibil, o situație psihopatologică dată (desigur, ținând cont și de alte aspecte ale vulnerabilității).

**1. Relaxarea.** Aceasta poate fi realizată psiho-corporal prin diverse tehnici (Jacobson, Schultz etc.). Nu trebuie ignorată nici relaxarea naturală pe care o realizează omul prin programele de odihnă, somn, excursii, plimbări, sport, participări la spectacole și sărbători, contemplații, receptarea muzicii, distracții sau tot ceea ce intră în prezent în capitolul „loisire“. Se cere realizată o evidență a raportului dintre angajarea tensionat responsabilă a individului în activități și perioadele de desangajare din acestea, compensate prin aspectele complementare menționate mai sus. Unele direcții speciale ale „relaxării“ corporale și sufletești au devenit părți componente ale terapiilor psihiatrice. Trebuie să se țină cont în acest domeniu și de particularitățile caracterial-tipologice. De asemenea, nu trebuie ignorat că efortul major, marcat de tensiuni psihice de mare nivel, ce apare pe parcursul unor perioade de angajare existențială cu sens major, se poate încheia cu satisfacții personale (de sens și valoric morale) de mare potență, capabile să contrabalanseze stresorii și efortul depus și suferit.

**2. Satisfacțiile de viață.** Acestea pot compensa, în mare măsură, stresorii negativi. La același nivel de stresori identificabili, e de așteptat ca echilibrul psihic al persoanei să fie diferit, dacă există sau nu există relaxare și satisfacții.

Satisfacțiile pot fi biologice și psiho-sociale, existențiale. Ele pot fi circumstanțiale, ca rezultat al unor proiecte și acțiuni, ca opusul eșecului și frustrării. Dar și constante, cum ar fi mulțumițiile resimțite în familie sau la locul de muncă. E de acceptat și un aspect caracterial sau structural, în sensul că, unele persoane sunt incapabile să resimtă și să trăiască satisfacții de viață, constant sau circumstanțial, pe când altele, le trăiesc intens. Unele forme de terapie psihică au ca obiectiv tocmai creșterea capacității individului în această direcție.

**3. Sensul existențial.** Se poate considera că există, pentru fiecare om, un sens de viață firesc ce nu necesită analize sau comentarii. Totuși, evenimentele și situațiile de viață pot conduce la împrejurări în care sensul existenței să-și piardă din consistență, să fie problematizat sau să dispară. Acest fapt se petrece, de obicei, după eșecuri semnificative (sau cumulate) când lipsesc soli-citățile și aprecierile, din partea comunității, când scade stima de sine și apare sentimentul lipsei de rost. Considerată în sens global și absolut, problema sensului existențial este insolubilă. Ea poate prinde cheag doar în relație cu probleme, situații, acțiuni și interacțiuni umane concrete. E firesc ca, o persoană, ce se simte angajată puternic într-un sens existențial, să fie mai nonvulnerabilă decât una lipsită de această șansă. Se mai poate adăuga faptul că, creativitatea, prin sentimentul de împlinire de sine pe care-l realizează, poate fi și ea un factor de nonvulnerabilitate.

**4. Abilitățile social-pragmatice.** Existența oricărei persoane conștiente se derulează, dintr-un anumit punct de vedere, prin rezolvarea unui ansamblu de situații problematice, care se pot intersecta și suprapune, din punct de vedere al amplitudinii desfășurării. Pentru a rezolva probleme efective, practice, subiectul trebuie să poată realiza o evaluare corectă a situației, să-și formuleze obiective posibil de atins, în raport cu resursele de care dispune și la care poate apela. Toate acestea presupun capacitatea de a realiza o strategie de acțiune și de a o transpune în practică. Un aspect important este cel al capacității de relaționare socială în vederea realizării de parteneri și susținători ai proiectului avut în vedere. Cu cât relaționarea socială, în această direcție, e mai performantă, cu atât rezultatul poate fi mai bun. În sfârșit, în cursul rezolvării unei probleme, subiectul trebuie să fie capabil să facă față diverșilor stresori, care au fost deja amintiți. Capacitatea crescută de a face față (de „coping“) stresorilor e un indiciu de nonvulnerabilitate, pe când dificultățile în rezolvarea de probleme, în relaționarea socială pentru probleme practice și în confruntări cu stresul sunt indici ai unei vulnerabilități crescute.

**5. Rețeaua de suport social.** Orice persoană, la diverse vârste ale existenței sale, se află în relații relativ stabile cu alții. Pentru adult, considerat ca un cadru de referință, se poate face distincția între: – contactul interpersonal;

– relația interpersonală; – legătura interpersonală. Ultima e mai stabilă, mai „adâncă” sufletește și presupune afectivitate tranzitivă (în sensul lui Minkovski); adică faptul că celuilalt îi pasă de subiect, „rezonează” împreună cu el la evenimente pozitive și negative. Un subiect poate fi în relații interpersonale mai mult sau mai puțin constante (stabile, intime) cu alții, care fac parte din diverse arii existențiale: – familia de origine și familia proprie; – colectivul în care individul își desfășoară educația, studiile, munca; – relațiile cu vecinii; – relațiile sociale în sens mai larg, ținând de prietenie, activități politice, religioase, de hobby. Se consideră că un subiect are un număr limitat de persoane care se află în relație (legătură) directă cu el = rețeaua socială (de gr. I), făcând parte din ariile menționate și ridicându-se, în medie, la 10–20 persoane. Cu acestea se întâlnește frecvent, față în față, desfășurând toate caracteristicile unei legături sufletești notabile. În afara acestora, fiecare persoană mai are și relații mai puțin directe (de gr. II), care constau din cunoștințele (și persoanele apropiate) celor cu care se află el însuși în raportare directă. Relațiile sociale de gr. III ar fi cele ale unor persoane pe care subiectul nu le cunoaște direct, dar la care are un acces ușurat prin rețeaua sa socială, de rangul I și II.

Pentru psihopatologie are importanță rețeaua de suport social (r.s.s.). Aceasta e constituită, de obicei, din persoane din rețeaua primară (de rangul I) care se preocupă de / și acordă un sprijin real persoanei aflate în dificultate, din diverse motive. Între aceste motive se înscrie și boala, în general, și boala psihică, în special. Suportul social, pe care-l pot acorda alții, poate fi (după conceptualizarea lui Veil) (36) instrumental și afectiv. Suportul instrumental se referă la sprijinirea în rezolvarea problemelor practice ale persoanei. Cel afectiv se referă la faptul de a se plasa în situația de apropiere, comprehensiune, dialog și susținere morală, de încurajare, a celui aflat în dificultate. Un aspect special al acestui suport afectiv îl constituie „intimanța”, realizarea unei situații psihologice în care subiectul suferind simte că are în apropierea sa o persoană de încredere și fidelă. Aceste relații pot crește nonvulnerabilitatea subiectului, îl pot face să reziste mai mult la variații stresori. Pe de altă parte, s-a demonstrat că r.s.s. joacă, pentru individ, un rol de filtru al stresorilor (atât în perioada infanto-juvenilă, cât și la adult sau la vârsta a treia). R.s.s. are un important rol în prognosticul tulburărilor psihice. Ea depinde, parțial, de caracteristicile persoanei premorbide. Dar, pe de altă parte, poate fi influențată de episoadele psihopatologice atât prin reducerea progresivă a capacității de relaționare, cât și prin stigmatizarea ce rezultă din acest proces.

Atât factorii biologici, cât și cei psihosociali menționați concură, în primul rând, la crearea unei persoane vulnerabile. În corelație cu această problemă, de-a lungul sec. XX s-a dezbătut condiționarea „endogenă“ a unor tulburări psihice, mai ales psihotice. Această problemă va fi reluată în cadrul comentariilor psihopatologice din ultimul capitol (paragraf 5.8.).

## 2.7. Boala psihică. Aspecte ale nosologiei psihiatrice

### 2.7.1. Generalități

O persoană care a avut în viață un e.ps. de intensitate clinică (chiar dacă nu a fost internată) poate fi încadrată în minoritatea populațională a cazuisticii psihiatrice. Dar, în biografia unui om pot apărea mai multe e.ps. Deseori se repetă e.ps. cu simptomatologie asemănătoare sau care fac parte dintr-un anumit grupaj semiotic. De exemplu, pot apărea recurent e.ps. doar depresive; sau e.ps. depresive ce alternează cu episoade maniacale. Un om poate prezenta un e.ps. de anxietate generalizată, un al doilea, în care apar în plus și atacuri de panică, și un al treilea, la care se adaugă agorafobia. În cazurile în care repetarea e.ps. se realizează cu elemente semiologice din aceeași categorie (grupare) semiotică, putem să ne gândim la o „boală psihică“. La fel ca și în cazul sindroamelor, pe baza observației și a experienței clinice se pot degaja unele modalități tipice ideale de tulburări (boli) psihice, care se instituie drept cadre de referință pentru cazurile concrete. Deși tabloul clinic semiologic din timpul episoadelor este aspectul cel mai important pentru aceste „boli“, constructul teoretic al unei „boli (tulburări) psihice“ ar urma să țină cont și de alte elemente, cum ar fi (fig. X):

1. Încărcătura genetică din aceeași clasă de patologie, eventual și din „spectrul“ genetic al acesteia;
2. Un tip specific de vulnerabilitate bio-psihică, de fond a „terenului“, evidențiable prin anumiți „markeri“ care indică predispoziția spre respectiva clasă de patologie;
3. Un tip de personalitate premorbidă, ce poate fi evidențiată strict caracteriologic în limitele normalității sau, poate fi calificată drept personalitate particulară (anormal-accentuată) sau personalitate patologică (=„tulburare de personalitate“, în clasificările actuale); acestea prezintă trăsături („trates“) ale personalității, mai mult sau mai puțin accentuate (sau patologice) care reprezintă

replica sau analogonul (similaritatea) la nivelul structurii caracteriale a manifestărilor („states“) simptomatice, prezente în cursul unui e.ps.

4. O anumită etio-patogenie specifică. Aceasta este în prezent dificil de identificat pentru toate „bolile psihice“ (în sens de constructe teoretice ale unor cazuri-tip ideale); dar este unanim recunoscută polarizarea între: 4.1. = condiționarea organică prin disfuncție cerebrală precis identificabilă; 4.2. = condiționare endogenă psihotică; 4.3. = condiționare psihogenă comprehensibilă (nevrotică, dezadaptativă, reactivă). Aceste situații reprezintă, de fapt, trei poli, între care se plasează cazurile concrete. Cel mai specific psihiatriei, înțelesă ca domeniu special al medicinei, este situația 4.2., în care e prezentă o pluri-condiționalitate etio-patogenică.

5. Un anumit model evolutiv al episoadelor; episod unic, recurent fără defect și cu defect clinic și social.

6. Un defect, specific din punct de vedere psihopatologic, în care sunt păstrate echivalențe semiotice (simptomatice-sindromatice) din perioada acută și care se mențin o perioadă îndelungată de timp.

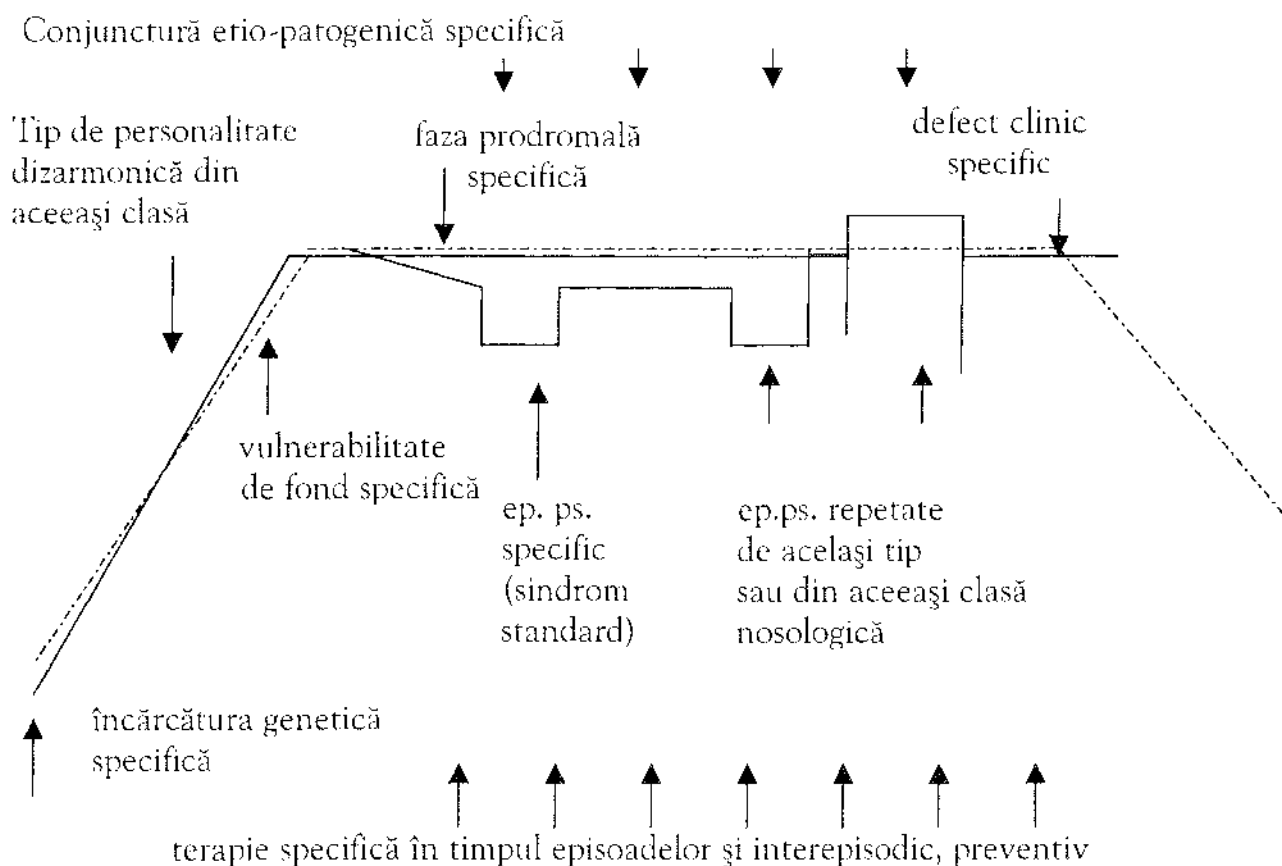


Figura X. Caracteristicile bolii psihice

7. O anumită respondență terapeutică specifică în perioada intercritică cu valoare preventivă în perspectiva recăderilor (cum ar fi, tratamentul cu litiu în tulburarea bipolară sau psihoterapia cognitivă de tip Beck în depresia monopolară).

Tabloul clinic psihopatologic al episoadelor specifice unei tulburări (boli) psihiatrice se agregă în „macrosindroame“ ce fac parte dintr-o anumită clasă. Pentru nosologie este important să se stabilească și durata episoadelor. În funcție de aceasta, un anumit tablou clinic al e.ps. este etichetat ca aparținând unui anumit cadru nosologic sau un altul (problema e importantă, mai ales pentru tulburările delirante și schizofrene). Configurația unui episod poate fi centrată pe un unic e.ps. standard sau poate exprima o conjuncție între mai multe s.ps. care de obicei se întâlnesc împreună (a se vedea și fig. IX, X, XI, p. 79–80).

Ca și în orice specialitate, ansamblul bolilor este reunit într-un sistem nosologico-nosografic (s.n.n.) S.n.n. al psihiatriei stă la baza cunoașterii acestui domeniu teoretic particular al medicinei de către cei ce se specializează în respectiva direcție. Pe baza sa se desfășoară procesul de diagnosticare și etichetare, sintezele statistice care ne relevă incidența și prevalența tulburărilor (bolilor) psihice într-o populație dată. Dat fiind rolul său de referențial pentru comunicarea dintre specialiști, e necesar să funcționeze un s.n.n. unitar pentru psihiatrii unei comunități. În ultimele decenii s-au făcut mari eforturi pentru realizarea unui consens internațional în această direcție. În prezent, cele mai răspândite s.n.n. sunt: Clasificarea Internațională a Bolilor, ed. 10, difuzată de OMS (ICD-10, 1992) (34) și sistemul american din SUA, DSM, ajuns la ediția IV (31). ICD-10 se bazează pe un compromis între diversele școli și tradiții naționale. Deși parțial diferit, el este compatibil cu DSM-IV. Amândouă sistemele se doresc a fi ateoretice. Totuși, ele nu pot evita menționarea unor elemente etiopatogenice (condiționarea predominant prin stresuri psiho-sociale, prin factori organic-cerebrali sau printr-o vulnerabilitate de fond ce se decompensează în anumite împrejurări). De asemenea, nu este ignorat criteriul vârstă, intensitate, durată, model evolutiv etc.

Vom prezenta, în continuare, tabla de materii a capitoului privitor la psihiatrie – Cap. F – din ICD-10, OMS. Sistemul cuprinde 10 mari categorii de „tulburări mintale și comportamentale“ cuprinse între F00–F99. Sunt menționate atât episoade, cât și boli, tulburări de personalitate și alte entități psihopatologice. În fiecare subdiviziune, ultimele două poziții (adică cifrele 8 și 9) sunt rezervate pentru: 8 = Alte forme de... 9 = Tulburarea (din clasa respectivă) fără precizare. Primele 3 caractere – litera F și 2 cifre – stabilesc categoria în

ansamblu; după un punct, aceasta este caracterizată în continuare de obicei printr-o cifră; există și câteva situații speciale.

Așa cum se va comenta în continuare, sistemul ICD-10, la fel ca oricare altul, e tributar unor principii de ordonare a bolilor – tulburărilor psihice și comportamentale – cum ar fi vârsta, condiționarea predominant organică, endogenă sau psiho-socială, intensitatea tulburării și a modului evolutiv. Spre deosebire de sistemele tradiționale (dar în consonanță cu sistemul DSM-IV) se încearcă limitarea utilizării unor termeni, precum nevroza și psihoza, dar mai ales a termenului (de condiționare) endogenă. Aceste probleme le vom comenta în ultimul capitol, după ce vom aduce în discuție și psihopatologia (a se vedea paragraful 5.8.).

## 2.7.2. Tabla de materii a entităților nosologice cuprinse în ICD-10

Tabla de materii a entităților nosologice cuprinse în ICD-10 este următoarea:

### **(F00 – F09) Tulburări mintale și comportamentale datorate unor suferințe cerebrale**

*F00 Demența în boala Alzheimer:*

F00.0 Demența în boala Alzheimer cu debut timpuriu; F00.1. Demența în boala Alzheimer cu debut tardiv; F00.2 Demența în boala Alzheimer, atipică sau de tip mixt; F00.9

*F01 Demența vasculară:*

F01.0 Demența vasculară cu debut acut; F01.1 Demența multiinfarct; F01.2 Demența vasculară subcorticală; F01.3 Demența vasculară mixtă corticală și subcorticală; F01.8; F01.9

*F02 Demența în alte boli, clasificate în altă parte:*

F02.0 Demența în boala Pick; F02.1 Demența în boala Creutzfeld-Jacob; F02.2 Demența în boala Huntington; F02.3 Demența în boala Parkinson; F02.4 Demența în boala cu virusul imunodeficienței umane HIV-SIDA; F02.8

*F03. Demența nespecificată:* Trebuie adăugat un al 5-lea caracter, pentru a specifica demența la F00-F03, după cum urmează: .X0 fără simptome adiționale; .X1 alte simptome predominant delirante; .X2 alte simptome predominant halucinatorii; .X3 alte simptome predominant depresive; .X4 alte simptome mixte

*F04 Sindromul amnestic organic neindus de alcool sau alte substanțe psihoactive*

*F05. Delirium, neindus de alcool sau alte substanțe psihoactive:*

F05.0 Delirium, nesuprapus pe demență, conform descrierii anterioare;  
F05.1 Delirium, suprapus pe demență; F05.8 F05.9

*F06 Alte tulburări mintale datorate leziunii, disfuncției cerebrale și bolii somatice:*

F06.0 Starea halucinatorie organică; F06.1 Tulburarea catatonă organică  
F06.2 Tulburarea delirantă organică (schizophrenia-like); F06.3 Tulburări organice ale dispoziției (afective); F06.30 Tulburarea organică maniacală;  
F06.31 Tulburarea organică bipolară; F06.32 Tulburarea organică depresivă;  
F06.33 Tulburarea organică afectivă mixtă; F06.4 Tulburarea organică anxioasă;  
F06.5 Tulburarea organică disociativă; F06.6 Tulburarea organică labilă emoțională (astenică); F06.7 Tulburarea organică cognitivă ușoară; F06.8 F06.9

*F07 Tulburări de personalitate și comportament datorate bolii, leziunii și disfuncției cerebrale:*

F07.0 Tulburare organică de personalitate; F70.1 Sindrom postencefalitic; F07.2 Sindromul organic cerebral (posttraumatic); F07.8 F07.9

*F09 Tulburarea mintală organică sau simptomatică, nespecificată:*

**(F10 – F19) Tulburări mintale și comportamentale datorate utilizării de substanțe psihoactive**

*F10 Tulburări mintale și comportamentale datorate utilizării alcoolului*

*F11 Tulburări mintale și comportamentale datorate utilizării opiozilor*

*F12 Tulburări mintale și comportamentale datorate utilizării canabinoizilor*

*F13 Tulburări mintale și comportamentale datorate utilizării sedativelor și hipnoticelor*

*F14 Tulburări mintale și comportamentale datorate utilizării cocainei*

*F15 Tulburări mintale și comportamentale datorate utilizării altor stimulante inclusiv cafeina*

*F16 Tulburări mintale și comportamentale datorate utilizării halucinogenelor*

*F17 Tulburări mintale și comportamentale datorate utilizării tutunului*

*F18 Tulburări mintale și comportamentale datorate utilizării solvenților volatili*

*F19 Tulburări mintale și comportamentale datorate utilizării mai multor droguri sau altor substanțe psihoactive*

Categoriile cu al 4-lea și al 5-lea caracter pot fi folosite pentru specificarea stării clinice, după cum urmează:

F1X.0 Intoxicația acută: .00 Necomplicată; .01 Cu traumatism sau altă leziune corporală; .02 Cu altă complicație medicală; .03 Cu delirium; .04 Cu distorsiuni perceptuale; .05 Cu comă; .06 Cu convulsii; .07 Intoxicație patologică

F1X1 Utilizare nocivă

F1X2 Sindrom de dependență: .20 În prezent abstinent; .21 În prezent abstinent, dar în ambianța protectivă; .22 În prezent în supraveghere clinică sau în regim de înlocuire (dependență controlată); .23 În prezent abstinent, dar în tratament cu droguri aversive sau blocante; .24 În prezent utilizând substanța (dependență activă); .25 Utilizare continuă; .26 Utilizare episodică (dipsomanie)

F1X3 Stare de sevraj: .30 Necomplicată; .31 Cu convulsii

F1X4 Stare de sevraj cu delirium: .40 Fără convulsii; .41 Cu convulsii

F1X5 Tulburare psihotică: .50 Schizophrenia-like; .51 Predominant delirantă; .52 Predominant halucinatorie; .53 Predominant polimorfă; .54 Predominant cu simptome depresive; .55 Predominant cu simptome maniacale; .56 Cu simptome mixte.

F1X6 Sindrom amnestic

F1X7 Tulburare psihotică reziduală și cu debut tardiv: .70 Flash back-uri (rememorări paroxistice); .71 Tulburare de personalitate sau de comportament; .72 Tulburare afectivă reziduală; .73 Demență; .74 Altă deteriorare cognitivă persistentă; .75 Tulburare psihotică cu debut tardiv;

F1X8; F 1X9

F20-F29 Schizofrenia, tulburările schizotipale și tulburările delirante

### **F20 Schizofrenia**

F20.0 Schizofrenie paranoidă; F20.1 Schizofrenie hebefrenă; F20.2 Schizofrenie catatonă; F20.3 Schizofrenie nediferențiată; F20.4 Depresie postschizofrenă; F20.5 Schizofrenie reziduală; F20.6 Schizofrenie simplă; F20.8; F20.9

Al 5-lea caracter poate fi folosit pentru a clasifica modalitatea evolutivă:

F20.X0 Continuă; F20.X1 Episodică, cu deficit progresiv; F20.X2 Episodică, cu deficit stabil; F20.X3 Episodică, remitentă; F20.X4 Remisiune incompletă; F20.X5 Remisiune completă; F20.X8 F20.X9

F21 Tulburare schizotipală

F22 Tulburări delirante persistente:

F22.0 Tulburare delirantă; F22.8; F22.9

F23 Tulburări psihotice acute și tranzitorii:

F23.0 Tulburare psihotică acută polimorfă fără simptome de schizofrenie; F23.1 Tulburare psihotică acută polimorfă, cu simptome de schizofrenie; F23.2 Tulburare psihotică acută schizophrenia-like; F23.3 Alte tulburări psihotice acute, predominant delirante; F23.8; F23.9

Se poate utiliza al 5-lea caracter pentru a identifica prezența sau absența stresului acut asociat: .X0 Fără stres acut asociat; .X1 Cu stres acut asociat

F24 Tulburare delirantă indusă

**F25 Tulburări schizoafective**

F25.0 Tulburare schizoafectivă de tip maniacal; F25.1 Tulburare schizoafectivă de tip depresiv; F25.2 Tulburare schizoafectivă de tip mixt; F25.8; F25.9  
F28; F29

**F30-F39 Tulburări ale dispoziției afective**

F30 *Episodul maniacal*: F30.0 Hipomanie; F30.1 Manie, fără simptome psihotice; F30.2 Manie, cu simptome psihotice; F30.8; F30.9

F31 *Tulburarea afectivă bipolară*

F31.0 Tulburarea afectivă bipolară cu episod actual hipomaniacal; F31.1 Tulburarea afectivă bipolară cu episod actual maniacal fără simptome psihotice; F31.2 Tulburarea afectivă bipolară cu episod actual maniacal cu simptome psihotice; F31.3 Tulburarea afectivă bipolară cu episod actual depresiv ușor sau moderat: .30 Fără simptome somatice; .31 Cu simptome somatice; F31.4 Tulburarea afectivă bipolară cu episod actual depresiv sever, fără simptome psihotice; F31.5 Tulburarea afectivă bipolară cu episod actual depresiv sever, cu simptome psihotice; F31.6 Tulburarea afectivă bipolară – episod actual mixt; F31.7 Tulburarea afectivă bipolară, în prezent, în remisiune; F31.8; F31.9

F32 *Episod depresiv*

F32.0 Episod depresiv ușor: .00 Fără simptome somatice; .01 Cu simptome somatice; F32.1 Episod depresiv moderat: .10 Fără simptome somatice; .11 Cu simptome somatice; F32.2 Episod depresiv sever fără simptome psihotice; F32.3 Episod depresiv sever cu simptome psihotice; F32.8; F32.9

F33 *Tulburare depresivă recurentă*

F33.0 Tulburare depresivă recurentă cu episod actual ușor: .00 Fără simptome somatice; .01 Cu simptome somatice; F33.1 Tulburarea depresivă recurentă cu episod actual moderat: .10 Fără simptome somatice; .11 Cu simptome somatice; F33.2 Tulburarea depresivă recurentă cu episod actual sever, fără simptome psihotice; F33.3 Tulburarea depresivă recurentă cu episod actual sever, cu simptome psihotice; F33.4 Tulburarea depresivă recurentă, în prezent, în remisiune; F33.8; F33.9

F34 *Tulburări persistente ale dispoziției (afective)*

F34.0 Ciclotimie; F34.1 Distimie; F34.8; F34.9

**F38 Alte tulburări ale dispoziției (afective)**

F38.0 Alte tulburări singulare ale dispoziției afective: .00 Episod afectiv

mixt; F38.1 Alte tulburări recurente ale dispoziției afective; .10 Tulburare depresivă recurentă, scurtă; F38.8

F39 Tulburarea dispoziției afective, nespecificată

F40-F48 Tulburări nevrotice corelate cu stresul și tulburări somatoforme

F40 Tulburări anxios-fobice:

F40.0 Agorafobia: .00 Fără tulburare de panică; .01 Cu tulburare de panică; F40.1 Fobii sociale; F40.2 Fobii specifice (izolate); F40.8; F40.9

F41 Alte tulburări anxioase:

F41.0 Tulburarea de panică (anxietate paroxistică episodică); F41.1 Tulburare de tip anxietate generalizată; F41.2 Tulburare mixtă, anxioasă și depresivă; F41.3 Alte tulburări anxioase mixte; F41.8; F41.9

F42 Tulburare obsesiv-compulsivă:

F42.0 Gânduri sau ruminatii obsesionale predominante; F42.1 Acte compulsive (ritualuri obsesionale) predominante; F42.2 Gânduri și acte obsesionale mixte; F42.8; F42.9

F43 Reacție la stres sever și tulburări de adaptare:

F43.0 Reacție acută la stres; F43.1 Tulburare de stres posttraumatică; F43.2 Tulburări de adaptare: .20 Reacție depresivă scurtă; .21 Reacție depresivă prelungită; .22 Reacție mixtă, anxioasă și depresivă; .23 Cu perturbarea predominantă a altor emoții; .24 Cu predominanța tulburărilor de conduită; .25 Cu perturbare mixtă, a emoțiilor și conduitei; .28 Cu alte simptome predominante, specificate; F43.8; F43.9

F44 Tulburări disociative (conversive):

F44.0 Amnezie disociativă; F44.1 Fugă disociativă; F44.2 Stupor disociativ; F44.3 Tulburări de transă și posesiune; F44.4 Tulburări disociative motorii; F44.5 Convulsii disociative; F44.6 Anestezie și pierdere senzorială disociativă; F44.7 Tulburări disociative (conversive) mixte; F44.8: .80 Sindrom Ganser; .81 Tulburare de personalitate multiplă; .82 Tulburări disociative (conversive) tranzitorii, ce apar în copilărie și adolescență; .88; F44.9.

F45 Tulburări somatoforme:

F45.0 Tulburare de somatizare: F45.1 Tulburare somatoformă nediferențiată; F45.2 Tulburare hipocondriacă; F45.3 Disfuncție vegetativă somatoformă: .30 Cordul și sistemul cardio-vascular; .31 Tractul gastro-intestinal superior; .32 Tractul gastro-intestinal inferior; .33 Sistemul respirator; .34 Sistemul uro-genital; .38 Alt organ sau sistem; F45.4 Tulburare somatoformă de tipul durerii persistente; F45.8; F45.9

F48 Alte tulburări nevrotice:

F 48.0 Neurastenia; F48.1 Sindromul de depersonalizare = derealizare; F48.8; F48.9

F50 – F59 Sindroame comportamentale asociate cu tulburări fiziologice și factori somatici

F50 Tulburări ale instinctului alimentar:

F50.0 Anorexie nervoasă; F50.1 Anorexie nervoasă atipică; F50.2 Bulimie nervoasă; F50.3 Bulimie nervoasă tipică; F50.4 Alimentație excesivă, asociată cu alte tulburări psihologice; F50.5 Vomă, asociată cu alte tulburări psihologice; F50.8; F50.9

F51 Tulburări non-organice ale somnului:

F51.0 Insomnie non-organică; F51.1 Hipersomnie non-organică; F51.2 Tulburare anorganică a ciclului somn-veghe; F51.3 Somnambulism; F51.4 Teroare nocturnă; F51.5 Coșmaruri; F51.8; F51.9

F52 Disfuncție sexuală necauzată de o boală sau tulburare organică:

F52.0 Lipsa sau pierderea dorinței sexuale; F52.1 Aversiunea sexuală și lipsa plăcerii sexuale: .10 Aversiune sexuală; .11 Lipsa plăcerii sexuale; F52.2 Eșec al satisfacției sexuale; F52.3 Disfuncție orgasmică; F52.4 Ejaculare precoce; F52.5 Vaginismul non-organic; F 52.6 Dispareunie non-organică; F52.7 Impuls sexual excesiv; F52.8; F52.9

F53 Tulburări mintale și comportamentale asociate cu puerperiul, neclasificate în altă parte

F53.0 Tulburări mintale și comportamentale ușoare asociate cu puerperiul, neclasificare în altă parte; F53.1 Tulburări mintale și comportamentale severe, asociate cu puerperiul, neclasificate în altă parte; F53.8; F53.9

F54 Factori psihologici și comportamentali asociați cu tulburări sau boli clasificate în altă parte

F55 Abuzul de substanțe ce nu produc dependență:

F55.0 Antidepresive; F55.1 Laxative; F55.2 Analgezice; F55.3 Antiacide; F55.4 Vitamine; F55.5 Steroizi sau hormoni; F55.6 Remedii specifice vegetale sau populare; F55.8; F55.9

F59 Sindroame comportamentale nespecificate, asociate cu tulburări fiziologice și factori somatici

F60-F69 Tulburări ale personalității și comportamentului adultului

F60 Tulburări specifice de personalitate:

F60.0 Tulburare de personalitate paranoidă; F60.1 Tulburare de personalitate schizoidă; F60.2 Tulburare de personalitate disocială; F60.3 Tulburare de

personalitate emoțională instabilă: .30 De tip impulsiv; .31 De tip borderline; F60.4 Tulburare de personalitate histrionică; F60.5 Tulburare de personalitate anankastă; F60.6 Tulburare de personalitate anxioasă (evitantă); F60.7 Tulburare de personalitate dependentă; F60.8; F60.9

F61 Tulburări mixte și alte tulburări de personalitate:

F61.0 Tulburări mixte de personalitate; F61.1 Modificări stânjenitoare accentuate ale personalității

F62 Schimbări durabile ale personalității, neatribuibile unor leziuni sau boli cerebrale

F62.0 Schimbare durabilă de personalitate, după o trăire catastrofică prelungită; F62.1 Schimbare durabilă de personalitate, după o afecțiune psihiatrică; F62.8

F63 Tulburări ale habitusului (deprinderilor/obiceiurilor) și impulsurilor:

F63.0 Joc e noroc patologic; F63.1 Incendiere patologică (piromania); F63.2 Furt patologic (cleptomania); F63.3 Tricotilomanie; F63.8; F63.9

F64 Tulburări de identitate cu propriul sex:

F64.0 Transsexualism; F64.1 Transvestism cu rol dual; F64.2 Tulburare de identitate cu propriul sex în copilărie; F64.8; F64.9

F65 Tulburări ale preferinței sexual:

F65.0 Fetișism; F65.1 Transvestism fetișistic; F65.2 Exhițiționism; F65.3 Voyeurism; F65.4 Pedofilie; F65.5 Sadomasochism; F65.8; F65.9

F66 Tulburări psihologice și comportamentale, asociate cu dezvoltarea și orientarea sexuală:

F66.0 Tulburarea de maturare sexuală; F66.1 Orientarea sexuală egodis-tonică; F66.2 Tulburarea relației sexuale; F66.8; F66.9

A1 5-lea caracter poate fi utilizat pentru a indica asocierea cu:

.X0 Heterosexualitate; .X1 Homosexualitate; .X2 Bisexualitate; .X8

F68 Alte tulburări de personalitate și comportament ale adultului: F68.0 Accentuarea simptomelor somatice din motive psihologice; F68.1 Producere intenționată sau simulare de simptome sau de incapacitate somatică sau psihologică (tulburări factice); F68.8

F69 Tulburări de personalitate și comportament ale adultului, nespecificate

F70 – F79 Retardare mintală

F70 Retardare mintală ușoară

F71 Retardare mintală moderată

F72 Retardare mintală severă

F73 Retardare mintală profundă

F78. F79

Al 4-lea caracter poate fi utilizat pentru a specifica extensiunea afectării comportamentelor asociate: F7X.0 Tulburare a comportamentului, absentă sau minimă; F7X.1 Tulburare semnificativă a comportamentului, necesitând supraveghere sau tratament; F7X.8; F7X.9

F80 – F89 Tulburări ale dezvoltării psihologice

F80 Tulburări specifice de dezvoltare a vorbirii și limbajului:

F80.0 Tulburări specifice ale achiziției articulării și vorbirii;

F80.1 Tulburare a achiziției limbajului expresiv; F80.2 Tulburare a achiziției limbajului receptiv; F80.3 Afazie dobândită, cu epilepsie (sindrom Landau-Kleffner); F80.8; F80.9

F81 Tulburări specifice de dezvoltare a abilităților școlare:

F81.0 Tulburare specifică a cititului; F81.1 Tulburare specifică a scrisului; F81.2 Tulburare specifică a abilităților aritmetice; F81.3 Tulburare mixtă a abilităților școlare; F81.8; F81.9

F82 Tulburare specifică de dezvoltare a funcției motorii

F83 Tulburări specifice mixte de dezvoltare

F84 Tulburări globale de dezvoltare:

F84.0 Autismul infantil; F84.1 Autismul atipic; F84.2 Sindromul Rett; F84.3 Altă tulburare desintegrativă a copilăriei; F84.4 Tulburare hiperkinetică asociată cu retardarea mintală și mișcări stereotipe; F84.5 Sindromul Asperger; F84.8; F84.9

F88 Alte tulburări ale dezvoltării psihologice

F89 Tulburare a dezvoltării psihologice nespecificată

F90–F99 Tulburări comportamentale și emoționale cu debut în copilărie și adolescență

F90 Tulburări hiperkinetice:

F90.0 Tulburare a activității și atenției; F90.1 Tulburare hiperkinetică de conduită; F90.8; F90.9,

F91 Tulburări ale conduitei:

F91.0 Tulburare de conduită limitată la contextul familial; F91.1 Tulburare de conduită nesocializată; F91.2 Tulburare de conduită socializată; F91.3 Tulburare deviantă, opoziționistă cu provocare; F91.8; F91.9

F92 Tulburări mixte, ale conduitei și emoției:

F92.0 Tulburare de conduită depresivă;

F92.8 ; F92.9

F93 Tulburări emoționale cu debut specific în copilărie:

F93.0 Tulburare de tip anxietate de separare, în copilărie; F93.1 Tulburare anxios fobică în copilărie; F93.2 Tulburare de tip anxietate socială în copilărie; F93.3 Tulburare de rivalitate fraternă; F93.8; F93.9

F94 Tulburări ale funcționării sociale cu debut specific în copilărie și adolescență:

F94.0 Mutism selectiv; F94.1 Tulburare reactivă de atașament a copilăriei; F94.2 Tulburare de atașament de tip dezinhibat; F94.8; F94.9

F95 Ticuri :

F95.0 Tic tranzitoriu; F95.1 Tic motor sau vocal cronic; F95.2 Tic vocal asociat cu tic motor multiplu (sindrom la Tourette); F95.8; F95.9

F98 Alte tulburări comportamentale și emoționale cu debut obișnuit în copilărie și adolescență:

F98.0 Enurezis non-organic; F98.1 Encoprezis non-organic; F98.2 Tulburare a instinctului alimentar în perioada de sugar și în copilărie; F98.3 Pica în perioada de sugar și în copilărie; F98.4 Mișcări stereotipe; F98.5 Balbism; F98.6 Bolboroseală; F98.8; F98.9

F99 Tulburare mintală nespecificată

Sistemul ICD-10, în varianta sa cu 4 caractere despărțite de punct (litera F, două cifre ce caracterizează entitate psihiatrică, plus o nouă cifră plasată după un punct, care detaliază caracteristicile clinice ale episodului), are în vedere atât diagnosticul de episod (de ex. e.ps. depresiv, maniacal, agorafobic), cât și cel de boală (tulburare afectivă bipolară, schizofrenie). Acest sistem acceptă și variante suplimentare, mai detaliate de etichetare, atât pentru episod, cât și pentru boală. De ex., pentru cazul unui alcoolism maladiv cu dependență, pe lângă cadrul F10.2, se mai pot adăuga și următoarele caracteristici, care urmează codului sus amintit: F10.20 = în prezent abstinent; F10.21 = în prezent abstinent, dar în ambianță protectivă; F10.22 = în prezent în supraveghere clinică continuă sau regim de înlocuire; F10.23 = în prezent abstinent, dar în tratament cu droguri adverse sau blocante; F10.24 = în prezent utilizând substanță (dependență activă); F10.25 = utilizare continuă; F10.26 = utilizare episodică (dipsomanie); și în continuare: F10.30 = stare de sevraj necomplicată; F10.31 = cu convulsii.

În perspectiva bolii, se poate codifica modalitatea evolutivă. În cazul schizofreniei, codificată la F20.X (X însemnând forma clinică), se poate adăuga, în perspectiva evolutivă: F20.X0 = continuă; F20.X1 = episodică, cu deficit progresiv;

F20.X2 = episodică, cu deficit stabil; F20.X3 = episodică remitentă; F20.X4 = remisiune incompletă; F20.X5 = remisiune completă; F20.X8 altă evoluție; F20.X9 = perioada de observație sub un an.

Sistemul nosologico-nosografic ICD-10, așa cum a fost prezentat, nu acoperă în întregime problematica „bolii“, a tulburării psihice și comportamentale, așa cum a fost comentată la începutul capitolului. La fel se prezintă lucrurile în DSM-IV, dacă nu se are în vedere „diagnosticul pe axe“. În cadrul acestei perspective, se fac trimiteri ce pot fi relevante la particularitățile terenului, la suferințele organic-cerebrale și stresorii psiho-sociali ce au acționat în ultima perioadă de timp (fiind, eventual, chiar concomitenți), la deteriorarea funcționării sociale în raport cu un maxim atins în trecutul biografic și chiar la unii factori de vulnerabilizare a persoanei (în diagnosticul pe axe a ICD-10, care invocă codurile Z). Totuși, chiar cu aceste amendamente, sistemele standardizate actuale de clasificare, etichetare și diagnostic nu pot face față pretențiilor unei concepții cuprinzătoare asupra bolii psihice; astfel încât, domeniul este deschis spre noi elaborări.

### 2.7.3. Aspecte problematice ale nosologiei psihiatrice

Problematica bolii psihice și a nosologiei psihiatrice are încă o serie de teme controversate, ce se află în dezbatere. Dintre acestea amintim:

– Distincția între perspectiva categorială și cea dimensională. Această temă este prezentă în multiple domenii ale științelor psiho-sociale și e aplicabilă și psihologiei și psihiatriei. În perspectiva „categorială“, în nosologia psihiatrică se pot distinge e.ps. sau „boli“ (entități nosologice) distincte și clar circumscrise prin „definiții operaționale“. Astfel de definiții – sugerate de Hempel, pentru a fi utilizate în științele socio-psihologice – au stat la baza „criteriilor de diagnostic pentru cercetare“ (Research Criteria Diagnosis – RCD). Se definesc, astfel, criterii de includere (de definire) și de excludere, pentru circumscrierea unei entități nosologice tipice (în sens de ep.s sau boală), utile cercetării. Cazurile care nu intră sub rigorile acestor definiții sunt excluse din preocuparea cercetătorului, care se concentrează pe „formele tipice“, „pure“, de tulburări psihice. Ceea ce nu înseamnă că astfel de cazuri impure, atipice, mixtate nu există în realitate. Formele tipic-ideale (pure, în conformitate cu RDC) ar sta la baza sistematizării nosologico-nosografice, a cercetării diagnosticului. Printre sistemele riguroase de cercetare menționăm, ca exemplu, pe cea a Școlii din Viena (37).

Putem lua, spre exemplificare, tulburările dispozițional afective, în care se opune s. depresiv inhibat față de s. maniacal euforic. Dar, există o mare varietate, în ceea ce privește intensitatea și combinațiile simptomatice-sindromatice, care gravitează în jurul unui e.ps. depresiv sau maniacal, așa cum deja s-a menționat. În plus, s-au descris și se acceptă forme mixte alterne (în care e.ps. depresiv și maniacal alternează la intervale scurte de timp) și forme mixte concomitente (în care, la același caz, se întâlnesc, în același timp, simptome care fac parte din e.ps. depresiv și maniacal. Vom lua acum în considerare „boala“ (tulburarea) afectivă cu episoade recurente. Nosologia actuală – cea a ICD-10 și DSM-IV, acceptă două variante:

a) **Tulburarea bipolară**, în care sunt prezente atât e.ps. depresive (și sub-depresive), cât și maniacale (hipomaniacale) sau mixte, în diverse forme de succesiune, pe un teren personalistic specific (în cadrul căruia se poate manifesta ciclotimia, adică succedarea unor episoade sub-depresive și hipomaniacale), cu o încărcătură genetică specifică (în sensul bolii bipolare) și cu respondența terapeutică preventivă specifică, prin stabilizatori timici (carbonat de litiu, carbamazepină, valproat de sodiu).

b) **Tulburarea monopolar depresivă**, în care se succed doar episoade depresive (de obicei mixtate cu anxietatea) care apar la vârsta adultă și înaintată, se agravează progresiv, ca durată și intensitate, au tendință de comorbidi-tate alcoolică și toxicomană, apar pe un fond specific de personalitate (pasiv-dependentă sau „tipus melancholicus“ în sensul descris de Tellenbach), au o încărcătură genetică specifică, în direcția tulburării monopolar depresive sau a spectrului acesteia (suicid frecvent, alcoolism și toxicomanii, și personalitate sociopată la bărbați).

În raport cu aceste 2 entități nosologice, rămâne, pentru mulți, un mister faptul că nu e recunoscută și o „tulburare monopolar maniacală“. În această direcție, disputele durează de zeci de ani. Merită reținută argumentarea lui Leonhard, privitor la faptul că cele mai multe studii s-au făcut în emisfera nordică; pe când, cercetările din zonele subtropicale indică o frecvență crescută a e.ps maniacale și multe cazuri ce pot fi etichetate ca monopolar-maniacale. Astfel de cazuri au fost, de fapt, constant descrise și în Europa și SUA, chiar dacă nu domină scena problematicei tulburărilor afective. Având în vedere aceste argumente, apare ca rațional punctul de vedere a lui Akiskal (38), potrivit căruia există un continuum între tulburarea monopolar depresivă și cea monopolar maniacală, intervalul fiind ocupat de tulburările bipolare, în variatele lor forme de manifestare (fig. XI).

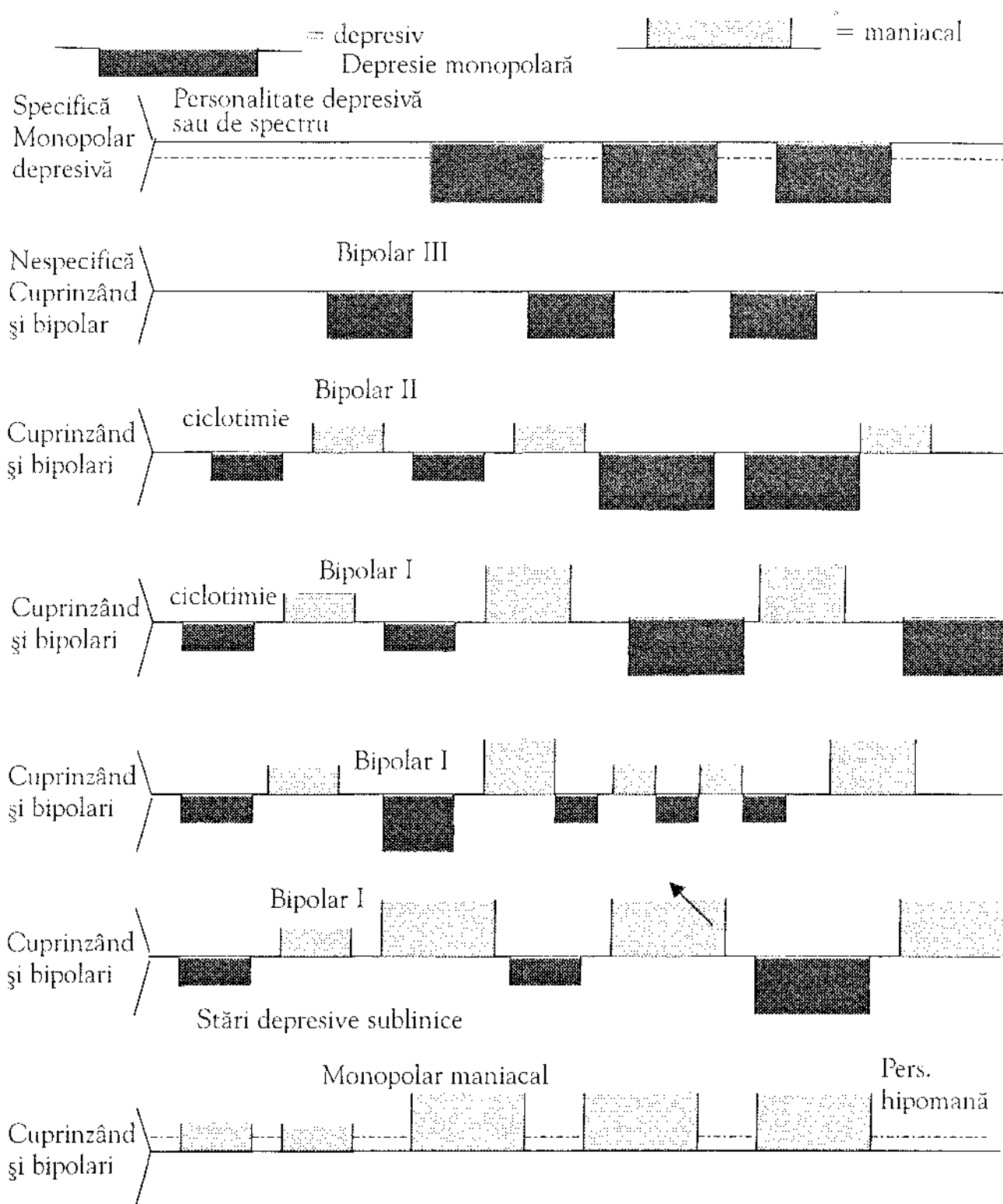


Figura XI. Continuumul tulburărilor afective recurente (după Akiskal)

Pornind de la acest domeniu problematic, se poate avansa spre dezbateră – deja tradițională – a specificității nosologice a „psihozelor endogene“. Întreaga experiență clinico-psihopatologică a sec. XIX și XX s-ar putea rezuma la polarizarea acestor tulburări în trei direcții : 1) Psihozele delirante, a căror prototip e paranoia, dar care se extind în direcția clasicelelor psihoze delirant-halucinatorii (paranoide), cu debut la vârstele adulte și înaintate; 2) Psihozele schizofrene, al căror nucleu s-ar afla în simptomatologia descrisă de Bleuler, ca primară – reluată, apoi, de criteriile școlii din Viena (36) – și care au în vedere: s. de dezorganizare ideo-verbală și comportamentală; s. apato-abulic-amotivațional; s. de depersonalizare; s. autist (simptomatologia delirant-halucinatorie nu ar fi caracteristică; ea ar apărea secundar și e de luat în considerare pentru diagnostic doar dacă se combină cu sindroamele menționate deja, realizându-se prin „delir primar“, prin bizareria depersonalizantă a deliriumului halucinator, prin fenomenele de transparentă-influență, ce articulează cu s. de depersonalizare); 3) Psihozele afective periodice, cu întreaga lor arie de desfășurare, începând cu tulburarea monopolar depresivă, trecând prin cea bipolară și mixtă și terminând cu tulburarea monopolar maniacală.

Între acești 3 poli, care agregă o cazuistică tipică, se distribuie cazurile atipice atât în ceea ce privește tabloul clinic al câte unui episod, cât și diversele episoade succesive. Vom întâlni astfel: 1.1. Psihoze delirante ce se apropie de schizofrenie sau de tulburarea afectivă periodică; 2.1. Psihoze schizofrene ce se apropie de (sau se mixtează cu) psihozele delirante sau de tulburare afectivă periodică; 3.1. Psihoze afective periodice ce se apropie de (sau se mixtează cu) elemente de psihoză schizofrenă sau psihoză delirantă (fig. XII și fig. XIII).

Această perspectivă a „continuumului psihotic“ este susținută de o lungă tradiție clinico-psihopatologică, ce a comentat în permanență problema „psihozei unice“ („Einheitspsychose“ în literatura germană) (39). În lumea științifică anglo-saxonă, ideea e susținută, în ultimul deceniu, mai ales de Crow (autorul, în 1980, a concepției privitoare la divizarea schizofreniei în varianta + și –).

În prezent, această problemă este reactualizată prin dezbaterile tot mai ample în jurul „primului episod de psihoză“ (40, 41).

Termenul de psihoză endogenă este regândit în manieră tradițională (a se vedea paragraful 5.8.), deci, cuprinzând tulburările de tip schizofren, delirant, halucinator (de diverse structurări și durate), maniacal, depresiv major (eventual cu delir). Doar că, primul episod psihotic nu mai e considerat ca definind automat o boală. El este înregistrat cât mai detaliat, împreună cu faza

sa prodromală (care, uneori, poate dura ani de zile). Tratamentul și, uneori, programele de reabilitare, instituite de la început, fac parte dintr-un program de „management“ atent, pentru a înregistra cât mai corect eventualele recăderi, fără idei preconcepute în ceea ce privește un anumit cadru nosologic. Doctrina, ce stă la baza acestui program de cercetare, aflat în plină desfășurare, este apropiată de concepția psihozei unice.

### 1. SCHIZOFRENIA

(= psihoza depersonalizată și dezorganizată a identității, comunicării și sintezei prin logos)

\*m.s. schizo-dezorganizant  
cu m.s. maniacal

a) macrosindrom (m.s.) productiv (+)  
b) macrosindrom (m.s.) deficitar (-)  
c) macrosindrom (m.s.) dezorganizat

PSIHOZE  
SCHIZO-AFECTIVE

m.s. schizo-mixtă  
cu m.s. depresiv sau maniacal  
\*m.s. schizo(-) cu m.s. depresiv

PSIHOZE  
SCHIZO-PARANOIDE

2. PSIHOZE DELIRANTE

3. PSIHOZE AFECTIVE  
(m.s. maniacale, m.s. depresive  
tulburări recurente alterne și mixte)

PSIHOZE AFECTIV-DELIRANTE  
(cu delir congruent și necongruent)

Figura XII. Model triunghiular al psihozelor endogene (Lăzărescu)

Menționăm, în plus, că au fost descrise entități nosologice psihotice care nu sunt incluse în ICD-10 sau menționate doar marginal. Amintim: – psihoza halucinatoric cronică; – bufeul delirant (ambele descrise de psihiatrii francezi ai secolului) (42); – psihozele ciclice și sistematice descrise de Leonhard (43); – psihozele cicloide (care încearcă o sinteză a precedentelor), comentate de Perris (44). În perspectiva gândirii continuumului dimensional în psihopatologia clinică, lucrurile nu se opresc la acest nivel. De multe decenii s-a ridicat problema cazurilor intermediare între tulburările clinic-psihopatologice de formă și intensitate psihotică, pe de o parte, și tulburările de personalitate și cele nevrotice, pe de altă parte.

Există o lungă tradiție care încorporează conceptul de „pan-nevroză“ ca marginal psihozei; sau, de tulburare de personalitate malignă, fapt ce a și condus la acceptarea „tulburării schizotipale ca o entitate clinică. În continuarea unei

lungi tradiții, în ultimii ani, s-a redeschis dezbateră în ceea ce privește statutul nosologic al tulburării obsesiv-compulsive, care, nu rareori, atinge o intensitate marginal sau chiar franc psihotică.

O altă perspectivă a continuumului o întâlnim în cazul tulburărilor psihice și comportamentale ușoare, condiționate de factori psiho-sociali. ICD-10 le încadrează în clasa F40 – F49, mai ales la F43 = Reacții la un factor de stres important și tulburări de adaptare. Dacă o astfel de „reacție“ nu are o intensitate care să permită un diagnostic de boală (tulburare), ea poate fi, totuși, înregistrată în codurile Z. Multe dintre situațiile ce intră sub incidența acestor coduri pot juca un rol etiopatogenic, în vulnerabilizarea persoanei de-a lungul biografiei, motiv pentru care ele sunt utilizate și în sistemul de diagnostic ICD-10 pe axe (Axa III). Redăm câteva din aceste situații:

Z56 Probleme legate de serviciu și șomaj;

Z59 Probleme legate de circumstanțele domestice și economice;

Z60 Probleme legate de mediul social: probleme de adaptare la tranziția ciclurilor vieții; situație parentală atipică; singurătate; dificultate de aculturație; excludere sau reject social; discriminare socială;

Z61 Probleme legate de evenimente negative din copilărie: pierderea unei relații apropiate; plecarea de acasă; alterarea modelului familial; evenimente ce produc pierderea stimei de sine; abuz sexual intrafamiliar; abuz fizic intrafamiliar; experiențe de viață înfricoșătoare sau negative;

Z62 Probleme legate de educație (instrucție): supraveghere și control parental neadecvat; hiperprotecție parentală; educație instituționalizată; victimă a atitudinii ostile, „șap ispășitor“; neglijarea emoțională a copilului; presiune parentală anormală și alte anomalii în procesul educațional;

Z55 Probleme legate de educație și învățământ;

Z63 Alte probleme legate de grupul de suport primar, incluzând circumstanțele familiale: probleme legate de relația cu partenerul, cu părinții, socrii; suport familial neadecvat; absența unui membru de familie; dispariția sau decesul unui membru de familie; dezmembrarea familiei prin separare sau divorț; rudă ce necesită îngrijire la domiciliu;

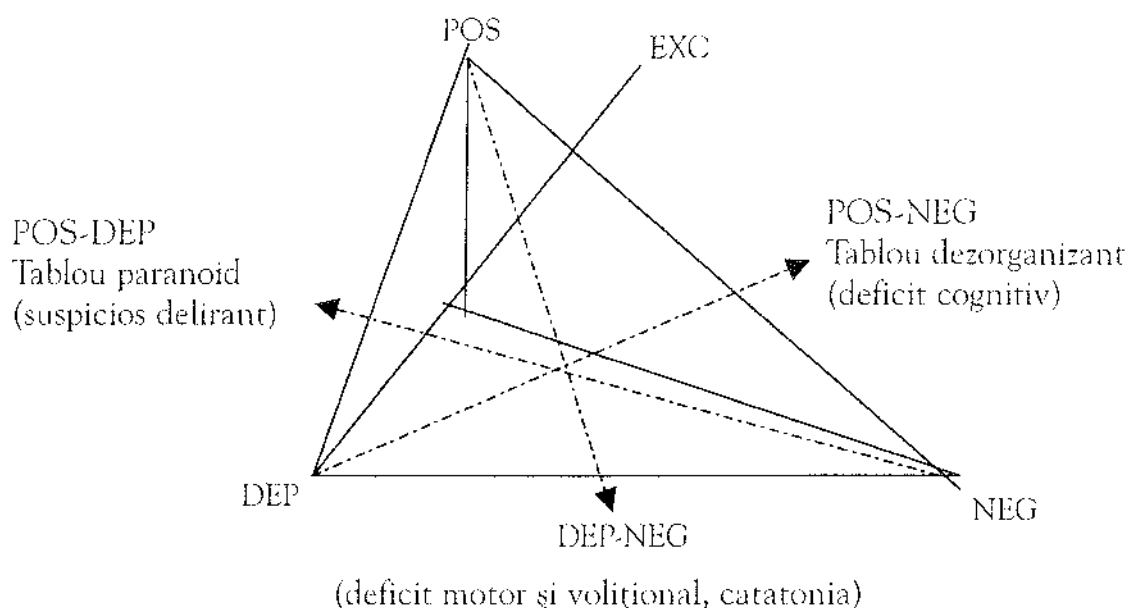
Z64 Probleme legate de anumite circumstanțe psiho-sociale: sarcină nedorită; căutarea și acceptarea unor intervenții psihologice, fizice, chimice și nutriționale, cunoscute ca riscante sau vătămătoare; disensiuni cu consilierii;

Z65 Probleme legate de alte circumstanțe psiho-sociale: condamnarea, în procese civile și penale, fără încarcerare; încarcerarea; probleme legate de

ieșirea din închisoare; victima unei agresiuni sau a terorismului (inclusiv tortura); expunerea la un dezastru, război sau situații similare;

Z72 Probleme legate de stilul de viață: utilizare de tutun, alcool, droguri, lipsa exercițiilor fizice, dietă și obiceiuri alimentare nepotrivite, comportament sexual cu risc înalt, jocuri de noroc, comportament autovătămător;

Z73 Probleme legate de dificultățile de management ale propriei vieți: epuizare intensă („burn-out“); lipsa de relaxare, factori ce conduc la accentuarea trăsăturilor de personalitate, stres, abilități sociale neadecvate, conflict de rol social (neclasificate în altă parte).



LEGENDĂ:

POS = macrosindrom schizo-pozitiv (+);

NEG = m.s. schizo-negativ (-);

DEP = depresie;

EXC = excitație.

Concepția lui Key e interesantă, sugerând posibilă și variată combinație dintre m.s. depresiv și de excitație, cu tablourile clinice specifice schizofreniei, în afara clasicelelor episoade schizo-afective; în mod special, e remarcabilă sugestia combinării dintre schizo (-) și depresie în cadrul catatoniei, care a fost susținută de mai multe studii. Totuși, nu se acordă un statut de independență (relativă, cel puțin) tulburărilor dezorganizante și celor delirante.

Figura XIII. Modelul piramidal (Key)

Sistemul DSM-IV include și el, pe lângă clasificarea oficial codificată, un capitol intitulat: „Alte tulburări ce pot fi în centrul atenției clinice“. În cadrul acestuia e prezentat un subcapitol intitulat „Probleme relaționale“ ce pot fi adăugate axei I și IV, deoarece joacă un rol important în manifestarea simptomelor de funcționare socială. Între acestea sunt menționate, în cadrul codului generic V și următoarele: probleme relaționale părinte-copil; probleme cu partenerul; probleme cu frații și cu cei de aceeași vârstă; abuz fizic și sexual al copilului; neglijarea copilului; abuz fizic și sexual al adultului; necompliance la tratament; doliu, probleme școlare (academice); probleme profesionale (ocupaționale); probleme privind identitatea; probleme religioase sau spirituale; probleme de aculturație; probleme legate de ciclurile victii.

După cum se poate ușor constata, multe teme se suprapun, ceea ce înseamnă că cercetătorii – psihopatologi, psihiatri, psihoterapeuți etc. – remarcă faptul că omul trebuie privit în ansamblul existenței sale socio-culturale (spirituale) și nu detașat de aceasta, prin diagnostic, internare și tratament. Deschiderea generic antropologică a psihiatriei clinice se impune, inevitabil, din însăși interiorul acesteia. Faptul are egală importanță pentru nosologie (care implică în circumscrierea stărilor psihopatologice, și factori etiopatogenetici), cât și pentru diagnostic și terapie.

În perspectiva nosologiei, am comentat ideea de „boală tipică“ ce constituie un caz ideal de referință (așa cum e conceput de diverse RCD), în raport cu realitatea plurimorfă. Și apoi, perspectiva continuumului cazuistic ce poate exista între bolile tipice ideale în diverse planuri: cel al tulburărilor afective, cel al psihozelor endogene în ansamblu, cel dintre psihoze, tulburări de personalitate și nevroze; aceeași problemă de continuum se ridică și în cazul tulburărilor de personalitate, precum și între tulburările reactive datorate stresorilor psihosociali de intensitate clinică și cele sub-clinice, dar notabile (în direcția unei intervenții în criză sau a unei psihoterapii).

O altă problemă a tulburărilor malade psihiatrice se ridică și din perspectiva unei posibile comorbidități. Astfel, un pacient poate prezenta o tulburare delirantă persistentă, cu remisiuni parțiale; și, în același timp, să manifeste intermitent episoade maniacale și depresive. Se ridică problema coexistenței a două boli și a stabilirii diagnosticului principal. Se consideră că, dacă tulburarea delirantă precede episoadele afective și persistă (parțial) după remiterea acestora, ea poate fi considerată tulburarea principală. Dacă tulburarea delirantă paranoidă apare doar cu ocazia episoadelor afective, acestea fiind mai lungi și mai bogate simptomatice decât delirul, diagnosticul principal ar fi cel de boală

bipolară. Situațiile pot fi multiple: de ex., o tulburare obsesiv-compulsivă poate fi și ea dublată de o tulburare depresiv recurentă sau de o ciclotimie.

Se mai ridică problema complexificării, în timp, a tabloului clinic, în sensul apariției unor stări psihopatologice secundare. Astfel, alcoolismul maladiv cu dependență poate apărea secundar unei tulburări anxioase sau depresive. Depresia poate apărea secundar, după evoluția, mai mult timp a unei tulburări anxioase sau a alcoolismului. În cursul evoluției unei schizofrenii pot apărea episoade schizo-afective sau chiar afective pure. Un caz ce debutează sub forma unei psihoze scurte poate evolua, ulterior, ca un bipolar; în cursul evoluției unei tulburări bipolare pot apărea episoade schizo-afective etc.

Cele menționate mai sus ridică problema diagnosticului de boală, care poate evolua în timp. Cu ocazia unui prim e.ps. se poate formula un diagnostic de probabilitate. După 2 ani, dar mai ales după 5 ani, se poate evalua dacă acest episod a fost unic sau s-a definit între timp o anumită boală, tipică, în sensul în care acesta a fost discutat la începutul capitolului; sau dacă, suntem în fața unei comorbidități, a unei tulburări secundare, a unui caz intermediar atipic. Această problemă are importanță pentru epidemiologie, în sens că incidența constatată, cu ocazia primului episod, poate să difere de prevalența bolilor psihice, așa cum se structurează acestea în timp.

Problema diagnosticului de boală psihică – de „tulburare psihică și comportamentală“ a fost prezentat inițial din perspectiva cazurilor tipice ideale. Dar, la fel ca în cazul sindroamelor, se constată că acestea sunt doar un cadru de referință, realitatea fiind mult mai plurimorfă. Toate temele comentate în acest paragraf indică eforturile psihiatrilor de a dubla nivelul referinței simpliste față de entități abstracte, printr-o zonă diversificată a nosologiei, pe care cazuistica o impune. Aceste strădani nu anulează însă punctul de plecare; și deci, nici teza care e dezvoltată în întreg acest capitol, privitoare la problematica cazului psihiatric, în perspectiva științei medicale și a logosului“.

## 2.8. Problema tulburărilor de personalitate

### 2.8.1. Aspecte generale

Una din temele majore ale medicinei contemporane – inclusiv a celei psihiatrice – constă în înțelegerea patologiei, a apariției și desfășurării episoadelor

maladive și a bolilor, în general, ca o relație între teren și factori stresanți. Uneori, rolul principal îl joacă factorii de teren, ca în cazul bolilor condiționate genetic; alteori, rolul preponderent îl joacă noxele externe circumstanțiale: traumatismele craniene, encefalite, intoxicații sau reacția la stres posttraumatic. În majoritatea cazurilor psihiatrice, cele două domenii se întretaș, cu diverse ponderi. În comentariul pe care l-am făcut asupra „terenului în psihiatrie“ (paragraful 2.3.), s-a menționat, pe lângă genetică, cumulum de noxe biologice, influențe psiho-sociale biografice, sexual, vârsta, inteligența, instrucția, statutul și rolul social, rețeaua de suport social și tipologia temperamental-caracterială. Dintotdeauna s-a acceptat că oamenii sunt diferiți în ceea ce privește stilul lor comportamental, modalitățile trăirilor afective și a relaționărilor față de alții și față de sine. Iar această diferență a fost constant considerată ca putând fi grupată într-un număr finit de clase tipologico-caracteriale. În societățile tradiționale a fost invocată influența astrilor la naștere, constituindu-se tipologiile de tip zodiacal. Hippocrate a invocat factori biologici, mai precis dezechilibrul dintre cele patru umori bazale (ceea ce a dus la tipologia: flegmatic, coleric, sangvinic, melancolic). În Franța raționalismului incipient s-au impus „moralisții“ care diferențiau „caracterele“ umane în raport cu conduite interpersonale și etic-culturale particulare. La Bruyère, în „Caractere“ (38), reproduce textele lui Teofrast, elevul lui Aristotel, care insistă asupra manifestărilor sociale ale persoanelor particulare sau excentrice și dezvoltă acest punct de vedere în ambianța socio-culturală în care trăia. Ulterior, fiziognomiștii, împreună cu Lavater (pe vremea lui Goethe), încercau corelații între aspectul și expresivitatea capului (a feței) și caracterul moral. Iar în plin sec. XX, Kretschmer studia legătura între anumite tipuri de conformație corporală – picnic, leptosom, athletic – și particularități temperamental-caracteriale normale sau patologice: ciclotim, schizoid, epileptoid (46). Treptat, în sec. XX s-a impus distincția între „temperament“ care constituie un aspect înnăscut al personalității și „caracter“, ce se formează în urma experiențelor de viață cu sens, pe care individul le trăiește de-a lungul personogenezei. Dimensiunea temperamental-caracterială reprezintă un aspect important, nuclear chiar al personalității, fără a epuiza înțelesul acestui concept (47).

Psihopatologia, ce s-a dezvoltat în sec. XX, a remarcat corelații între anumite modalități excentrice de tipologie temperamental caracterială și bolile psihice. De fapt, încă din sec. XIX, psihiatrii care au comentat „terenul“ pe care apar tulburările psihiatrice – în perspectiva degenerescenței – au sugerat că acestea se pot manifesta sub forma unor „constituții“ psihice particulare (identificându-se chiar anumite „stigmatе“ ale persoanei pentru anumite boli).

În prima parte a sec. XX au fost descrise diverse modalități de „constituții psihice anormale“ ca, de ex., cea paranoidă, emotivă (Dupré), epileptoidă (Minkowska) etc. Caracteriologia generală, care a încercat să găsească dimensiuni ale psihismului uman, prin a căror variații să explice existența tipurilor caracteriologice, s-a întâlnit cu o caracteriologie ce-și deriva parametrii (criteriile) din tulburările psihiatrice. Pe lângă dezvoltarea doctrinei „constituțiilor morbide“, a existat și un moment în care nosologia psihiatrică, pe cale de constituire, a acceptat – prin Kraepelin – existența unor personalități anormale (patologice), ca expresie a unei psihoze endogene nedezvoltate sau ca defect post psihotic. Ulterior, prin K. Schneider, (48) s-a propus ștergerea legăturilor posibile între „boala psihică“ – care nu ar putea fi condiționată decât organic – și variațiile existenței psihismului uman (care, fiind creat de Dumnezeu, e incoruptibil și nemuritor). Lucrarea lui K. Schneider cuprinde excelente descrieri tipologice de persoane anormale, psihopate. Conform concepției de bază, tipurile de personalitate psihopată, ale lui K. Schneider, nu erau denumite prin expresii care să sugereze vreo legătură cu o entitate nosologică psihiatrică. De exemplu, persoana de tip „histeric – histrionic“ era denumită prin sintagma: cel-ce-dorește-să-iasă în-evidență-valorizându-se (=geltungsuchtige), anxiosul evitant cu tendințe fobice și obsesive, deci cel ce, în prezent, e etichetat ca anankast, era denumit: nesigur de sine (selbstunsichere) ș.a.m.d.

Ulterior, în literatura anglo-saxonă a fost descris și comentat cu insistență un tip de personalitate anormală (psihopată), caracterizată predominant prin încălcarea normelor sociale și lipsa dimensiunii etice. Acesta se revendică de la „moral insanity“, descris în sec. XIX, de către Pritchard, fiind etichetat ca persoană „sociopată“, „anetopată“. Un moment de vârf, pentru această direcție de studiu, îl constituie cercetările lui Cleckley (49). În ultimele decenii s-a revenit asupra ideii că tulburările personalității se pot și se cer corelate cu patologia psihiatrică de tip medical, reluându-se, mult mai nuanțat, punctul de vedere a lui Kraepelin. La aceasta a contribuit teoria vulnerabilitate/stres.<sup>13</sup> Personalitatea cu un caracter dizarmonic a ajuns să fie considerată ca o expresie a vulnerabilității într-o anumită direcție, stopată sau încrustată în structura caracterială. Astfel, vulnerabilitatea spre schizofrenie s-ar putea exprima prin tulburare de personalitate – prin persoana dizarmonic psihopată – de tip schizoid; cea vulnerabilă pentru delir, în persoana paranoidă, cea vulnerabilă pentru obsesionalitate, în structura anankastă etc.

<sup>13</sup> Concepția vulnerabilitate/stres a fost comentată în paragraful 2.3.

În manualul DSM-IV, tulburarea de personalitate, privită din perspectiva unui diagnostic clinic psihiatric, s-ar caracteriza prin:

A. O organizare (un „pattern“) durabilă de comportamente și trăiri (ale personalității) care deviază considerabil de la standardele socio-culturale ce caracterizează comportamentul persoanelor într-o comunitate dată și se caracterizează prin două sau mai multe din următoarele:

- Deviații notabile în ceea ce privește perceperea și interpretarea sinelui, ale altor persoane și ale evenimentelor (aspect cognitiv);

- Deviații notabile în ceea ce privește gama, intensitatea, labilitatea și adecvarea răspunsurilor emoționale (aspect afectiv);

- Deviații (insuficiente) în ceea ce privește controlul impulsurilor.

B. Respectiva organizare este durabilă, rigidă, inflexibilă în raport cu o gamă largă de situații personale și sociale.

C. Comportamentul și trăirile stau la baza unei perturbări semnificative (clinic) în domeniul social, profesional sau alte domenii importante de funcționare.

D. Organizarea psihică respectivă a persoanei este stabilă și de lungă durată, iar debutul se află în adolescență sau la începutul perioadei adulte.

E. El nu e explicabil ca o consecință a unei tulburări mintale definite (a unei boli diagnosticabile).

F. El nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unor substanțe ingerate sau a unei tulburări medicale generale

Ultimele criterii – E și F – sunt de excludere. Criteriul D indică faptul că tulburarea e o consecință a ontogenezei și este, prin sine, anevolutivă. Criteriul C pune accent pe aspectul disocial ce rezultă din perturbarea structurii caracteriale, menționată la A și B.

Când este abordată problema tulburărilor de personalitate se face deseori distincția – care de altfel e valabilă pentru orice teorie a personalității – dintre aspectul înnăscut-temperamental, cel caracterial derivat din educație și experiențe de viață și instanța persoanei socio-valorice în care se pune cu acuitate problema conștiinței morale. Această distincție a căpătat din nou interes o dată cu dezvoltarea psihopatologiei developmentale și cu cercetările moderne asupra personalității (50). Problema are importanță, mai ales pentru perspectiva tipologică.

Caracterizarea generală a tulburărilor de personalitate e dublată, în mod firesc, de o descriere tipologică. Aceasta este în mod tradițional prezentată categorial – adică prin tipuri ideale –, dar cu o constantă și inevitabilă tendință spre

o interpretare dimensională. Practic, instrumentele de identificare (interviurile și scalele de evaluare), utilizate în acest domeniu, invocă continuu drept scop o configurație categorială, pornind de la elemente dimensionale. Astfel, un mai vechi interviu structurat (Pföhl și colab., 1983 – SIPD) (51) se baza pe evaluarea următoarelor dimensiuni, pentru a ajunge la categoriile tulburărilor de personalitate, circumscrise în DSM-III: – A. Stima de sine scăzută/dependența; B. Relații interpersonale; C. Egocentricitatea; D. Lipsa emotivității; E. Hiperexpresiv/hiperreactiv; F. Idei de referință și gândire magică; G. Ostilitate-mânie; H. Incapacitate de a se relaxa; I. Răspuns la critică; J. Percepția amenințării; K. Sinceritate/stabilitate; L. Căutarea atenției și senzațiilor (emoțiilor); M. Pasiv-Agresiv; N. Impulsivitate/asumarea riscului; auto-percepția problemelor de personalitate.

Un alt chestionar pentru circumscrierea personalităților (patologice) celebru este cel al lui Tyrer și Ferguson (2000) (52). El are următoarea structură: – Secțiunea A: neîncredere, senzitivitate (analizate mai detaliat în Secțiunea B); – Secțiunea C: izolare, excentricitate, analizată mai detaliat în Secțiunea D); – Secțiunea E: agresivitate, indiferența (analizabile în Secțiunea F); – Secțiunea G: impulsivitate, iresponsabilitate (detaliată în H); – Secțiunea K: puerilitate, labilitate (analizabile în Secțiunea I); – Secțiunea N: meticulozitate, rigiditate (analizabile în Secțiunea P); – Secțiunea G: anxietate, timiditate (analizabile în secțiunea R); – Secțiunea S: lipsa de resurse, vulnerabilitate (analizabile în Secțiunea V); – Secțiunea V: pesimism, optimism, hipocondrie, introspecție, iritabilitate, dependență, autodevalorizare, credibilitate.

Aplicarea scalei permite plasarea cazului într-una dintre clasele ICD-10 sau într-un mixaj al acestora.

În perspectiva teoriei vulnerabilitate/stres, tipurile de persoane dizarmone (psihopate) pot fi considerate ca avant-camera tulburărilor episodice și a bolilor. Iar episoadele psihiatrice maladive, la rândul lor, pot modifica personalitatea într-o anumită direcție clinică. Toate aceste aspecte fac ca diagnosticul de personalitate dizarmonic-psihopată să fie unul foarte dificil (53), (54). Menționăm doar câteva corelații frecvente și „firești“, care vor fi mai ușor receptate, după descrierea tipurilor de tulburări psihopatologice: – schizoid-schizofrenie; paranoid-psihoze delirante persistente; anankast-tulburare obsesiv-compulsivă; depresiv-tulburare monopolar-depresivă; histrionic-patologie dissociativă (histrionică); evitant-fobie socială. De altfel, într-un manual de diagnostic, cum este DSM-IV, o dată cu descrierea tipologică a tulburărilor de personalitate – ce sunt plasate pe axa II – sunt comentate și cele mai frecvente corelații cu axa I.

În psihopatologia și psihiatria modernă au fost reintroduse etichetările cu termeni psihiatrici pentru tulburările de personalitate. Ele au fost plasate în zona terenului predispozant-vulnerabil – ce poate fi etichetat pe axa II, în sistemul de diagnostic introdus de DSM-IV (55). Această orientare a reactivat alte două teme majore. Pe de o parte, între tulburările de personalitate – dizarmonic psihopate –, ce pot face obiectul unui diagnostic psihiatric, și personalitatea înțeleasă în limitele firești ale normalității, s-ar plasa într-o zonă intermediară, cea a „persoanelor particulare” sau „accentuate, (fapt comentat în psihopatologia germană de către Petrilowitsch și Leonhard) (16), (17). Acestea nu prezintă în mod clar și constant comportamente disociale, dar diferă tipologic prin unele elemente care, în cazul în care devin mai pronunțate, ne plasează în situația de a pune un diagnostic de personalitate dizarmonic-psihopată. Ele pot juca un rol în predispoziția pentru unele tipuri de reacții anormale sau pentru coloratura patoplastică ce o pot avea unele tulburări malade psihiatrice. Pe de altă parte, tulburările de personalitate – dizarmonic-psihopate – conduc, în mod nemijlocit, la un comportament disocial, care variază, ca mod de manifestare, de la un tip la altul. Ceea ce e pregnant prezent la psihopatul sociopat, în sens de încălcare a normelor sociale și morale, trăite egosinton, e posibil și la alte tipuri de personalitate dizarmonică. Deși acest aspect problematic e prezent deja în cartea lui K. Schneider, el a trecut în plan secund, o dată cu psihiatrizarea din ultimele decenii, a domeniului. Totuși, în ultimii ani, caracteristica disocial-amorală a tulburărilor de personalitate a stârnit din nou interesul cercetătorilor, cu tendința de a eticheta drept „psihopată” personalitatea dizarmonică de orice tip, în care acest comportament e prezent (56). Vom putea discerne astfel, următoarele nivele:

A	B	C	D
personalitate normală cu tipologie variabilă în direcția tulburărilor de personalitate psihiatrică	persoană cu trăsături particulare accentuate, cu orientare spre anumite domenii de patologie (de tip „nevrotic” sau „psihotic endogen”)	tulburări de personalitate (personalități dizarmonice) care, de asemenea, pot avea o vulnerabilitate episodică crescută pentru anumite tipuri de episoade psiho-patologice sau boli psihice	psihopatia care constă din personalități dizarmonice la care întâlnim o încălcare a normelor sociale și anetopatie însoțită de egosintonie. Cazul tipic este cel al sociopatului, dar psihopatia se extinde și la alte tipuri

Aspectul B permite o descriere tipologică; la nivelul C, putem pune un diagnostic psihiatric; iar situația D ne orientează spre o problemă socio-juridico-antropologică ce transgresează nivelul C.

Variantele menționate anterior le putem prezenta într-o formă mai nuanțată (fig. XIV).

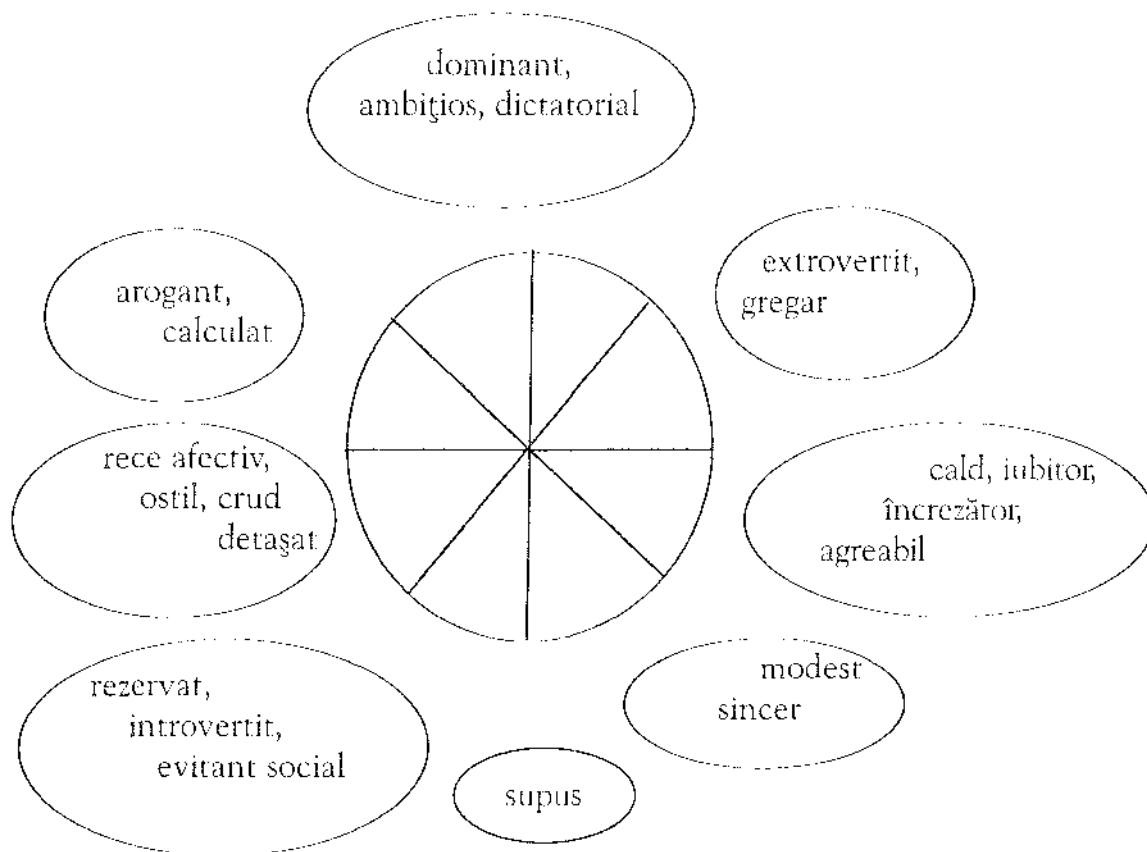


Figura XIV. Complexul clasic al trăsăturilor de personalitate

## 2.8.2. Tipologia persoanelor dizarmonice

La fel ca în cazul sindroamelor psihopatologice (s.p.), trăsăturile ce caracterizează un tip de persoană dizarmonică (p.dis.) pot fi sintetizate printr-o denumire, printr-un grupaj restrâns de caracteristici, precum și prin trăsături adiacente, congruente cu primele, pe care le dezvoltă și le diferențiază. De asemenea, și cu privire la p.dis., putem vorbi de cazuri tipice ideale (cazuri „standard“, „model“, „școală“) și de cazuri mai mult sau mai puțin mixtate, intermediare și atipice (57). Sistemica p.dis., presupune anumite „trăsături de personalitate“ care, prin variația lor, în plus sau minus, pot conduce la circumscrierea tipică sau atipică a acestora. Astfel de „trăsături“ stau la baza diverselor modele teoretice

ce intenționează să polarizeze (să „prindă“) tipurile de p.dis într-o sistematică așa cum s-a discutat anterior (51) (52). Constructele teoretice se află într-o continuă confruntare – fluență și remodelare – cu datele empirice.

Vom prezenta, în continuare, principalele categorii – tipuri ideale – de p.dis., acceptate în clasificările cu răsunet internațional, mai precis ICD-10 și DSM-IV.

**1. Tulburarea de personalitate (t. pers.) paranoidă** se caracterizează prin: – neîncredere și suspiciozitate continuă față de alții, astfel încât intențiile acestora sunt constant interpretate ca răuvoitoare, fără o bază obiectivă; individul are impresia că: alții îl exploatează, îl prejudiciază, îl înșală; – nu îi sunt loiali și nu sunt corecți în raport cu sine; – tind să utilizeze informațiile, ce i se oferă, într-un sens neadecvat, ca fiind îndreptate împotriva sa; – interpretează evenimentele neutre, sau chiar benigne, ca fiind încărcate de intenții amenințătoare sau degradante la adresa sa; – este foarte sensibil la insulte, ofense, injurii; – interpretează, fără o bază justificatoare, că alții atentează la reputația sa și că îl atacă; – are suspiciuni nejustificate privitoare la fidelitatea soției (soțului) sau partenerului de viață.

**2. Tulburare de personalitate schizoidă** – se caracterizează prin: – detașare în relațiile sociale și o gamă restrânsă de exprimare a emoțiilor în relații interpersonale prezente în variate contexte; nici nu dorește, nici nu se bucură de relații strânse, inclusiv de faptul de a fi membru al unei familii; – alege preponderent activități solitare; – are un interes redus pentru experiențe sexuale cu o altă persoană; – preferă solitudinea în sensul că nu cultivă prietenia, amicitia, relațiile de confidență (în afara rudelor de gradul I); – este indiferent atât față de criticile, cât și față de laudele altora; – prezintă răceală emoțională, detașare sau afectivitate plată (rece, tocită).

Notă: Problema categoriei „schizotipalului“. Acest tip a fost elaborat și susținut de psihiatria americană, fiind prezentat în DSM-IV. El circumscrie cazuri ce au unele trăsături ale tipului paranoid și schizoid (– suspiciozitate; – lipsa de amici sau confidenți apropiați; – anxietate socială excesivă); la acestea se adaugă trăsături care se articulează cu unele simptome prezente în schizofrenie, mai ales în perspectiva dezorganizantă a acestora, și anume: – comportament sau aspect bizar, excentric, particular; – afect inadecvat; – gândire și limbaj bizar (vag, circumstanțial, metaforic, supraelaborat, stereotip); – experiențe perceptive insolite, incluzând iluzii corporale; – gândire magică sau credințe stranii (credința în clarviziume, telepatie, al „șaselea simț“ etc.). În mod evident, caracteristicile stipulate pentru această categorie în DSM-IV trimit spre schizofrenie. Dar, se precizează că nu e vorba de episoade psihopatologice ce apar la un moment

dat, având o anumită durată sau de o succesiune de c.ps. așa cum se petrece în cazul bolii schizofrene. Ar fi vorba de o zonă intermediară între tulburarea de personalitate – care, prin ea însăși, se manifestă constant și identic de-a lungul vieții – și boala schizofrenă ce se manifestă prin episoade maladive, urmate, sau nu, de un anumit defect.

**3. Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă (anankastă)** se caracterizează printr-o preocupare excesivă pentru ordine, perfecționism și hipercontrol mintal și interpersonal, în detrimentul spontaneității și flexibilității. Subiectul este, în mod constant, preocupat de: – ordine, organizare, proiecte, planuri, de obicei pierzându-se în detalii, astfel încât obiectivul major al activității se diluează; este perfecționist, fapt ce-l împiedică deseori să finalizeze proiectele, procedând la repetate verificări în final; – de asemenea, este devotat excesiv muncii și productivității, mergând până la excluderea activităților recreative și a satisfacțiilor pe care le produce cultivarea amicitiei, a conviețuirii interpersonale calme și calde afectiv; – este hiperconștiincios, scrupulos și inflexibil în programul de acțiune; nu poate să se debaraseze de obiectele uzate sau inutile pe care le păstrează, „pentru orice eventualitate“; – este incapabil să delege sarcini sau să lucreze cu alții, în afară de cazul când stilul de comportament al acestora se suprapune exact modului său ritualic de a face lucrurile; este avar, adunând bani pentru eventuale catastrofe; deseori este fascinat de colecționarism; – manifestă rigiditate și obstinație, nefiind deschis dialogului; – păstrează în permanență o „distanță interpersonală“ importantă față de alții, prin politețe și identificarea cu rolurile sociale, neacceptând ca altul să se apropie sufletește de el (prezintă o constantă răceală și indiferență afectivă); – deseori, obligă pe cei din jur să se conformeze ritualurilor sale existențiale.

Notă: Tipul caracterizat mai sus se suprapune în cea mai mare măsură „anankastului“, descris în psihopatologia clasică germană. Acesta s-ar caracteriza, în plus (după Petrilowitsch), prin formalism, politețe excesivă, răceală și distanță afectiv-interpersonală, lipsă de umor și imaginație. În literatura psihopatologică franceză a fost comentată problema psihopatologică a „psihasteniei“, decantându-se progresiv și o tipologie caracterială specifică care – la fel ca cea a anankastului german – poate sta în spatele episoadelor și a bolii obsesiv-compulsive (psihopatologul german Petrilowitsch a asimilat acest tip ca o variantă corelată anankastului, opusă la extreme, dar cu situații în care coexistă elemente din ambele sau, în care o variantă exprimă supracompensarea sau decompensarea celeilalte). Persoana psihastenă se caracterizează prin: – nesiguranță interioară, dificultăți în decizie, ambivalență, ambitendență; – tendință la dezordine, cu un continuu efort spre ordine, aceasta fiind atinsă doar circumstanțial, astfel încât

strădania sisifică spre ordonare devine o constantă; – faptul de a începe concomitent mai multe programe de acțiune, pe care subiectul le desfășoară în paralel, trecând de la una la alta și ajungând foarte greu să finalizeze un lucru început (=fobia de final); – tendința spre colecționarism, spre faptul de a avea, a posedea, a pune la adăpost avu-tul; – dependență interpersonală crescută, subiectul acceptând să fie dominat și diri-jat, dar neurmând până la capăt coordonatele acestei conduceri (la fel ca în formula copilului pasiv-agresiv); – psihastenul este mai afectiv decât anankastul, dar este mult mai inconstant și ambivalent decât acesta.

**4. Tulburarea de personalitate depresivă.** Aceasta nu apare în tipologia din DSM-IV și ICD-10. Totuși, tipul depresiv a fost descris încă de la începutul secolului XX de către K. Schneider; iar sistemul DSM, în tendința sa de perfecționare progresivă, tinde să-l accepte. Cercetările și structura psihopatolo-gică au la dispoziție celebrele studii ale lui Tellenbach, privitoare la „tipus melan-colicus“, personalitate aparte – particulară, patologică – care ar sta în spatele tul-burării monopolar depresive. Acesta s-ar caracteriza, în primul rând, printr-un accentuat atașament față de ordine și muncă, fapt ce-l apropie de anankast. Dar, spre deosebire de acesta, se caracterizează nu prin formalism și răceală sau dis-tanță afectivă politicoasă, ci prin atașament intim, profund, față de un număr limitat de persoane. El prezintă o capacitate crescută de rezonare afectivă, dar restrânsă la câteva persoane de încredere, în raport cu care intimitatea e maximă. Preferă retragerea socială – ceea ce anankastul nu realizează, dat fiind atașamen-tul său față de statute, roluri și norme sociale. Dar, în cadrul acestei retrageri, depresivul nu e anafectiv și bizar ca schizoidul, ci profund atașat de alții, cu un sentiment de responsabilitate centrat pe relațiile sale interpersonale și nu pe idei abstracte, ca în cazul anankastului.

**5. Tulburarea de personalitate dependentă.** Se caracterizează printr-o necesitate excesivă și continuă de a fi supervizat, fapt ce conduce la un compor-tament submisiv și adeziv și la o frică de separare. Subiectul are dificultăți în a lua decizii obișnuite, de a iniția proiecte sau a face ceva singur, fără sfatul și spri-jinul altora. Resimte nevoia ca alții să-și asume responsabilitatea pentru cele mai importante domenii ale vieții lui, să ia decizii în locul său; îi este greu să con-trazică pe alții, acceptă părerile și convingerile celorlalți, din cauza fricii de a nu pierde suportul sau aprobarea; se simte lipsit de ajutor dacă rămâne singur, fiindu-i frică că nu va fi în stare să aibă grijă de sine; de aceea, e capabil să facă chiar lucruri neplăcute, pentru a nu fi părăsit de alții; și dacă este, caută urgent o altă relație protectivă.

**6. Tulburarea de personalitate evitantă.** Subiectul evită situațiile noi, mai ales cele care implică relații cu alte persoane (necunoscute), din cauza fricii de a nu fi criticat, dezaprobat, rejectat, ridiculizat; nu se asociază cu alții decât dacă e sigur că va fi apreciat de aceștia; de aceea, e inhibat în relațiile interpersonale noi; se consideră pe sine inapt social, inatractiv, inferior altora; ezită mult în a-și asuma riscuri personale sau de a se angaja în situații noi, de frica eșecului; simte nevoia de protecție și de a se atașa puternic de persoanele care-l acceptă și îi creează un sentiment de siguranță.

**7. Tulburarea de personalitate instabil-emoțională („borderline“).** Se caracterizează printr-o marcată instabilitate în relațiile interpersonale, în condițiile unei implicări afective puternice cu ceilalți, cu importante oscilații dispoziționale; – prezintă o importantă nesiguranță în ceea ce privește imaginea de sine și o pronunțată lipsă de autocontrol pulsional. Subiectul trece rapid (uneori, în cursul a câtorva ore) de la disforie la anxietate, depresie, iritabilitate, euforie. Atitudinile interpersonale sunt intense dar instabile, cu treceri de la idealizarea celui alt, căruia i se supune submisiv, la devalorizarea acestuia, cu atitudine dominatoare, jignitoare sau de respingere; e frecventă și tendința de manipulare a celui alt. Deși oscilant în atitudine, nu suportă abandonul (real sau imaginar), uneori șantajând afectiv partenerul, prin comportamente parasuicidare. Prezintă dificultăți în controlul pulsionilor, mai ales a celor afective, recurgând ușor la comportamente auto- sau heteroagresive. Impulsivitatea se poate manifesta în diverse direcții, precum ar fi: cheltuirea de bani, comportament sexual, abuz de substanțe, mâncat excesiv, condus imprudent. Imaginea de sine este instabilă, cu o nesiguranță în ceea ce privește propria identitate (uneori și în perspectivă sexuală); e posibil să apară un sentiment de gol sau vid interior.

Notă: În ICD-10, acest tip de personalitate – care în DSM-IV e denumită „marginală“ („borderline“) – e subdivizat în două variante: una, în care predomină instabilitatea afectivă-relațională și nesiguranța identității, și alta, în care predomină explozivitatea în relațiile interpersonale.

**8. Tulburarea de personalitate histrionică.** Subiectul caută în permanență să atragă atenția celorlalți asupra sa printr-un comportament hiperexpresiv. E incomodat de faptul de a nu fi în centrul atenției; prezintă frecvent un comportament provocator inadecvat, inclusiv în direcția sexuală; încearcă constant să fie captativ atât prin aspectul fizic (îmbrăcăminte, coafură), cât și prin comportamentul mimico-gestual (teatral), prin vorbirea colorată (susținută de un imaginar bogat), prin autodramatizare, teatralism și o exprimare mimico-gestuală

exagerată a emoțiilor; trăirile afective sunt superficiale, mai mult jucate, fără o rezonanță afectivă profundă; este egoist, egofil, incapabil de relații intime autentice; e ușor sugestionabil; dar, la rândul său, manipulează pe alții, pentru a obține propriile obiective. În perspectiva psihopatică, poate fi dominator, cu comportamente de tip escrocheric, șantaj, intrigă, manipulare etc.

Notă: În DSM-IV este descrisă și o personalitate narcisistă. Aceasta are o bună părere despre sine, un sentiment crescut de auto-importanță; se crede „aparte“ și unic, își exagerează realizările și talentele, așteaptă să fie remarcat ca superior, fără realizări corespunzătoare; e preocupat de fantezii, de succes nelimitat, de putere, frumusețe sau amor ideal; pretinde o admirație excesivă. Astfel de trăiri se pot întâlni și la histrionic, la care predomină comportamentul hiperexpresiv-teatral.

**9. Tulburarea de personalitate hipomaniacală (Tipus manicus a lui von Zerssen).** Aceasta nu figurează în actualele clasificări deși era prezentă – la fel ca tipul depresiv – în sistematica lui K. Schneider, sub denumirea de „expansiv“. În descrierea lui von Zerssen, este un tip sinton, care realizează ușor relații interpersonale, cu o tonalitate afectivă pozitivă, activ și întreprinzător, dar nu și perseverent (motiv pentru care randamentul social nu e crescut); relațiile interpersonale, la fel ca ansamblul trăirilor, sunt superficiale; preferă distracțiile, jocul, petrecerile; e încrezător în viitor, dar nu-și realizează proiectele; e o persoană pe care nu te poți baza, datorită superficialității și egoismului său (descrierile se apropie de cele ale tipului sinton-ciclotim, al lui Kretschmer, corelat tipului somatic picnic).

**10. Tulburarea de personalitate antisocială.** Se caracterizează prin faptul că individul desconsideră și violează drepturile altora, încalcă normele juridice și morale, fără remușcări. Tulburarea poate apărea din copilărie și este evidentă la 15 ani. Subiectul nu se conformează normelor sociale, încalcă legile, ajungând frecvent la arest. Este incorect, în relațiile cu alții minte repetat, manipulează alte persoane, pentru profit sau plăcere personală. Este iritabil și agresiv, uneori trăiește o plăcere atunci când chinuie sau face rău altora. Nu e generos, nu are remușcări, poate ucide cu sânge; nu învață din experiență. Poate dezvolta perversiuni sexuale, alcoolism, toxicomanie. În funcție de gradul de inteligență, complexitatea actelor nocive social poate fi variată.

În DSM-IV, aceste tipuri sunt grupate în 3 „clustere“, și anume: A=paranoidul, schizoidul, schizotipalul; B=antisocialul, borderline (instabilul emotiv), histrionicul, narcisistul; C=evitantul, anankastul (obsesiv-compulsivul), dependentul, depresivul.

### 2.8.3. Problema sistematizării tulburărilor de personalitate și problema psihopatiei

Sistematizarea tulburărilor de personalitate, în funcție de similitudinile sau eventuala orientare înspre un domeniu de patologie psihiatrică, nu este suficientă. E nevoie și de o bază psihologică a variantelor temperamental-caracteriologice. Au fost invocați, la un moment dat, trei factori importanți, pentru ca, apoi, să facă o importantă carieră teoria taxonomică a celor „cinci mari trăsături“ (ale persoanei). De asemenea, au fost imaginate și variante psihologice ale personalității în care principalii factori (ce se perturbă în patologie) sunt așezați în opoziție, pe un cerc similar unui ceas. Ne vom opri puțin asupra acestui ultim model „circumplex“ (58), mult susținut de Widinger și Wiggins. În varianta psihologiei normale, trăsăturile de personalitate (și adjectivele ce le caracterizează) sunt plasate ca în fig. XIV.

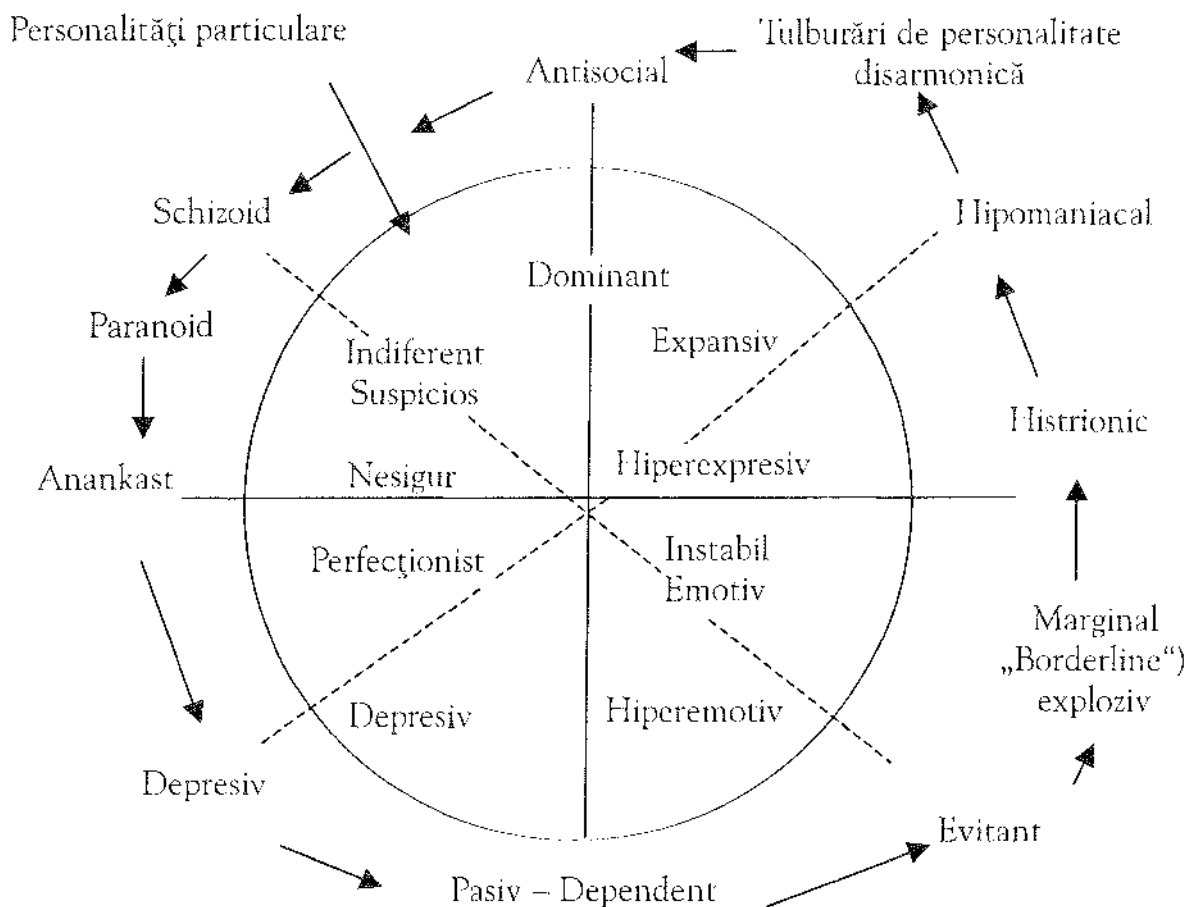


Figura XV. Plasare pe un circumplex a personalităților particulare și disarmonice

O astfel de plasare a trăsăturilor de personalitate sugerează și o plasare pe o figură circumplexă a persoanelor patologice, cu precizarea că rigiditatea schemei nu permite decât poziționări orientative. Personal, am opta pentru o așezare de tipul celei din fig. XV, – puțin diferită de cea sugerată prin modelul menționat mai sus și care încearcă să cuprindă, în plus, și personalitățile particulare.

În cazul personalității antisociale apare evident și pe prim plan comportamentul disocial. Acesta este prezent sub diverse forme și în diverse grade în toate personalitățile dizarmonice. Histrionicul poate fi manipulativ, poate juca roluri sociale prin care escrochează pe alții; instabilul emotiv este frecvent hetero-agresiv și introduce tensiune și nesiguranță în grupul social propriu; dependentul poate fi manipulat negativ de alții și ajunge cu ușurință la toxicomanie, alcoolism, prostituție; anankastul poate implica pe alții în existența sa ritualizată, la o manieră tiranică; schizoidul este un om detașat, ce nu poate fi inclus în programe comunitare, iar paranoidul ajunge deseori la conflicte și procese interminabile cu alții, presupușii săi dușmani. Așa cum s-a menționat deja, există tendința ca personalitățile dizarmonice, care încălcă frecvent și evident normele sociale, să fie etichetate ca psihopate (56). Persoana antisocială este prototipul psihopatului (deși există și varianta-tip mai complexă, a lui Cleckley (49)). Dar și alte personalități dizarmonice pot avea importante trăsături psihopate. Totuși, se pare că acestea se agregă predominant în clusterul B (din DSM-IV). Am putea figura această articulare predominantă a tulburărilor de personalitate cu comportamentul psihopatic, reluând modelul circumplex, cu unele mutații în raport cu precedentul (fig. XVI).

„Psihopatia“ se caracterizează prin egocentrism, ignorarea perspectivei celuilalt și a societății, deficiențe și încălcări ale normelor sociale, perturbări cu consecințe negative în relațiile interpersonale, cu încălcarea drepturilor, bunurilor și demnității celuilalt, mergând până la lezare, chinuire, crimă; psihopatul e lipsit nu doar de responsabilitate, respect pentru altul, generozitate, milă, rușine, ci e lipsit de remușcare, fiind egosinton, uneori sadic. Lui îi lipsește capacitatea de relaționare etică cu „celălalt“<sup>14</sup>. Aceste probleme vor fi reluate în ultimul capitol.

---

<sup>14</sup> A se vedea finalul paragrafului 5.3.

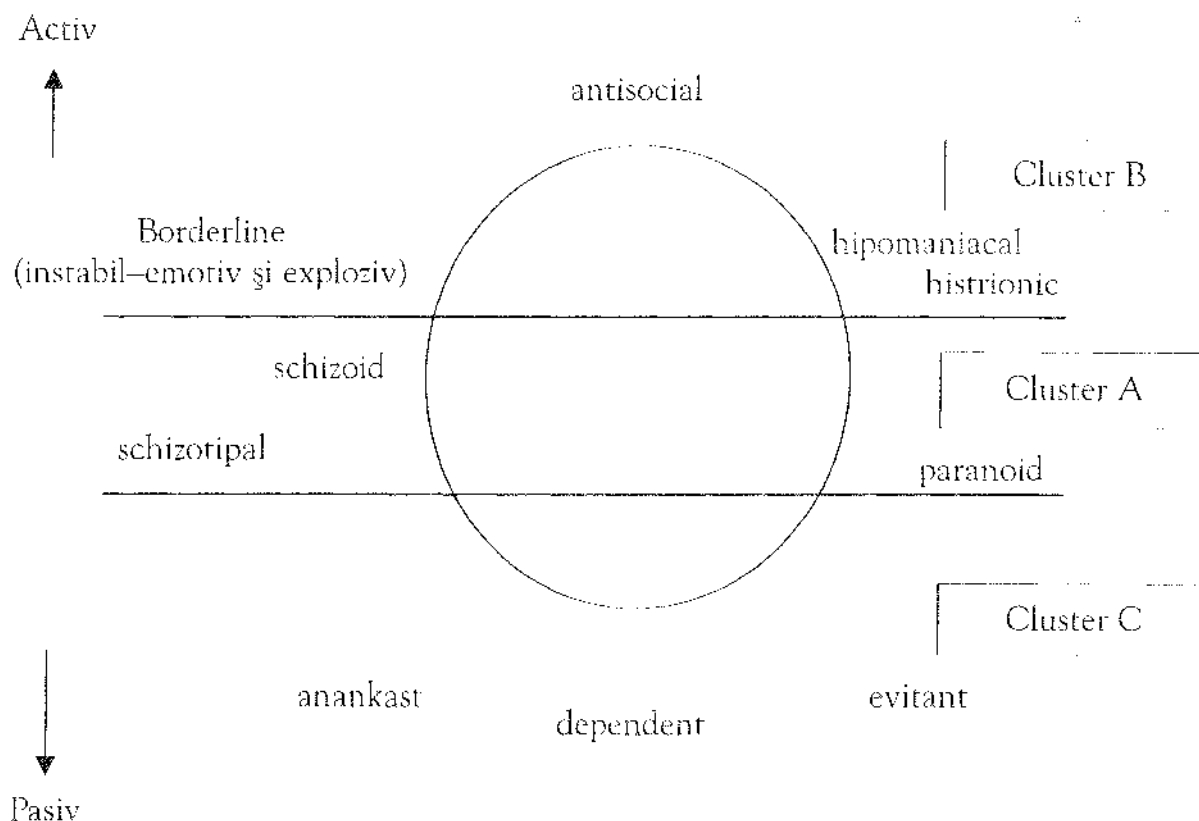


Figura XVI. Plasarea tulburărilor de personalitate pe un circumplex, în funcție de „clusterelor” din DSM-IV în corelație cu problema psihopatiei

## 2.9. Defectul psihic

După un e.ps., pacientul își poate reveni complet, fără a mai persista nici un simptom din respectivul tablou clinic și nici un element de psihopatologie, în general. Chiar și în absența simptomelor clinice reziduale, sensibilitatea, „vulnerabilitatea” pentru noi episoade poate crește, fără ca ea să fie indicată prin nici un aspect al vieții cotidiene. În alte cazuri însă, astfel de simptome persistă pentru o îndelungată perioadă de timp (luni și ani) caz în care se vorbește de un defect psihopatologic consecutiv unui e.ps. Tulburarea psihiatrică în care această eventualitate a fost considerată cea mai frecventă (dacă nu chiar ca fiind o regulă) a fost schizofrenia. Modelul evolutiv al acestei boli stipula că, după unul sau mai multe e.ps., apare un defect care apoi se accentuează după noi episoade. Sistematizarea cea mai complexă a tipurilor acestor defecte a făcut-o Huber (59).

Multitudinea de eventualități pe care le-a descris au fost, în cele din urmă, grupate în 3 mari clase: a) Defect caracteristic, caz în care persistă simptome specifice fazei acute ca, halucinații, fenomene de transparență-influență, tulburarea de gândire și vorbire etc., dar la o intensitate mai redusă decât în faza acută; b) Defectul structural, în care nu se identifică simptome pozitive, dar apare o modificare de ansamblu a personalității ce prezintă caracteristici schizoide (sau „schizotipale“), multe dintre acestea fiind din seria schizo-negativă: retragere socială, indiferență emotiv-afectivă tranzitivă, abulie, lipsa de spontaneitate, interese, curiozități în ceea ce privește viața zilnică, preocupări pentru abstracții, bizarerii în exprimare și comportament; c) Defectul energetic, în care persistă doar o intensă anergie (astenie) în perspectiva acțiunii și a proceselor intelectuale, însoțită uneori de cenestopatii.

Defectul clinic psihopatologic a fost identificat și în alte tulburări psihice, cum ar fi: depresia monopolară, psihoza paranoidă, tulburările anxioase. Multe dintre aspectele acestor defecte se referă la un mod constant de a fi al persoanei, apărând ca o modificare a personalității, consecutivă e.ps., deci ca un „defect structural“. Ideea că doar schizofrenia evoluează „procesual“, cu tendință la defect, nu mai e de actualitate. De aceea se recomandă un tratament medicamentos de întreținere prelungit, precum și programe de reabilitare psiho-socială în tulburările delirante, afective, în cele anxioase, însoțit de obicei de psihoterapie și de terapii medicamentoase. Această generalizare a ideii defectului clinic, vizând modificarea personalității, a reactivat discuțiile privitoare la relația dintre axa I și II a diagnosticului. O persoană poate prezenta de la început o tulburare de personalitate schizoidă; iar după un e.ps. schizofren, respectivele trăsături de personalitate se pot accentua. La fel, un e.ps. depresiv poate apărea la cineva care prezintă, de mult timp, trăsături de personalitate depresive, caz în care s-a vorbit de o „dublă depresie“; iar după episod, respectivele trăsături se pot accentua. Situația poate fi similară în cazul tulburărilor anxioase etc. Starea de dinaintea e.ps. poate fi considerată ca exprimând o latență patologică, o manifestare parțială a vulnerabilității în direcția bolii, cantonată temporar la nivelul structurii persoanei.

Defectul clinic (psihopatologic) nu e însă unica formă a deficienței ce se poate manifesta în urma unui e.ps. sau pe parcursul unei tulburări (boli) psihice. De multă vreme a fost adus în discuție, evidențiat și studiat așa-zisul defect social. Ca și în cazul celui clinic, acesta a fost abordat, în primul rând, privitor în schizofrenie. Putem întâlni următoarele eventualități, după unul sau mai multe e.ps. schizofrene: – remisiune fără nici un defect social; – cu deficiențe în

exercitarea unuia sau câtorva din rolurile sociale (de ex. cel profesional, parental etc.); – cu deficiență în exercitarea tuturor rolurilor sociale, dar cu posibilitatea existenței în familie; – cu necesitatea unor internări prelungite. Deficiențele în funcționarea socială în cursul unui e.ps. sau după trecerea sa în perioada defectivă se pot combina cu prezența simptomelor psihopatologice. DSM-IV a elaborat o scală de evaluare a funcționalității care ține cont de ambele aspecte și care e aplicabilă pentru evaluarea axei IV.

### Scala globală de evaluare a funcționalității (GAF)

Introduceți numărul (între 1-90) care reprezintă cel mai bine pacientul

Nivelul curent de funcționare: \_\_\_\_\_

Definiția nivelelor de funcționare

90-81	Simptome absente sau minime; funcționare bună în toate ariile, interesat și implicat într-o gamă largă de activități, eficient social, în general mulțumit de viață, numai probleme sau îngrijorări cotidiene
80-71	Dacă simptomele sunt prezente, ele sunt tranzitorii sau reacții de așteptat (normale) la stresorii psiho-sociali; doar ușoare deficiențe în funcționarea socială, ocupațională sau școlară
70-61	Unele simptome ușoare, sau unele dificultăți în funcționarea socială, ocupațională sau școlară, dar, în general, funcționează destul de bine, are unele relații interpersonale semnificative
60-51	Simptome moderate sau orice dificultăți moderate în funcționarea socială, ocupațională sau școlară
50-41	Simptome serioase sau orice deficiențe serioase în funcționarea socială, ocupațională sau școlară
40-31	Unele deficiențe în testarea realității sau în comunicare, sau deficiențe majore în arii diverse, cum ar fi: munca sau școala, relațiile familiale, gândire, judecată sau dispoziție
30-21	Comportamentul se consideră a fi influențat de deliruri sau halucinații sau există deficiențe serioase în comunicare sau judecată, sau incapacitate de funcționare în aproape toate ariile
20-11	Un oarecare pericol de a-și face rău singur, sau altora, sau ocazional, nu reușește să mențină o igienă personală minimă, sau deficiențe majore în comunicare
10-1	Pericol persistent de a se răni singur sau de a face rău altora, sau incapacitate persistentă în menținerea igienei personale minime, sau acte suicidare serioase, cu o expectanță clară a decesului

Studiile cazuistice au constatat că în multe cazuri nu există un paralelism strict între defectul clinic și cel social, în sensul că, un caz ce prezintă un defect cu simptome reziduale, deci cu un deficit psihopatologic prezent și identificabil, poate avea o funcționare socială bună și invers. De aceea, tendința actuală este de a evalua separat simptomatologia psihopatologică și funcționarea socială. Acest fapt apare evident în principiile diagnosticului ICD-10 pe axe (60). Prima axă cuprinde toate diagnosticele, cea de a doua se referă la funcționarea socială, și cea de a treia, la factorii contextualii de vulnerabilizare și precipitare a tulburării.

Abordată mai detaliat, axa II din ICD-10, cea care interesează tema dezbătută în acest paragraf, se referă la următoarele:

– *Îngrijiri personale.* Acestea trebuie privite ca și activități ghidate de norme și convenții sociale. Ea se referă la igiena personală, îmbrăcare, alimentare etc., activități la realizarea cărora pacientul trebuie să participe. Deci vor fi luate în considerare: (i) activitățile pacientului ce contribuie la menținerea igienei și sănătății; (ii) Obiceiurile alimentare (mese regulate, îngrășare sau slăbire); (iii) Menținerea spațiului de locuit în ordine și igienă.

– *Ocupația.* Acest domeniu se referă la funcționarea în activități remunerate, la studiu, activități casnice, echivalente cu munca standardizată. Se au în vedere: (i) conformarea pacientului cu disciplina muncii; (ii) Calitatea performanței în muncă; (iii) Motivația de a se menține într-un rol ocupațional.

– *Familia și activitățile dintr-o gospodărie.* Domeniul se referă la participarea la viața familială (rol marital, rol parental) și la activitățile gospodărești (menajul, a lua masa împreună). Se cere a se ține cont de specificul cultural. Privitor la rolul marital, se iau în considerare: (i) comunicarea cu soțul; (ii) Abilitatea pacientului de a-și manifesta afectivitatea; (iii) Măsura în care pacientul este resimțit de către partener ca o sursă de suport. Privitor la rolul parental, se iau în considerare: (i) capacitatea pacientului de a asigura sănătatea și securitatea copiilor; (ii) măsura în care prezintă afecțiune față de copii și se interesează de starea lor de bine și de viitorul lor; (iii) eventuale abuzuri sau acțiuni adverse în raport cu copiii. Privitor la activitățile în gospodărie, se au în vedere: (i) modalitatea în care pacientul participă la menținerea familiei ca un grup social viabil; (ii) maniera în care pacientul își îndeplinește rolurile în familie.

– *Funcționarea în contexte sociale apropiate.* Acest domeniu se referă la performanțele pacientului în relație cu membrii comunității, la participarea sa la activități de relaxare și distracție sau la alte activități sociale. Oricum, se are în vedere raportarea sa la persoane din afara familiei. Se iau în considerare:

(i) modalitatea în care pacientul răspunde la întrebările, problemele, solicitările altora; (ii) modul său de coexistență cu alții, la nivel „impersonal“ (în magazine, autobuze, la conferințe etc.); (iii) comportamentul față de persoane care îi displac; (iv) calitatea și continuitatea contactelor cu prietenii; (v) angajarea pacientului în activități de destindere și recreere în afara casei.

Evaluarea se face pentru fiecare domeniu și global, prin note de la 0 la 5, în sensul că: 0=nici o dizabilitate de-a lungul timpului, pacientul funcționează conform normelor grupului său de referință, în contextul socio-cultural dat. 5=devierea de la normă este foarte gravă în toate domeniile, atingând un punct critic, pacientul este grav dizabilitat tot timpul.

OMS-ul a avut și are preocupări constante în ceea ce privește deficiența de funcționare (și integrare) socială a foștilor bolnavi, în general, și a celor psihici, în special. Privitor la psihiatrie, încă din 1988 a fost publicat WHO DAS (61), care avea în vedere 4 mari domenii și o evaluare globală. În fiecare domeniu se au în vedere mai mulți itemi, care sunt evaluați cu 6 grade de gravitate:

**1. Comportament general.** 1.1. Comportamentul de autoîngrijire a pacientului în ultima lună; 1.2. Reducerea activității (în ultima lună); 1.3. Lentoare; 1.4. Retragerere socială.

**2. Performanța în roluri sociale:** 2.1. participarea la activitățile gospodărești; 2.2. Rolul marital: relațiile afective cu soțul (în ultima lună); 2.3. Rolul marital: relațiile sexuale cu soțul; 2.4. Rolul parental: interesul față de copii și îngrijirea lor; 2.5. Rolul sexual: relațiile cu alte persoane decât partenerul marital; 2.6. Contactele sociale: fricțiuni în relațiile interpersonale, altele decât cele maritale; 2.7. Rolul ocupațional: performanța în muncă în ultima lună (inclusiv activitatea studenților); 2.8. Rolul ocupațional: interesul în a găsi o slujbă sau în a reveni la serviciu sau studii; 2.9. Interesele și informațiile în ultima lună; 2.10. Comportamentul pacientului în situații de urgență sau extraordinare, ce s-au petrecut în ultimele 6 luni.

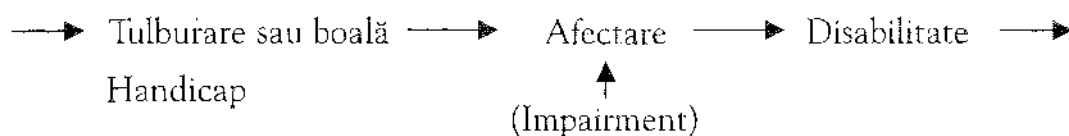
**3. Pacientul în spital:** 3.1. Comportamentul în secție; 3.2. Opinia infirmierilor; 3.3. Ocupațiile pacienților; 3.4. Contactul cu lumea din afară.

**4. Factori modificatori:** 4.1. Achiziții specifice (în ultimele 6 luni); 4.2. Responsabilități specifice; 4.3. Atmosfera psihică din cămin (familie); 4.4. Suport exterior.

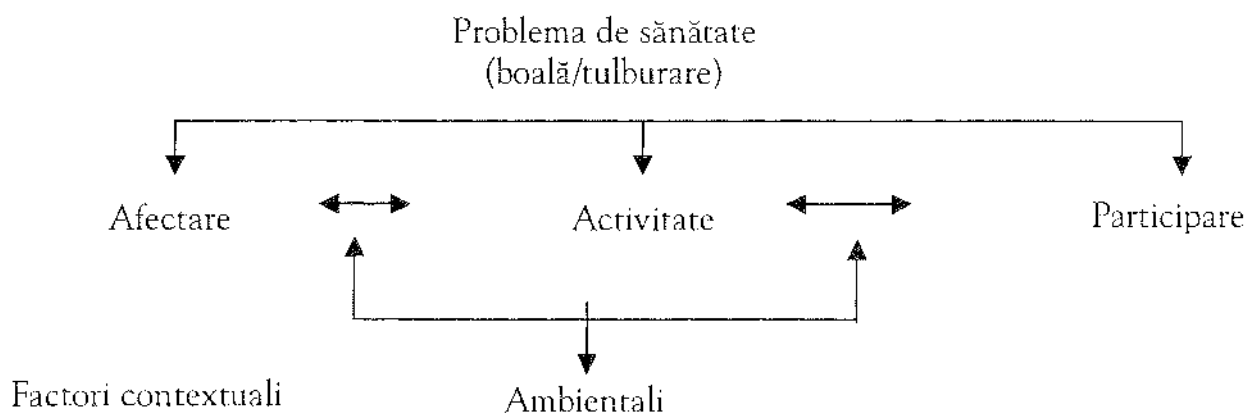
**5. Evaluare globală.** După cum se poate constata, sistemul DAS avea în vedere și situația în care pacientul este internat în spital, precum și modificările survenite în ultimele 6 luni, cu sau fără intervenția unor factori exteriori. Deși instrumentul a fost utilizat destul de mult în cercetare, mai ales în variante ulterioare,

prescurtate și simplificate, preocupările în direcția evaluării funcționării sociale s-au reorientat în direcția elaborării unei noi versiuni a manualului din 1980, privitor la clasificarea și diagnosticarea handicapurilor. După apariția ICD-10 (1992), eforturile în această direcție se apropie de final, în 1997 apărând ca o versiune intermediară a CIADH-2, versiunea Beta-1 (62).

Sinteza realizată în prezent, de către OMS, modifică conceptual viziunea manualului din 1980. Termenii sunt redefiniți. Succesiunea pe care se baza CIADH 1980, era:



Actuala corelație propusă (CIADH) este



Pe lângă sublinierea relației reciproce (inverse) dintre diverse aspecte ale problemei, termenii, noțiunile sunt altfel circumscrise și definite, încă de la începutul manualului. Prezintă, în continuare, aceste definiții din CIADH-2.

**O problemă de sănătate** este considerată a fi o alterare sau un atribut al statutului de sănătate al unui individ, ce poate duce la necazuri, ce interferează cu activități zilnice sau conduce la un contact cu serviciile de sănătate; poate fi o boală acută sau cronică, tulburare, traumatism sau reflectă o altă stare, precum sarcina, bătrânețea, stresul, anomalii congenitale sau predispoziții genetice (s.n.). Se constată de la început că starea de sănătate nu mai e privită strict din perspectiva bolii și a consecințelor acesteia.

**Afectarea** (impairment). O afectare indică anormalitatea sau pierderea unei părți din corp sau a unei funcții (de exemplu, o funcție fiziologică).

Funcțiile fiziologice includ și funcțiile mintale. Anormalitatea este folosită, aici, strict ca o referire la o variație semnificativă de la norma statistică stabilită și trebuie să fie folosită numai în acest sens (ca o deviație de la normele standard măsurate la populația medie).

**Activitatea.** În CIADH-2, termenul „activitate” este folosit în sensul cel mai larg, pentru a cuprinde orice lucru pe care o persoană îl poate face, la orice nivel de complexitate: de la activitățile simple la abilitățile și comportamentele complexe. Activitățile includ funcțiile fizice simple sau bazale ale persoanei, ca un întreg (apucarea, mișcarea unui picior sau privitul), funcțiile mintale bazale sau complexe (amintirea evenimentelor trecute sau dobândirea cunoștințelor), totalitatea activităților fizice și mintale la diverse nivele de complexitate (conducerea unui automobil, abilități personale sociale, interacționarea cu alții în locuri oficiale).

Limitarea activității (în trecut, disabilitatea) este o dificultate în performanța, randamentul sau îndeplinirea unei activități specific umane la nivelul persoanei. Dificultatea cuprinde toate modurile prin care efectuarea activității poate fi afectată: efectuarea cu durere, disconfortul, efectuarea prea încet sau prea repede sau în locuri și momente nepotrivite; facerea cu stângăcie sau altfel decât în modul așteptat. Poate fi evaluată de la o deviație ușoară la una severă în ceea ce privește calitatea sau cantitatea modului sau mărimii execuției așteptate să fie făcute.

**Disabilitatea.** Rădăcina cuvântului „disabilitate” are conotația de „abilitate”, de exemplu, o aptitudine sau o îndemânare. Cu toate acestea, clasificarea A, care, în trecut, se referea la disabilități, acum se focalizează asupra „activităților” – performanța indivizilor în viața zilnică. Un individ poate avea o dificultate în orice domeniu al activităților (îngrijirea personală, relația cu alții, munca). Disabilitatea este limitarea performanței activității care este dependentă total de persoană. Este diferită de participare, care este interacțiunea dintre o persoană disabilitată și/sau afectată și context.

**Participarea.** Participarea este interacțiunea afectărilor și disabilităților, precum și a factorilor contextuali, adică a caracteristicilor ambiantei fizice și sociale și a factorilor personali. Participarea se produce în toate ariile sau aspectele vieții umane, incluzând toate experiențele ce derivă din implicarea în practică, obiceiurile și comportamentul social. Domeniile participării – întreținerea personală, mobilitatea, schimbul de informații, relațiile sociale, ocupația, viața economică și civică, și viața comunitară – sunt „sociale” în sensul că, aspectele acestor experiențe complexe sunt formate în societate.

**Restrângerea participării** este un dezavantaj pentru o persoană cu o afectare sau disabilitate și este creată sau înrăutățită de caracteristicile factorilor contextuali, deci de factorii personali și ambientali. Dezavantajul poate lua multe forme: crearea de disabilități adiționale (o afectare mintală, precum durerea, supărarea sau boala mintală sau o disabilitate mintală sau fizică) sau unele diminuări ale gradului sau mărimii participării ce este așteptată pentru un individ fără disabilități, în cultura și societatea dată.

**Factorii contextuali** reprezintă fundalul complet al vieții și existenței persoanei, datorită factorilor ambientali externi și factorilor personali interni.

– *Factorii ambientali* – fundalul vieții și existenței persoanei, compus din componentele ambianței naturale (climat sau teren), a celei făcute de om (instrumente, mobilier, ambianța construită), atitudinile sociale, obiceiuri, reguli, practici, instituții și alți indivizi.

– *Factorii personali* – fundalul vieții și existenței persoanei care este compus din caracteristicile ei care nu sunt părți ale problemei de sănătate sau disabilității, incluzând vârsta, rasa, sexul, educația, experiențele, personalitatea și stilul caracterial, aptitudinile, alte probleme de sănătate, forma fizică, stilul de viață, obiceiuri, educație parentală, stilul de coping, caracteristicile sociale, profesia și experiența curentă și trecută.

**Disabilitatea.** Termenul „disabilitate” este folosit ca un termen umbrelă ca să acopere toate dimensiunile negative ale CIADH (de ex., afectările, limitările activității și restricțiile participării); el se referea, în trecut, la disabilități și handicapuri, fie împreună sau separat. Există nevoia unui termen general care să indice toate dimensiunile deficiențelor persoanei corelate împreună; termenul de „disabilitate” deși nu este ideal, altul mai bun nu a putut fi găsit. În sens singular, termenul poate indica „procesul de” sau „acțiunea de” disabilitare a cuiva, iar în formă plurală este folosit ca un termen de înlocuire a afectărilor, limitării activității și restricției participării.

**Funcționarea.** Termenul de „funcționare” este folosit ca un termen general care cuprinde aspectele neutrale ale dimensiunilor CIADH. Astfel, afectările sunt funcționări la nivelul corpului, activitățile sunt funcționări la nivelul persoanei și participarea este o funcționare la nivelul societății. Utilizatorii trebuie să fie avertizați să nu confunde acest termen cu afectările funcției corpului.

Clasificarea afectării funcțiilor începe cu funcțiile mintale; cel al afectării structurii, cu afectarea creierului, măduvei spinării și structurile înrudite. Clasificarea activităților are următoarele capitole: 1. Vederea, auzul, recunoașterea;

2. Învățarea, aplicarea cunoștințelor și efectuarea sarcinilor; 3. Activități de comunicare; 4. Activități de mișcare; 5. Deplasarea; 6. Activitățile vieții zilnice; 7. Activitățile domestice și necesitățile de a trăi; 8. Comportamentul interpersonal; 9. Rezolvarea și răspunsul la situațiile particulare; 10. Folosirea aparatelor și tehnicilor de asistență și alte activități înrudite; Clasificarea participării se referă la: 1. Participarea la întreținerea personală; 2. Participarea în mobilitate; 3. Participarea în schimbul de informații; 4. Participarea în relațiile sociale; 5. Participarea în ariile educației, munca, timpul liber și spiritualitate; 6. Participarea la viața economică; 7. Participarea la viața civică și comunitate. Lista factorilor ambientali cuprinde următoarele capitole: 1. Produse, instrumente și consumabile; 2. Asistența și suportul personal; 3. Instituții sociale, economice și politice; 4. Norme, reguli și structuri socio-culturale; 5. Ambianța fizică generată de om. 6. Ambianța naturală.

Simpla trecere în revistă a capitolelor indică faptul că, evaluarea, în conformitate cu CIADH-2, este mult mai amplă decât manualul OMS/DAS (1988), decât schema GAF a DSM-IV sau elementele din axa II a diagnosticului pe axe din ICD-10. Acestea din urmă sunt mult mai operaționale, prin simplitatea evaluării. Pentru tema de ansamblu a textului cărții de față, considerăm important a sublinia faptul că, comunitatea medicală științifică internațională face mari eforturi pentru a înțelege și plasa omul bolnav, cu tulburări bio-psișice sau cu consecințe ale acestora, într-un larg cadru antropologic, cu un important accent pe aspectele socio-culturale.

## 2.10. Diagnosticul în medicina psihiatrică

Diagnosticul se referă, în primul rând, la identificarea și etichetarea episodului maladiv (psihopatologic) (e.ps.) și/sau a bolii (tulburării psișice). Modalitatea cea mai simplă este cea care se referă la un e.ps. Acesta este identificat pe baza simptomelor ce se configurează în sindroame tipice sau configurații sindromatice. Simptomele, în psihiatrie, constau din trăiri subiective, expresii și comportamente, foarte rar însoțite de modificări ale parametrilor biologici. Simptomele sunt explicit și univoc definite în manuale (de ex. SCAN-OMS) (30); și la fel, sindroamele (DSM-IV constă, în mare parte, din definirea unor sindroame ca: cel depresiv, maniacal etc., fiind, în același timp, un instrument de diagnostic). Diagnosticianul obține date, privitor la semiologia psihopatologică,

observând pacientul, discutând cu el și cu cei ce trăiesc în apropierea sa, supunându-l unor probe și efectuând analize. El se comportă deci, în principiu, ca orice medic. Aspectul specific diagnosticului psihiatric îl reprezintă ponderea importantă a semiologiei trăirilor subiective și a comportamentelor aberante. Obținerea informațiilor despre acestea este deseori dificilă, subiectul necomunicând spontan trăirile sale și răspunzând variat la diverse întrebări. Această particularitate a condus la dezvoltarea „interviurilor structurate” și semistructurate. Unele din sistemele de diagnostic, ca, de exemplu, SCAN (30), publică și un manual cu definiții explicite asupra simptomelor în raport cu care se pune întrebarea. Investigatorul diagnostician pune o întrebare bine precizată, pentru a afla dacă o trăire subiectivă, cu valoare de simptom, este prezentă. Iată un exemplu dintr-un interviu structurat, promovat de OMS, CIDI (63), din capitolul dedicat depresiei: E22: *„Au existat vreodată două săptămâni sau mai mult timp în care aproape în fiecare zi să te fi simțit: 1) fără valoare; 2) lipsit de sens, „vinovat”?* Răspunsul e prin Nu sau Da; dacă răspunsul e Da, se adaugă întrebarea: *A existat un motiv particular (rațional) pentru care te-ai simțit astfel? Urmează alte două întrebări precise care se referă (E23) la sentimentul de inferioritate (dacă te-ai simțit inferior altora) și E24 privitor la lipsa încrederii în sine.* Într-un alt instrument internațional, utilizat pentru diagnostice, în raport cu DSM-IV – SCID-I (64), într-una din variante există întrebarea A13: *„În perioada (în care v-ați simțit trist) cum v-ați simțit în raport cu Dvs. înșivă? (fără valoare? aproape în fiecare zi?) Se poate adăuga întrebarea „Eventual, v-ați simțit vinovat, în raport cu ceea ce a-ți făcut sau nu a-ți făcut? Se răspunde prin Da sau Nu.* În modalități mai nuanțate – ca, de exemplu, în SCAN – atunci când se aplică interviuri semistructurate, se pot pune mai multe întrebări conjugate, sugerate în manual, dar și elaborate de cel ce conduce interviul, astfel încât el să ajungă la certitudinea prezenței respectivului simptom (a respectivei trăiri subiective) anormale la pacient. De exemplu, în SCAN, tot la capitolul depresie, există un set de întrebări privitoare la pierderea stimei de sine: *„Care este părerea Dvs., despre Dvs. în comparație cu alți oameni? Vi se pare că vă simțiți mai puțin capabil decât ceilalți? În ce fel? Vă simțiți inferior sau chiar fără valoare? Este acest sentiment ceva nou sau v-ați simțit întotdeauna la fel?* Întrebările sunt ordonate în conformitate cu o listă de simptome succesive ale căror prezență sau absență se cere clarificată. În unele cazuri, ca, de exemplu, în AMDP, se propune doar o astfel de listă (cecklist), urmând ca investigatorul să clarifice, prin toate mijloacele de care dispune, prezența sau absența respectivelor simptome (dintre care, unele sunt și expresive sau comportamentale). Ordinea de listare a simptomelor, ce se cer clarificate, se bazează

pe o anumită logică, care are în vedere conturarea succesivă a principalelor sindroame sau configurații sindromatice. De câte ori se cere evaluarea prezenței unui simptom printr-o modalitate standardizată, se solicită și evaluarea intensității acestuia. Prin evaluarea repetată a configurației semiologice, se poate stabili și care simptome diminuează, persistă sau se agravează.

Un aspect particular îl constituie faptul că, în psihiatrie deseori contactul psihic cu pacientul se stabilește greu, iar expresivitatea și comunicarea sa prin limbaj sunt perturbate de procesul malativ. Așa se petrec lucrurile în depresie, autism, schizofrenie (prin dezorganizarea ideo-verbală), delirium, demențe. Faptul se cere consemnat și poate constitui, prin el însuși, o informație pentru diagnostic. În sistemul SCAN, ce se bazează pe un interviu semistructurat, există o scală de evaluare specială (a IV-a) care încearcă să aducă precizări în acest domeniu.

În SCAN – Interviul, partea a doua se ocupă de tulburările psihotice și demențe. Ea începe cu un capitol (15) ce evaluează tulburări de vorbire la examinare; sunt notate următoarele eventualități:

- 15.1. Abilitate săracă de vorbire datorită inteligenței limitate
- 15.2. Vorbire incoerentă din orice cauză
- 15.3. Tulburare de dezvoltare a vorbirii din aspectul autist
- 15.4. Alte tulburări de vorbire; de exemplu, disfazia
- 15.5. Sărăcia de conținut sau vorbire redusă
- 15.6. Tulburări ale stării de conștiință
- 15.7. Înțelegerea slabă și/sau folosire deficitară a limbii, dacă nu este limba maternă
- 15.8. Alte cauze pentru deficiențe de vorbire

Tulburările de vorbire fac uneori dificilă evaluarea de ansamblu a simptomatologiei, mai ales dacă informațiile sunt luate doar de la pacient. Același rol perturbator îl pot prezenta diverse simptome psihotice. De aceea, în SCAN se propune, la începutul părții a doua, o scală de evaluare care să țină seama de aceste aspecte:

- Simptomele nu au apărut în timpul perioadei studiate;
- Simptomele au apărut dar au fost nesemnificative sau tranzitorii;
- Simptomele au apărut în ocazii multiple și cu diverse durate de timp;
- Simptomele au fost prezente mai mult sau mai puțin continuu în cursul perioadei;

Dificultăți de vorbire, notate la secțiunea 15, fac răspunsurile dificil de interpretat;

Notarea este nesigură, referitor la prezența fenomenelor chiar după o examinare detaliată;

Notarea nu se poate face datorită examinării incomplete, de exemplu, din cauza refuzului pacientului de a colabora.

Identificarea prezenței unor simptome conduce în cele din urmă la un diagnostic de e.ps., structurat printr-un sindrom tip sau printr-o configurație sindromatică. Pentru diagnosticul de e.ps. se folosește în prezent sistemul politetic al criteriilor necesare și suficiente. Sunt menționate, pentru includere, o serie de criterii obligatorii și un număr de criterii facultative; și, de asemenea, criterii de excludere. Atât DSM-III-IV, cât și ICD-10 acceptă acest model. De ex., pentru diagnosticul de episod de depresie majoră sunt enumerate în DSM-IV-9 criterii (simptome) de includere, fiind considerate necesare minimum 5, primele 2 fiind obligatorii, iar celelalte, prezente prin cumul.

Acest sistem are avantaje și dezavantaje. El permite o anumită rigoare în identificarea unui cadru nosologic categorial. Dar pe de altă parte, conduce și la gruparea unor cazuri neomogene din punct de vedere semiologic, o parte dintre ele având dintr-un număr total de simptome enumerate doar pe unele, și o altă parte, pe altele. Totuși, prin prezența unor sisteme de diagnostic categoriale ce prezintă un minimum de criterii de diagnostic necesare și prin dezvoltarea interviurilor structurate și semistrustrate, s-a realizat un pas în plus în ceea ce privește rigoarea diagnostică și intercomunicabilitatea dintre diagnosticieni. Aceste modalități ignoră rolul intuiției și comprehensiunii în acest complex demers care este diagnosticarea drept caz psihiatric a unei persoane umane conștiente (65) (66).

Luând în considerare ansamblul bolilor psihice – deci întreg s.n.n. al psihiatriei – OMS recomandă pentru diagnosticarea bolilor psihice, la adulți, instrumentul CIDI – care se bazează pe un interviu structurat – și SCAN – ce se bazează pe un interviu semistruurat. Pentru un diagnostic în conformitate cu DSM-IV, s-a elaborat instrumentul SCID.

Psihiatria ultimelor decenii a dezvoltat cu insistență diverse „scale de evaluare“. O bună parte din acestea se referă tocmai la simptomatologie. Pentru exemplificare putem trimite la celebrele scale Hamilton, Beck, Zung și MADRAS care au în vedere evaluarea depresiei. Aceste scale psihopatologice presupun existența unui diagnostic categorial care, acum, este evaluat cantitativ și dinamic. Fiecare item (simptom) este cotate (în urma chestionării, observației

și/sau autoevaluării pacientului) cu o anumită intensitate, exprimată în puncte. Se obține, astfel, o evaluare cifrică globală. Repetarea periodică a respectivei scale de evaluare permite să se evidențieze dacă domeniul de patologie, aria sindromatică respectivă, se reduce în timp, se menține sau crește. Faptul e deosebit de important pentru evaluarea rezultatelor terapiei.

Diverse scale de evaluare pun accentul pe unele sau altele din aspectele sindromului avut în vedere, având grijă să nu negligeze elementele esențiale. Prezentăm itemii care sunt avuți în vedere în câteva scale privitoare la depresie:

Scala de evaluare a depresiei Hamilton – 21 itemi (Evaluarea are 5 grade de intensitate, între 0 și 4)	Scala Montgomery-Asberg (MADRS) (Evaluarea are 7 grade de intensitate; se recomandă însă marcarea pozițiilor 0, 2=ușor; 4=sever; 6=extrem, restul valorilor fiind între aceste gradații)	Scala Zung (este o scală de autoevaluare cu 4 grade de intensitate între 1 și 4)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispoziție depresivă</li> <li>2. Sentiment de vinovăție</li> <li>3. Suicid</li> <li>4. Insomnia de adormire</li> <li>5. Insomnia nocturnă</li> <li>6. Insomnia matinală</li> <li>7. Muncă și activitate</li> <li>8. Inhibiție</li> <li>9. Agitație</li> <li>10. Anxietate psihică</li> <li>11. Anxietate somatică</li> <li>12. Simptome gastro-intestinale</li> <li>13. Simptome somatice generale</li> <li>14. Simptome genitale</li> <li>15. Preocupări hipocondriace</li> <li>16. Schimbări în greutate</li> <li>17. Înțelegerea bolii</li> <li>18. Variații diurne</li> <li>19. Depersonalizare, derealizare</li> <li>20. Simptome paranoide</li> <li>21. Simptome obsesionale</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tristețe aparentă</li> <li>2. Tristețe relatată</li> <li>3. Tensiune internă</li> <li>4. Reducerea somnului</li> <li>5. Reducerea apetitului</li> <li>6. Dificultăți de concentrare</li> <li>7. Lentoare</li> <li>8. Inabilitatea de a simți</li> <li>9. Gânduri pesimiste</li> <li>10. Gânduri suicidare</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tristețe subiectivă</li> <li>2. Bioritm nocturn</li> <li>3. Plâns nemotivat</li> <li>4. Tulburare de somn</li> <li>5. Tulburare de apetit</li> <li>6. Sociabilitate redusă</li> <li>7. Slăbire în greutate</li> <li>8. Constipație</li> <li>9. Tahicardie</li> <li>10. Astenie (subiectivă)</li> <li>11. Bună dispoziție</li> <li>12. Abilitate în acțiune</li> <li>13. Neliniște-agitație</li> <li>14. Neîncredere în viitor</li> <li>15. Instabilitate</li> <li>16. Indecizie</li> <li>17. Inutilitate</li> <li>18. Satisfacția existenței</li> <li>19. Idei de moarte</li> <li>20. Dificultăți în a realiza bucuria vieții (anhedonie)</li> </ol>

Pentru scalele Hamilton și MADRAS s-au elaborat chestionare ce se îmbină cu observarea pacientului. În schimb, scala Beck este una de autoevaluare a depresiei. Se poate constata că scala Hamilton poate înregistra mai multe simptome care ar putea apărea în comorbiditatea tabloului clinic depresiv, precum anxietatea, obsesionalitatea, depersonalizarea, ideile relaționale.

În realitatea clinică, tabloul semiotic al episoadelor nu este pur și complet, acoperind felul în care au fost prezentate sindroamele standard. Frecvent, există combinații, mixtări, comorbidități, fapt ce a fost deja comentat. Depresia, este unul din sindroamele cele mai răspândite care se poate mixta cu foarte multe alte sindroame. Acest fapt a ridicat probleme cercetătorilor, care au construit instrumente pentru studiul depresiei. De exemplu, instrumentul SADD, utilizat de OMS în cercetarea multicentru, pe care a întreprins-o asupra depresiei, folosește 39 itemi, mulți fiind introduși pentru a depista comorbiditatea.

Și mai dezvoltat este sistemul CODE-DD a lui Ban (32) care a fost deja menționat.

Majoritatea scalelor de evaluare psihopatologică presupune identificarea și evaluarea cantitativă a unei patologii categoriale deja identificate ca: depresia, anxietatea, fobia, obsesia, mania, schizofrenia pozitivă și/sau negativă, extinse în zona de comorbiditate cea mai frecventă. Există și scale de evaluare psihopatologică cu orientare mai generală, care au în vedere mai multe arii sindromatice, așa cum ar fi SCL-90 sau CRPS (Montgomery-Asberg), (Inventarul psihopatologic Minnesota se plasează și el la acest nivel, fiind mai complex ca elaborare și neevidențind decât indirect intensitatea sindroamelor). Ele sunt aplicate pentru a evidenția domeniile principale de patologie psihică pe care un subiect le trăiește dincolo de limita considerată „normală”. În general, între scalele de evaluare, țintite pe un sindrom anume (depresia sau fobia socială), și interviurile psihopatologice generale (structurate, semistructurate sau bazate doar pe respectarea evidențierii unor cecklist-uri simptomatice) există un continuum și interferențe. Ceea ce este comun e faptul că, pe această cale se introduce o anumită ordine și cuantificare în diagnosticul psihiatric, care, prin repetarea procedurii, permite evaluarea dinamică, în timp, a tulburării.

Diagnosticul episodului psihopatologic este, de obicei, dublat, așa cum s-a menționat deja, de evaluarea sau „diagnosticarea” terenului. Iar diagnosticul de boală (tulburare) ar urma să țină cont, pe lângă teren, de episoadele succesive, clinice, de modelul evolutiv și defect. Aceste probleme au fost conștientizate de echipa ce a elaborat DSM-III-IV, propunându-se un diagnostic pe axe. Acesta constă, în DSM-IV, din următoarele cinci axe:

**Axa I** se referă la episodul actual psihopatologic. Acesta poate fi tipic sau atipic în raport cu s.ps. standard ce au fost descrise, într-o manieră care poate fi definită și etichetată ca atare: de ex., „depresia anxioasă“ „depresie delirantă“. El poate ridica problema unei comorbidități, a evoluției în paralel și în mixaj a două linii de patologie distincte, cum ar fi, de ex.: tulburarea obsesiv-compulsivă și depresia. Evaluarea diagnosticului pe axa I are în vedere un episod delimitat în timp. Totuși, atunci când se pune problema diagnosticului de boală, se cere a se avea în vedere și episoadele sau tulburările anterioare, frecvența, succesiunea, și eventual combinația lor, în modalități particulare, precum și defectul psihopatologic interepisodic.

**Axa II** se referă la etichetarea fondului de personalitate, în măsura în care acesta atinge parametrii patologici; are multiple corelații cu axa I, în sensul că, tulburarea personalității poate face parte din același spectru malativ cu episodul (de ex. schizoid-schizofren; anakast-obsesiv-compulsiv; paranoid-episod psihotic delirant persistent de tip paranoid etc.). La rândul său, defectul clinic post-episodic poate purta marca respectivei clase de patologie psihiatrică. Evaluarea caracteristicilor de personalitate pre și post-episodice se poate face, la fel ca pentru axa I, avându-se în vedere definiții operaționale ce presupun o caracterizare generală și itemi politetici pentru identificarea unui tip anume de tulburare de personalitate. Și la acest nivel se pot folosi interviuri structurate și semi-structurate (aplicate subiectului în cauză și relativilor care îl cunosc). De obicei, în raport cu cadrele diagnostice categoriale ce pot fi dezvoltate până la nivelul unui caz tipic ideal, se întâlnesc mixturi, care, totuși, pot permite plasarea unui caz mai aproape sau mai departe de un anumit tip de personalitate. Tot pe axa II, se menționează retardarea mintală.

**Axa III** se referă la comorbiditatea somatică. Deosebit de important este să se clarifice și să se noteze relațiile cauzale cu tulburările psihice. Acestea pot oscila între doi poli: – Suferința somatică e primară și fundamentală, iar tulburarea psihică e secundară primeia, ca un mod de manifestare semiologic special al acesteia; – Suferința somatică e evident secundară celei psihice, ca, de ex., în cazul leziunilor corporale ce rezultă din automutilarea depresivului și a altor bolnavi; – Ca o situație intermediară, pot fi menționate cazurile în care tulburările somatice fac parte, în mod obișnuit, din tabloul clinic psihopatologic ca, în tulburări anxioase și depresive, atacul de panică etc. Eventualitățile sunt, însă, mult mai diverse. Pot coexista tulburări psihice și somatice fără legătură între ele; cum ar fi un diabet la un schizofren. Pe de altă parte, un subiect poate suferi psihic în urma unui defect somatic. Sau poate resimți astenia în contextul unei hepatite

cronice etc. În concluzie, inventarul tulburărilor somatice se cere dublat de precizări (durată, mod de manifestare, intensitate) și de interpretarea corelațiilor dintre acestea și tulburările psihice.

**Axa IV.** Probleme psihosociale și ambientale ce pot afecta diagnosticul, tratamentul și prognosticul tulburărilor mintale (cotate pe axa I și II). Acestea pot fi evenimente de viață negative, stresante, deficiențe și dificultăți ambientale, conflicte intrafamiliale sau interpersonale, insuficiență a suportului social și a resurselor, sau alte probleme corelate cu contextul în care dificultățile persoanei se dezvoltă. Problemele sunt grupate în următoarele categorii:

- Probleme cu grupul de suport primar;
- Probleme corelate cu ambianța socială;
- Probleme educaționale;
- Probleme corelate cu ocupația (munca);
- Probleme corelate locuirii;
- Probleme economice;
- Probleme privind accesul la serviciile de îngrijire a sănătății;
- Altele.

Se sugerează a se reține doar acele probleme care apar (se impun) ca relevante pentru tulburarea psihică (episodică) actuală și care au avut loc în ultimul an. Se cere și o evaluare cantitativă a intensității stresului provocat de aceste probleme. În mod excepțional, ar putea fi avute în vedere și evenimente sau probleme mai vechi, în corelație evidentă cu tulburarea actuală.

**Axa V.** Aceasta se referă la nivelul de funcționare socială (la disabilități și performanțe în manifestarea rolurilor sociale) și este ordonată prin Scala GAF, care este prezentată în altă secțiune.<sup>15</sup> Deși are valoare pragmatică pentru perioada episodului maladiv, a remisiunii parțiale și a defectului cu simptome clinice, în prezent se tinde ca evaluarea funcționării sociale să fie realizată cât mai independent de prezența sau absența simptomelor psihopatologice. În această direcție este orientată și Axa II din diagnosticul ICD-10 pe axe, dar mai ales proiectul CIADH-2.

Concepția ICD-10 de diagnostic pe axe, care a fost deja comentată, prezintă diferențe față de cea din DSM-IV. Acum se au în vedere:

**Axa I:** Toate tulburările (bolile) psihice și somatice; deci, tot ceea ce în DSM-IV apare pe axele I, II, și III.

---

<sup>15</sup> Privitor la scorul GAF și probleme conexe, a se vedea paragraful 2.9 privitor la defectul psihopatologic

**Axa II:** Nivelul de funcționare socială conceput însă diferit față de DSM-III-IV, deoarece nu se amestecă elementele psihopatologice cu disabilitatea. Se are în vedere doar aceasta din urmă, evaluată în 4 arii existențiale, cu un scor între 0 și 5.

**Axa III:** Factorii ambientali și psihosociali ce joacă un rol în apariția afecțiunii. La acest nivel sunt invocate o parte din codurile Z. Evidențierea acestora nu se referă însă doar la favorizare, determinare, declanșare, ca în DSM-IV (deci nu se are în vedere doar ultimul an) ci e gândită și din perspectiva vulnerabilizării biografice. De aceea se cer investigate și notate evenimentele nefavorabile ce au avut loc în copilărie și în anumite momente ale ciclurilor vieții. Ceea ce nu reușește însă sistemul ICD-10 de diagnostic pe axe, este clarificarea simplă și pregnantă a succesiunii biografice a acestor evenimente. În această direcție, până la ora actuală, sistemul cel mai simplu și eficient este matricea din Fișa 2 a AMDP, care eșalonează pe secvențe biografice o serie de evenimente de viață importante. Dar, atât ca listă globală, cât și din perspectiva varietății și complexității, ceea ce oferă această Fișă 2 nu acoperă sugestiile din Axa III a ICD-10, și nici chiar cele din DSM-IV. Drumul este însă deschis. Ceea ce credem că e important e faptul că actuala psihiatrie ordonată și cantitativă (de tip științific cartezian) se deschide tot mai mult spre problematica biografiei în ansamblu și a înțelegerii pluricondiționate a apariției unei stări psihopatologice. De altfel, dacă revenim la singurul sistem internațional care, în mod explicit, se referă la diagnosticarea bolilor psihiatrice din perspectiva tradiționalci Foi de observație standardizate – adică AMDP –, atunci constatăm ponderea importanței ce se acordă obținerii informațiilor despre „teren“. Din cele 5 Fișe ale sistemului standardizat, doar ultimele 2 se referă la simptomatologia episodului actual. Primele două se apleacă, în detaliu, asupra elementelor biografice. Nu se poate pune un diagnostic de tulburare psihică, fără a avea o imagine de ansamblu a omului respectiv, chiar dacă standardizată și computerizată ca în AMDP.

În sfârșit, menționăm că procesul diagnostic psihiatric este, de fapt, un eveniment ce se petrece în cadrul relației dintre două persoane umane, fiecare cu intenționalitatea sa. Elementul uman bazal, ce leagă între ei subteran persoanele, nu poate fi anulat de toate rigorile sistemelor standardizate, a cărui utilitate nu e nici ea de contestat. De aceea, în procesul de diagnostic (și orientare terapeutică), intuiția și interpretarea hermeneutică nu încetează să joace un rol important (65), (66). În plus, „celălalt“ – care face obiectul diagnosticului – este înțeles și comprehensiv de către subiectul ce diagnostichează. Între ei se poate realiza o relație interpersonal-tranzitivă, diferită de cea riguros „obiectivă“ a

diagnosticului (riguroasă, clar formulată și standardizată). Această relație este, pe de o parte, firească, ca între doi oameni ce se întâlnesc; pe de altă parte, ea poate fi marcată de doctrine interpretative, ca în cazul în care se derulează o psihoterapie. Psihologul psihodiagnostician se străduie, de asemenea, să stabilească nu propriu-zis un diagnostic aflat în inventarele oficiale, ci să afle nuanțe ale personalității, conflicte intrapsihice (conștiente sau neconștiente), particularități ale stilului și formulelor de trăire ale persoanei în cauză. Diagnosticarea formal-exactă ține de registrul causal al lui „explică“ (în perspectiva viziunii lui Dilthey-Jaspers). Există însă și complementarul relațional, care constă în faptul de a înțelege pe altul. Și apoi, formula mai specială, de a „interpreta“ (hermeneutic) existența celuilalt, care s-ar plasa la mijlocul drumului dintre cele două atitudini extreme. Oricum, diagnosticul psihiatric pendulează în permanență între judecata logică de identificare și judecata de valoare, resimțită, evaluativă și interpretativă.

## 2.11. Aspecte particulare ale tratamentului medical psihiatric

La fel ca în întreaga medicină, unii pacienți ai psihiatriei sunt tratați în instituții medicale de profil, adică în spitale. Internarea în spital înseamnă și o importantă privare a libertății civice. Pe de altă parte, internarea prelungită în spital, datorită condițiilor de subsolicitare psiho-socială, scade nivelul abilităților sociale ale pacienților, care, oricum, era redus prin natura bolii (67). S-a conturat progresiv ideea, care, apoi, a fost și demonstrată științific, că internările prelungite sunt nocive. Această concluzie a avut drept consecință, pe de o parte, modificări instituționale, cum ar fi renunțarea progresivă la marile spitale, organizarea interioară a spitalelor, astfel încât, în interiorul acestora să se practice stimulare psiho-socială. Pe de altă parte, ea a condus la modificări în atitudinea ce vizează terapia oricărui fel de tulburare psihică, cât mai aproape de locul obișnuit de habitat al subiectului suferind, cultivându-se interrelațiile cu persoanele nișei ecologice umane în care acesta trăiește (terapie familială etc.), programe diversificate de psihoterapie, de reabilitare psiho-socială, de socio-terapie, psiho-pedagogie etc. În cele din urmă, s-a ajuns la orientarea contemporană a hiatriei comunitare, ce va fi comentată în continuare.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> A se vedea capitolul 3.

Tratamentul tulburărilor (bolilor) psihice s-a făcut de mult, prin mijloace medicale biologice. Mijloacele biologice brutale, de tipul comei insulinice, pentru schizofreni, și a electroșocului, pentru catatoni și pacienții cu stupor melancolic, au dispărut sau s-au redus la minimum. Tratamentul neurochirurgical a fost și el părăsit. În schimb, în ultima jumătate a veacului XX, s-a dezvoltat extensiv tratamentul medicamentos, în conjuncție cu avansarea vertiginoasă a cunoștințelor de neuro-psiho-farmacologie. Acesta vizează atât tratamentul episoadelor curente, cât și prevenția recăderilor. Medicația neuroleptică, eficientă în psihoze, precum și cea antidepressivă, anxiolitică, sedativă, continuă să se dezvolte impetuos, plasând medicina psihiatrică alături de alte domenii ale medicinei (60).

Tratamentul psiho-social a fost utilizat de mult în cadrul instituțiilor de îngrijire psihiatrică (și în afara lor). De la sfârșitul secolului trecut și până azi s-au dezvoltat intens tratamentele psihoterapeutice de diverse tipuri, de la cele directive, de tipul sugestiei hipnotice, până la cele ce pun accent pe analiza progresivă a psihismului, urmată de reconstrucție (psihanaliza). Diverse alte tehnici, cum ar fi: terapia comportamentală și cognitivă, analiza tranzacțională, tehnica gestaltistă, psihoterapia pozitivă, diverse forme de psihoterapie familială, terapia experiențială, psihodrama, logoterapia, psihoterapia de grup și diverse combinații dintre acestea, s-au dezvoltat și se dezvoltă în continuare, adresându-se atât pacienților ce prezintă un diagnostic medical psihiatric, cât și „pacienților cu trăiri negative și cu probleme“, care au fost și ei deja menționați în marginea cazurilor riguros diagnosticabile (de ex., cei ce sunt încadrabili la codurile Z din ICD-10). Psihoterapiile sunt tratamente specializate care necesită o îndelungă pregătire a psihoterapeutului, însușirea temeinică a unor cunoștințe teoretice, a unor experiențe și metodologii practice, exerciții de auto-cunoaștere, care-l transformă interior pe cel ce aspiră la o asemenea funcție și profesie. Iar practicarea psihoterapiei este și ea un demers laborios, are durează luni sau ani de zile, obiectivul fiind cel de a modifica, în sens benefic, structura și existența altui om. O dată cu comentarea psihoterapiilor, apare un halou al cazuisticii psihiatrice medicale, în tranziția ei spre problemele existenței umane, tensionate și dramatice, firești ale oricărui om, spre „crizele“ existenței (în raport cu care se practică „intervenția în criză“ și „consiliere“ psihoterapeutică). Acest teritoriu intermediar nu trebuie neglijat. Suferința și deficitul psihic nu este pur și simplu boală în sens medical, după cum ea nu este doar mod de existență particular. Articulația între medicina psihiatrică și firescul existenței persoanei umane se face printr-un teritoriu ce are o specificitate proprie.

Menționăm, în sfârșit, zona defectului psiho-social, derivat atât din disontogeneză, cât și dintr-un episod sau boală psihică. Acesta poate beneficia, și beneficiază efectiv, de programe de reabilitare psiho-socială (69). Fostii pacienți trebuie dinamizați în direcția angajării lor în programele de terapie și reabilitare. Împreună cu familiile lor, ei trebuie să devină co-terapeuți, angajându-se nu doar în depistarea precoce a simptomelor de recădere a unei patologii psihice, ci în programe active de creștere a capacităților lor de autoîngrijire, de auto-afirmare, de creștere a unor abilități de manifestare în comunitate, de cunoaștere a drepturilor pe care le au și a mijloacelor de a-și promova ei înșiși propriile interese. În prezent, ei se organizează în asociații, care se străduiesc, prin diverse programe, să amelioreze soarta defectivilor psihici, tinzând spre o maximă integrare comunitară. Iar comunitatea, odată sensibilizată, trebuie să accepte existența acestora ca parte componentă a sa, făcând eforturi pentru asimilarea lor, luptând împotriva rejecției. O dată ce apar, în prim plan, aceste probleme, trecem spre o altă zonă a prezenței în lumea umană a oamenilor cu tulburări psihice, cea în care nu ne mai referim tensionați la scheme abstracte de referință – la construcții teoretice cât mai riguros definite – în raport cu care să definim un „caz clinic“. Ne mutăm, de fapt, într-un domeniu în care „celălalt“, suferind sau perturbat psihic, coexistă și se intersectează existențial cu noi, pe diverse căi, în mijlocul socio-culturii, deci spre înțelegerea suferindului psihic ca cetățean.

## 2. Bibliografie, note, comentarii

9. Cunoaștere științifică ce stă la baza practicării medicale; poate fi concepută (sau asimilată până la un punct) cu o teorie științifică. Deoarece, în acest caz, cunoașterea se intrică strâns cu practica, credem că ar fi mai adecvată viziunea lui Kuhn asupra teoriilor științifice și a creșterii cunoașterii, situația fiind puțin diferită de cea a științelor fizico-matematice, în care legătura cu practica umană e mai mediată. A se vedea:

– Kuhn T. S., (1976), *Structura revoluțiilor științifice*, Ed. Științifică și Enciclopedică, București.

10. Problema „cazului“ în știință s-a dezvoltat și ea de-a lungul istoriei. Dacă, fr. Bacon, în *Novum Organon*, inventaria o sumedenie de cazuri cu diverse valențe în cunoaștere, după dezvoltarea teoriei „teoriilor științifice“ în sec. XX, problema „cazului“ a căpătat mai multă pregnanță și importanță în științele umane. A se vedea bibl. 7, capitolul „Tipologie“, p. 143–152.

11. Rolul major pe care l-a jucat Kraepelin în structurarea modelului medical al medicinei este consemnat de toate istoriile psihiatriei. Menționăm:

a) Kofle, K., (1956), *Grosse Nervenärzte*, Ed. G. Thieme, Stuttgart, Band I, p.175–196;

b) Alexander, E.G., Selesnick, S.T., (1972), *Histoire de la Psychiatrie*, Ed. Colin, Paris, p.180–183;

c) Postel, J., Quetel, Cl., (1983), *Nouvelle histoire de la Psychiatrie*, Ed. Privat, Toulouse.

În plus, există studii speciale, în acest domeniu, care au folosit arhivele Kraepelin de la Heidelberg; menționăm:

d) Kick, H., (1981), „Der Forschungsansatz Kraepelins aus der Sicht seiner klinischen Praxis“, in *Fortsch. Neurol. Psychiat.*, 49, p. 259–264.

12. Tyrer, P., Steinberg, D., (1993), *Models for Mental Disorder*, Ed. John Wiley & Son, New York.

În această carte, autorii prezintă, alături de „modelul medical“ și următoarele: – modelul social (acesta va fi comentat parțial în cap. 2 și parțial în cap. 3); modelul psihanalitic; – modelul comportamental-cognitivist; – modelul fenomenologic; – modelul developmental; (acestea vor fi comentate în cap. 4 și 5, ale lucrării de față).

13. Jaspers, K., (1965), *Algemeine Psychopathologie*, 8 Aufl., Ed. Springer, Berlin.

14. Glatzel, J., (1978), *Algemeine Psychopathologie*, Ed. Enke, Stuttgart, p. 241–251.

15. Lăzărescu, M., (1994), *Psihopatologie Clinică*, Ed. Helicon, Timișoara.

16. Petrilowitsch, N., (1960), *Abnorme Persönlichkeiten*, Ed. Karger, Basel.

17. Leonhard, K., (1972), *Personalități accentuate*, Ed. Enciclopedică, București.

18. Zuckerman, M., (1999), *Vulnerability to Psychopathology*, American Psychiatric Association, Washington.

19. Zubin, J., Spring, B., (1977), *Vulnerability – a new view of schizophrenia*, Journ. Abnorm. Psychol. 88, p.103–126.
20. Rutter, M.,(1985), „Resilience in the face of Adversity. Protective factors and Resilience to Psychiatric Disorder“, Brit. J. of Psychiatry, 147, p. 598–611.
21. Cicchetti, D., Cohen, D.J., (1995), *Developmental Psychopathology*, Ed. John Wiley & Sons, New York, vol. I, vol. II. Acest amplu tratat va fi invocat în repetate rânduri, mai ales în Cap. 4. Pentru tema în discuție, la acest nivel, referința este la următoarele capitole din vol. II:
  - a) Masten, A.S., Coatsworth, J.D., „Competence, Resilience and Psychopathology“, p. 715–752.
  - b) Cohler, B., Statt, F.M., and all: „Adversity, Vulnerability, and Resilience: Cultural and Developmental Perspectives“, p. 753–800.
  - c) Staundinger, U.M., Marsiske, M. and all: „Resilience and Reserve Capacity in Later Adulthood: Potentials and Limits of Development across the Life Span“, p. 801–848.
22. Gooding, D.C., Iacono, W.G.: „Schizophrenia through the Lens of a Developmental Psychopathology Perspective“, in Cicchetti et al (21), p. 353–580.
23. Tellenbach, H., (1983), *Melancholie*, 4 Aufl., Ed. Springer, Berlin.
24. Kraus, A., (1977), *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver*, Ed. Enke, Stuttgart.
25. Kraus, A., (1988) „Ambiguitätsintoleranz als Persönlichkeits-variable und Strukturmerkmal der Krankheits-phänomene Manisch-Depressiver“, in *Persönlichkeit und Psychose*, Ed. Janzarik W. (Hrsg), Ed. Enke, Stuttgart.
26. Lăzărescu, M., Nicoară, O. „The Life Cycles and the Life moments with increased vulnerability“, comunicare la 9th World Congress of Psychiatry, Rio de Janeiro, June 6-12, 1993, Brasil, Abstracts 225.
27. Semiologia psihiatrică va fi prezentată, așa cum rezultă din text, doar sub forma sindroamelor-tipice-standard. Conform tradiției, aceasta „semiologie psihiatrică“ a oscilat permanent între simptom-sindrom și complex sindromatic malativ. Dacă nu se face o diferențiere între aceste ipostaze, atunci se poate susține că întreaga semiologie psihiatrică (=psihopatologie descriptivă) a fost înregistrată și elaborată încă din sec. XX. A se vedea:
  - Berrios, G.E., (1996), *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*, Cambridge University Press.
28. Semiologia psihiatrică este inclusă în orice manual sau tratat de psihiatrie. Vom prezenta două exemple recente:
  - a) Mullen, P. E., (1997), „The mental states of mind“, in Murray R., Hill, P. and all, *The Essential of Postgraduate Psychiatry*, Third edition, Cambridge University Press, p. 3–40;
  - b) Sadock, B. J., (2000), „Signs and Symptoms in Psychiatry“, in Kaplan & Sadock's, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, seventh edition, Lipicott Williams & Wilkins, vol. 1, p. 677–689.

29. Pe lângă prezența semiologiei psihiatrice în manuale și tratate, s-au publicat cărți centrate pe această temă, dintre care menționăm:
- a) Sims, A., *In the Mind*, Ed. Bailliere Tindall, London. Cartea a fost și rămâne, și în zilele noastre, principalul manual de semiologie psihiatrică, după care studiază rezidenții și la care fac apel specialiștii britanici; diferența între simptom și sindrom nu e comentată;
  - b) Scharfetter, G., (1980), *General Psychopathology*, Cambridge University Press. Sinteza pe care o realizează autorul – și care ține cont de toate contribuțiile importante în domeniu, inclusiv cele ale psihopatologiei cu orientare fenomenologico-existențialistă – a stat la baza sistemului AMDP. Distincția dintre simptom și sindrom nu e, nici în această lucrare, comentată suficient. În schimb, în sistemul AMDP, simptomele sunt grupate în clase care sugerează sindroame sau entități maladive.
  - c) Glätzel, J., (1981), *Spezielle Psychopathologie*, Ed. Enke, Stuttgart.
30. SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*), 1992, OMS Geneva. Lucrarea are 2 volume. Primul e centrat pe listarea și definirea simptomelor. Este cea mai riguroasă și explicită circumscrisere a acestora, în ultimele decenii. Simptomele sunt grupate în secțiuni care ar putea – în ansamblul lor – constitui nucleul unor sindroame. De fapt, „sindroamele-tip“, comentate în lucrarea de față, rezultă de obicei din reuniunea mai multor astfel de secțiuni. În lucrare nu e teoretizată diferențierea dintre simptom, sindrom și episod psihopatologic. În schimb, ea beneficiază de un interviu semi-structurat (vol. II al lucrării) și de o posibilă prelucrare pe calculator a datelor.
31. DSM-IV (1994), *Manual of Mental Disorders*, Pub. American Psychiatric Associations, Washington D.C. Acest manual va fi invocat de mai multe ori în prezenta lucrare, împreună cu predecesorul său (DSM-III-1980 și DSM-III-R). El este menționat la acest nivel deoarece, în esență, este o corelație de definiții operaționale ale sindroamelor psihopatologice. Deci, se plasează la alt nivel, decât SCAN. Nici în acest manual nu se găsește un comentariu riguros referitor la distincția dintre simptom-sindrom-episod psihopatologic – boală psihică.
32. Ban, Th, CODE-DD (1989), *Composite Diagnostic evaluation of Depressive Disorder*, IUNCP Company, Nashville. Menționăm această lucrare, deoarece proiectul CODE (din care au apărut doar 2 volume din 12 proiectate) avea în vedere inventarierea tuturor simptomelor și sindroamelor prezente într-o tulburare clinică (adică ce poate fi identificată ca un episod maladiv sau boală psihică). Autorul face rezumatul tuturor elaborărilor științifice în domeniul respectiv, de la începutul sec. XX și până către sfârșitul său, încercând să transpună datele de literatură în definiții operaționale. Sunt avute în vedere și toate RDC-urile publicate și funcționale până la data apariției. Deși nu există o formulare teoretică explicită, apare ca evidentă diferențierea între simptom-sindrom-episod maladiv. Manualul beneficiază și de un interviu semistrukturat, de o scală de evaluare și de o posibilă prelucrare pe calculator.

33. Cutting, J., (1997), *Principles of Psychopathology*, Oxford University Press, New York. Lucrarea are intenții filosofice, autorul considerând ca cei mai apropiați, de propriile preocupări, pe Schopenhauer și Bergson. În fapt, cartea urmărește corelația între diverse simptome psihopatologice (reunite în câte un capitol ce ar putea semnifica aria sindromatică) și diverse disfuncții cerebrale, mai ales în perspectiva asimetriei dintre cele două emisfere. O menționăm la acest nivel, datorită faptului că urmărește cu hiperpedanterie cât mai multe (dacă nu toate) simptomele (sindroamele) psihopatologice care au fost descrise de-a lungul timpului.
34. ICD-10 (1998), *Clasificarea tulburărilor mintale și comportamentale*, Simptomatologie și diagnostic clinic, Ed. All, București.
35. AMDP (2000), Preisig, M., Serre, Ch. et all, *Manuel de documentation de la psychopathologie*, Hogrefe-Verlag GmbH & Co.KG, Göttingen.
36. Veil, N.O., (1985), „Dimension of Social Support: a conceptual framework for research“, în *Social Psychiatry*, 20, 160–162.
37. Berner, P., et all, (1987), *Criteres diagnostiques pour les psychoses schizophréniques et affectives*, Ed. Expansion Scientifique Francaise, Paris.
38. Akiskal, H.S., „Mood disorders: Introduction and Overwiev“, in Kaplan & Sadock *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2000), Williams & Wilkins, Philadelphia, 1284–1298.
39. Mundt, Ch., Sass, H., (1992), *Für und wieder die Einheitspsychose*, Ed. Thieme, Stuttgart.
40. McGorry, P. P., Edwards, J. E., Ed., (1997), *Early Psychosis Training Pack*, Maudsleyfield, U.K.
41. Ienciu, M. et all (2001), *Managementul primului episod psihotic*, Ed. Promotal, București.
42. Samuel-Lajeunesse, B., (1994), „Psychoses délirantes aiguës“, in *Encyclop. Med. Chir.*, 37–230-A.10.
43. Leonhard, K., (1979), *The classification of Endogenous Psychoses*, John Wiley, New York.
44. Perris, C., (1991), „Cycloid psychotic Disorders“ in Seva, A. Ed., *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*, Saragossa, Vol.1, 1000-1009.
45. La Bruyere, (1966), *Caracterele*, Ed. pentru Literatură, București.
46. Kretschmer, E., (1949), *Medizinische Psychologie*, 1 Aufl., Ed. Thieme, Stuttgart.
47. Pervin, L.A., John, O.P., (1999), „Handbook of Personality“, Second Edition, The Guilford Press, New York: Clark L.A., Waston D., *Temperament: A New Paradigm for Trait Psychology*, p. 389–423.
48. Schneider, K., (1950), *Die psychopathischen Persönlichkeiten*, 9 Aufl, Ed. Deuticke, Wien.
49. Cleckley, H., (1976), *The mask of Sanity*, 5th ed., CV Mosby, St. Louis.
50. Millon, Th, Davis, R.D., *The Development of Personality Disorders*, in Cichetti, *Developmental Psychopathology* (21), vol. II, p. 633–673.

51. Pfohl, B., Strangl D. et al., (1983), *Structured interview for DSM-III Personality, SIDP*, University of Iowa.
52. Tyrer, P., Ed. Et al. (2000), *Personality Disorders: Diagnosis, Management and Course Second edition*, in Butterworth Heidemann, Oxford.
53. Widiger, T. A., Verheul, R., et al., „Personality and psychopathology“, in Pervin Handbook of Personality (39), p. 347–366.
54. Tyrer, P., Gunderson J., and all, (1997), „Special feature extent of comorbidity between mental state and personality disorders“, J. of Pers. Dis., 11(3), p. 242–259.
55. Lyons, J., Tyrer, P. et al., (1997), „Special features: a heuristic models of comorbidity of axis I and axis II disorders“, J. of Person. Dis., 11 (3), p. 260–269.

Problema corelației între tulburarea episodică (axa I) și cea de fond a personalității (axa II) a fost anunțată din capitolul vulnerabilitate în psihopatologie, unde a fost invocată lucrarea recentă a lui Zuckerman (18). Atragem doar atenția asupra faptului că acest domeniu este, în continuare, studiat cu insistență.

56. Millon, Th., Simonsen, E., et al. (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York.
57. Livesley, W.J., 1991, „Classifying personality disorders, ideal types, prototypes as dimensions?“, J. of Pers. Dis., 5 (1), p. 52–59.
58. Sim, J. P., Romney, D.M., (1990), „The relationship between a circumplex model of interpersonal behaviour and personality disorders“, J. of Pers. Dis., 4 (4), p. 329–341.
59. Huber, G., (1981), *Psychiatrie*, Schattauer Verlag, Stuttgart.
60. „Multiaxial Presentation of the ICD-10 for use“ in *Adult Psychiatry* (1997), WHO Geneva, Cambridge, University Press.
61. Psychiatric Disability Assessment Schedule – DAS (1988), WHO Geneva.
62. Clasificarea Internațională a Afectărilor, Activităților și Participărilor, (CIADH-2) versiunea Beta 1 (1997), WHO Geneva (traducere autorizată în limba română – Dr. R. Vraști), Jabel.
63. CIDI – Composite International Diagnostic Interview (1993), WHO Geneva.
64. SCID-I, Clinical Version (1996), First M.B., Spitzer R.L. et al., Columbia University, New York.
65. Kraus, A., (1996), „Die Bedeutung der Intuition für die psychiatrische Diagnostik und Klassifikation“ in Sass, H, Ed. Psychopathologische Methoden und Psychiatrische Forschung, Gustav Fischer, Jena Stuttgart.
66. Blankenburg, W., „Brief contribution to the problem of indications for hermeneutics in psychiatry“, Rev. Intern. de Psychopath., PUF, nr. 2, p. 297–305.
67. Wing, J. K., Brown, G. W., (1970), *Institutionalism and Schizophrenia*, Cambridge University Press.
68. Problema tratamentului medicamentos, în psihiatrie, este așa de vastă încât, în acest paragraf, e doar menționată, fără a se mai încerca o bibliografie.
69. Ienciu, M. et al., (1999), *Reabilitarea psiho-socială în schizofrenie și alte tulburări psihotice*, Ed. Augusta, Timișoara.



## 3. SUFERINDUL PSIHIC CA CETĂȚEAN

### 3.1. Aspecte generale

Membrii unei comunități istorico-culturale pot avea diverse grade de independență și identitate, pot fi circumscriși prin diverse statute și roluri, pe care le joacă în colectivitatea respectivă, continuu sau episodic. Există un nivel supraindividual al existenței omenești care se definește prin instituții și limbaj discursiv-critic, prin norme și legi, prin mitologii, tradiții, teorii științifice, cultură, spiritualitate. Tot la un nivel supraindividual funcționează esențialul practicilor omenești, constând din educație și justiție, medicină, legislație, război, muncă productivă sau „practică sacrală”. Familia este deja, în mare măsură, o instanță supraindividuală. Cu atât mai mult, instituțiile prin care se realizează diverse practici. Și, la fel, comunitățile de locuire – rurală, urbană – structurile societății civile la nivel zonal, național, sau supranațional. Toate aceste aspecte ale antroposului nu sunt posibile fără de activitatea și interacțiunea persoanelor umane conștiente, normale psihic, suferinde sau geniale. Dar și perspectiva inversă este valabilă.

Bolnavii psihici, ce erau îngrijiți pe lângă mănăstiri, în „bolnițe”, făceau parte efectiv din comunitatea locului. La fel ca cei închiși în marile câmpuri de concentrare ale Vremii Rațiunii – despre care vorbea Foucault – sau alienații mintali din azilele sec. XIX și XX. Chiar dacă ei nu reușeau să aibă un cuvânt semnificativ de spus în derularea destinelor comunității și chiar dacă despre ei se vorbea puțin, această comunitate umană nu poate fi exclusă din ansamblul „complexului de minorități” pe care-l formează o societate dată, așa cum s-a menționat la începutul acestei lucrări. La fel cum, pe vremuri – de fapt, până nu demult – erau și sclavii. Sau, din altă perspectivă, cei condamnați juridic să execute o pedeapsă.

Comparația cu condamnatul juridic o considerăm importantă. Și acesta este un „alienat“, o persoană ce e înstrăinată, temporar sau definitiv, de la participarea efectivă la destinele comunității, un marginalizat social. Și aceasta, nu doar dacă e închis într-o ocnă de sare sau într-o închisoare, ci și dacă e decăzut din drepturile civile, dacă are domiciliu forțat, dacă e expulzat – ca Ovidiu, în zona Pontului Euxin – sau este ostracizat, ca pe vremuri, Temistocle. Cel condamnat juridic se află însă în situația sa specială în urma deciziei factorilor responsabili ce animă și susțin practica judiciară a unei comunități, ca urmare a violării, de către el, a normelor juridice care o guvernează, în condițiile unui discernământ valoric personal păstrat. E de așteptat ca, în perioada executării pedepsei, el să parcurgă o conversiune „moral-spirituală“, pentru a se putea reintegra în viața comunității respective, reluându-și, ulterior, participarea activă, firească și responsabilă la destinul său și al celorlalți.

În cazul alienatului mintal, neparticiparea sa la rosturile comunității rezultă dintr-o incapacitate și distorsiune interioară a psihismului său conștient. Internarea sa în azil sau spital consfințește, în primul rând, această deficiență, această perturbare dizarmonică a persoanei. Dar, acum, plasarea sa într-o instituție care e mai mult sau mai puțin privativă de libertate, neimplicarea sa în comunicarea cu alții și coparticiparea la „treburile cetății“, poate accentua și agrava minusul antropologic în care s-a prăbușit; adică, alienarea sa. De aceea, el are nevoie, pe lângă tratamentul specific medicamentos, de stimulare psihosocială, structurată științific. În cursul sec. XX, internarea suferinzilor (bolnavilor) psihici în spitale de psihiatrie a ajuns să aibă ca scop deliberat tocmai oferirea acestei șanse de reechilibrare prin terapie complexă, medicamentoasă, psihoterapeutică, de stimulare și reabilitare psiho-socială, astfel încât ei să fie pregătiți pentru a reîntra firească în comunitatea semenilor.

Recluziunea alienaților mintali, implicând privarea lor de libertate în sens socio-juridico-politic, se desfășura în paralel cu o serie de condiții de viață caracterizate prin monotonie, reducere a stimulării, stereotipie (în plan informațional, al acțiunii, al relațiilor cu alte persoane și cu situații noi). Pentru cel condamnat juridic, această situație realizează o pedeapsă, care-l face să-și dea seama de ceea ce a pierdut, să-i creeze condițiile de meditație pentru o reconversie interioară; și, odată eliberat, să înțeleagă mai bine rostul fiirecului și bogăției libertății vieții de zi cu zi. Pentru suferindul (alienatul) mintal, condițiile menționate reprezintă o situație ce poate agrava starea sa psihopatologică. Adică, lipsa stimulării îl face să-și piardă și mai mult curiozitatea, dorința de asociere și colaborare, interesul pentru informații și noutăți, tendința de a acționa, de a face

ceva semnificativ și util, de a crea. Substimularea instituționalizării clasice agravează progresiv suferința (boala) psihică, favorizând cronicizarea (67).

După mijlocul sec. XX, în Europa și America de Nord se produce o schimbare de mentalitate privitoare la bolnavul psihic, în ceea ce privește relațiile sale cu ceilalți, cu comunitatea. Aceasta s-a petrecut în paralel cu descoperirea unor medicații biologice mai eficiente, ce cresc șansa remisiunii și diminuează recăderile. Dar și concomitent cu o tendință crescută anti-dictatorială și pro-democratică, în consonanță cu „Declarația drepturilor omului” și cu promovarea ideii de sorginte kantiană, a respectului nelimitat pentru persoana umană „în sine” (care nu trebuie abordată, din principiu, ca mijloc „utilitar”). Câteva aspecte de bază ale acestei orientări pot fi considerate următoarele:

- Mutarea accentului de la îngrijirea în instituții bine delimitate de marea societate, spre acordarea tratamentului și sprijinului cât mai aproape de locul de existență a individului.

- Sectorializarea îngrijirilor, în sensul că o zonă comunitară, pe cât se poate nu prea mare și relativ bine delimitată, să-și ia responsabilitatea prevenției, tratamentului și îngrijirii propriilor cetățeni vulnerabili sau care ajung să se decompenseze sub forma unei tulburări psihice. Acest fapt nu e posibil fără acțiunea conjugată a unei echipe complexe, din care psihiatrul este doar unul din membri, alături de psiholog, asistent medical și social, sociolog, ergoterapeut.

- Creșterea toleranței populației față de bolnavul și defectivul psihic, față de cei ce au trecut prin boală sau pentru cei vulnerabili.

- Interesul acordat bunei funcționări a vieții de zi cu zi în comunitatea umană firească și apropiată, a persoanelor ce au avut sau au tulburări psihice de diverse tipuri și cu intensități. Aceasta înseamnă un interes crescut pentru detaliile vieții în comunitate. Și, în cele din urmă, pentru calitatea vieții ce o trăiește suferindul psihic și cei ce-i sunt apropiați, pentru nevoile pe care ei le resimt – și ar fi firesc să le pretindă – conjugate cu ofertele pe care comunitatea zonală i le poate oferi.

- Diversificarea ofertelor pentru „beneficiarii” serviciilor de sănătate mintală, care ar urma să nu mai depindă doar de zona medicalizată a societății, ci să cuprindă diverse sectoare ale comunității, inclusiv voluntari și familii substitutive.

Acest scurt inventar problematic, ce va fi parțial dezvoltat în continuarea capitolului, aduce în discuție un aspect special al psihiatriei, altul decât cel clasic al „psihiatriei clinice” bazată pe studierea și tratarea bolnavului mintal instituționalizat în clinica de psihiatrie. Este vorba de ceea ce a fost denumit în

ultimelc decenii ale sec. XX drept „psihiatric comunitară“. Și care, se articulează strâns cu mișcarea ce s-a autointitulat „promovarea sănătății mintale“, înțeleasă într-un sens pozitiv antropologic (echilibru, armonie, creativitate, împlinire etc.) și nu doar ca lipsa suferinței și bolii psihice (70). Faptul că, anul 2001 a fost decretat de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS) Anul sănătății mintale, capătă în acest sens o semnificație cu totul deosebită, la început de veac și de mileniu.

### 3.2. Reforma instituțională

Încă din secolul trecut s-a ridicat problema diferențierii dintre internarea voluntară (la cerere) într-o instituție de psihiatric și cea obligatorie, involuntară. Această problemă nu a fost însă dezbătută serios până în ultimii 50 ani. În mod tradițional, pentru internare existau la dispoziția celor tulburați mintal (a „bolnavilor mintali“, a „nebunilor“) azile sau spitale de psihiatric. Ele continuau ideea segregării acestor oameni, atitudine începută în Europa încă din sec. XVII. Adică, instituțiile respective erau construite în afara sau la marginea comunităților umane, stabilindu-se astfel și fizic o îndepărtare de acestea. Idee ce a fost preluată de spitalele sau secțiile de boli contagioase și boli dermato-venereice. Aproximarea dintre aceste trei domenii de patologie, pe care societatea dorea „să le țină la distanță“, s-a menținut până în sec. XX. Fiind concepute ca entități relativ izolate, spitalele de psihiatric au trebuit să se doteze, prin structură și organizare, cu toate cele necesare. De aceea, încă din secolul trecut, ele și-au organizat în jurul lor terenuri agricole, gospodării anexe de creștere a animalelor, moară, brutărie, diverse ateliere (în țara noastră avem exemplul Spitalului de la Sibiu, construit în mijlocul secolului XIX). În toate aceste locuri de muncă puteau activa și cei internați, instituindu-se un fel de ergoterapie. Se menținea astfel autonomia, dar și separarea spitalului de restul comunității.

Evoluția a fost în mai multe direcții. Pe de o parte, prin expandarea orașelor în sec. XX, multe spitale, ce se aflau în afara sau la periferia acestora, au ajuns să fie incluse în urbe (de exemplu, Socola la Iași și Spitalul Obregia la București). Pe de altă parte, ideea ca un spital de psihiatric (de „neuro-psihiatric“) să fie plasat chiar în comunitatea urbană, nu a mai fost refuzată. O altă idee a fost aceea ca spitalele generale, cu diversele lor specialități, să fie clădite într-o zonă care să cuprindă și un pavilion de psihiatric (de obicei, plasat mai la marginea celorlalte

clădiri, ca la Cluj și Lugoj, în țara noastră). Ideea unor „secții de psihiatrie“ a spitalelor generale s-a dezvoltat progresiv, mai ales după 1950, fiind, în prezent, unanim acceptată. Prin aceasta, pacientul cu tulburări psihice este formal asimilat celorlalți bolnavi; se reduce segregarea și se evită internările prelungite, mult mai dificile într-o secție psihiatrică a unui mare spital decât într-un spital de psihiatrie izolat.

Trecând în revistă diverse modalități de îngrijire din perspectivă instituțională, dar și „spațială“, putem menționa următoarele aspecte, prezente și în psihiatria contemporană (71).

**Internarea în Staționarul (Spitalul) de zi.** Acest model a început să funcționeze din prima jumătate a veacului XX, dar în ultimele decenii s-a dezvoltat impetuos. Pacientul beneficiază de o internare parțială (6–8 ore/zi), în rest, întorcându-se la domiciliu și în comunitate. Alături de internările scurte, ce deveneau posibile prin secțiile de psihiatrie ale spitalelor generale, Staționarul de zi asigură o serie de facilități, între care menționăm:

- Posibilitatea unei readaptări progresive la viața familială și socială, după o internare mai îndelungată sau mai scurtă într-un spital sau o secție de psihiatrie. Pacientul rămâne sub supraveghere, astfel încât modul și posibilitățile sale de adaptare pot să fie observate atent.

- Posibilitatea unei observații și a unui diagnostic nuanțat, fără o internare propriu-zisă; iar drept consecință, prescrierea celui mai adecvat mod de terapie, fără o ruptură în raport cu relațiile și preocupările sale firești.

- Posibilitatea dezvoltării progresive a unor programe de reabilitare pentru pacienții cu defect nu doar clinic, ci și social. Și la fel, începerea unui program de psihoterapie.

Mai este de menționat că formula Staționarului de zi este mai ușor acceptată de către pacienți și de către familiile lor și este mai ieftină în perspectiva cost/eficiență. Acest tip de instituție, precum și altele, ce le vom menționa, scurtează efectiv durata internărilor în spitalele de psihiatrie, reducând consecințele psihologice negative ce rezultă din spitalizări prelungite și, implicit, costurile ridicate pe care le presupun.

**Centrul de Sănătate Mintală (C.S.M.).** Acesta este o instituție plasată în ambulator, menită să realizeze și să coordoneze o serie de acțiuni pentru pacienții psihici aflați în comunitate, preluați în evidență și monitorizare, în vederea prevenției primare, secundare și terțiare, inclusiv în sensul dirijării spre programe de reabilitare. Desigur, el se articulează flexibil și eficient cu celelalte instanțe instituționale deja amintite. Activitățile C.S.M. se întind pe o arie largă, astfel încât

implică și alte aspecte instituționale ce vor fi menționate în continuare. Între serviciile, funcțiile și instituțiile corelate C.S.M. menționăm:

– Supervizarea dezvoltării și de-a lungul ciclurilor vieții a cazurilor cu risc crescut pentru îmbolnăviri psihice;

– Evidența și „managementul” persoanelor cu tulburări psihice, reziduale, cu stări defective sau a celor rămași vulnerabili după episoade psihopatologice. În unele țări, inclusiv România, această activitate este tradițional cunoscută sub denumirea de „dispensarizare”. În cadrul C.S.M. pentru adulți funcționează, de obicei, o echipă complexă, formată din psihiatru, infirmier specializat, asistent social, psiholog, ergoterapeut, psihopedagog și posibil alți specialiști (precum sociolog, jurist etc.). Cazurile pot fi îndrumate către C.S.M. de Spitalele sau Serviciile de psihiatrie, de Staționarele de zi sau medicii de familie. Ele sunt evaluate nu doar din punct de vedere psihopatologic, ci și a eventualei „defect social”, disabilitate, handicap sau dificultate de funcționare în roluri, ceea ce duce la un deficit de integrare socială. Și, de asemenea, din perspectiva locuinței, a relațiilor cu familia și vecinii, a desfășurării vieții zilnice. Obiectivul managementului este obținerea și menținerea unei cât mai bune stări mintale și de inserție socială. Se au în vedere administrarea constantă a tratamentului medicamentos de întreținere, fapt ce presupune o bună complianță, dar și diverse terapii psihologice (individuale, familiale etc.), programe de reabilitare, rezolvarea unor probleme sociale (locative, sau legate de drepturile civile), urmărirea și tratamentul cazului, cu ocazia decompensărilor scurte sau mai prelungite, dar nu intense. Medicul psihiatru este figura centrală în funcționarea echipei. Dar, pentru anumite cazuri, mai importante pot fi problemele psihoterapeutice girate de psiholog sau cele sociale girate de asistentul social. De aceea, după o temeinică evaluare, echipa definește din rândul ei, pentru fiecare caz, un anumit „manager”, bine determinat, care preia supervizarea tuturor problemelor „consumatorului de sănătate mintală”, deci a cazului respectiv, indiferent de specialitatea acestuia. Acesta ține evidența stării de sănătate și inserție socială, a tuturor problemelor sale, a eficienței tuturor intervențiilor pe care le realizează echipa terapeutică. El însoțește cazul la urgențe sau cu ocazia internărilor, menține legătura cu familia, dar și cu medicul de familie sau cu alte servicii medicale în cazul apariției unor boli somatice. Periodic, întreaga echipă face bilanțul cazului, iar, după necesități, unii din membrii acesteia se implică temporar mai mult pentru soluționarea diverselor probleme specifice.

– Staționarele de zi și centrele de sănătate mintală activează, de obicei, în corelație și articulație cu un serviciu clinic, cu paturi, aflat și el în comunitate, într-un anumit teritoriu, nivel la care se rezolvă și „urgențele psihiatrice”. Aceste

urgențe sunt de mai multe tipuri. Unele se referă la stările de agitație agresivă sau de mare pericolozitate (pentru sine și pentru alții) ale bolnavilor psihici, fapt ce necesită o internare. În schimb, altele se referă la stări de „criză sufletească“, individuală sau a cuplului, a familiei. Aceasta necesită „intervenția în criză“ care, de obicei, constă în discuții de tip psihoterapie, în diverse forme de „consiliere psihologică“, de variate intensități și durate. Consilierea se realizează nu numai la nivelul C.S.M., ci și în familie, în școli, la locul de muncă etc., prin deplasarea unei echipe mobile.

În același context se cer menționate liniile telefonice de urgență pentru persoanele cu ideatie și intenție suicidară („hotline“). Acestea necesită prezența, 24 de ore continuu, a unor persoane competente la capătul unui telefon al cărui număr e cunoscut de comunitate, la care se poate vorbi gratuit. Cei ce prestează astfel de servicii nu sunt, de obicei, medici, ci persoane special instruite, cu formare sau înclinație în direcția psihologiei, asistenței sociale, psihopedagogiei. Astfel de servicii se pot corela cu activitatea C.S.M. sau pot funcționa independent.

**Cluburile psihiatrice.** Acestea reunesc, o dată sau de două ori pe săptămână, într-un anumit loc, câțiva pacienți („beneficiari“ ai serviciilor de sănătate mintală) care petrec un timp împreună, de obicei cu activități de socioterapie, ocupaționale, sportive și distractive. Ocazie pentru a crește interacțiunea dintre aceștia, de a favoriza noi relații interumane și, în general, integrarea socială a pacienților. Aceștia urmează și alte programe de reabilitare, mai țintite, cum ar fi: – Antrenamente pentru creșterea capacității de a rezolva probleme și de a interacționa cu alții; – Activități de melo și kinetoterapie realizate în grup (formele concrete pot fi foarte variate: audieri muzicale, practicarea activă a muzicii vocale și instrumentale, spectacole muzicale, kinetoterapia de grup, jocuri sportive, piscinoterapie etc.); – Activități de exprimare plastică și de creativitate prin desen și pictură, reproductivă și productivă, activități cu materiale plastice, țesături și împletituri etc.; – Programe țintite pe anumite defecte psihopatologice, cum ar fi cele de atenție și memorie (de ex., programe IPT în schizofrenie) etc.

**Centrele de reabilitare psiho-socială.** Acestea au ca obiectiv esențial creșterea autonomiei și a integrării sociale a persoanelor cu tulburări sau defecte psihice. Există mai multe nivele și obiective ale reabilitării. Aspectul esențial este cel al menținerii sau creșterii, până la un nivel optim, a capacităților de auto-îngrijire, de viațuire decentă, coerentă și eficientă acasă, în familie și comunitate, fără efectuarea unor sarcini speciale. Acest obiectiv minimal cuprinde: menținerea igienei personale; – menținerea ordinii și curățeniei în propria casă;

– minime abilități de autogospodărire în perspectivă alimentară; – abilitatea deplasării în comunitate, inclusiv cu mijloacele de transport în comun; – utilizarea banilor; – efectuarea de cumpărături strict necesare; – menținerea unor relații civilizate cu vecinii. Pentru atingerea acestui obiectiv există programe de antrenament în „exercitarea abilităților pentru viața cotidiană”, pe care le poate practica un specialist în terapie ocupațională (ergoterapie), dar și un asistent social, un psiholog, un infirmier calificat și antrenat adecvat. Programele au drept punct de plecare inventarul abilităților și modalităților efective de desfășurare a vieții cotidiene ale unui individ dat și se realizează printr-un plan de exerciții. Se speră într-o ameliorare evidențiable obiectiv, după un anumit timp.

– La un nivel puțin crescut și diferențiat, reabilitarea psiho-socială (r.p.s.) are și alte obiective, precum: asigurarea unor contacte și relații interumane suficiente, marcate de coexistență, cooperare, integrare, participare la unele aspecte ale vieții sociale; – stimularea exercitării unor roluri sociale bazele, cel puțin la nivel minimal. Pentru asigurarea acestor obiective, echipa ce supraveghează managementul cazului, fie că e plasată într-un C.S.M., fie într-un staționar clinic sau de zi, sau într-o policlinică, apelează la diverse acțiuni menționate în paragraful precedent (privitor la „cluburile psihiatrice”), precum și la alte metode psiho(socio)terapeutice. Locul de desfășurare al programelor poate fi în staționare (cu internare completă, staționare de zi și/sau de noapte), precum și în C.S.M. (cu structurile ce-i pot fi complementare), sau acasă. Semnalăm de la acest nivel perspectiva – pe care psihiatria comunitară a cultivat-o – ca o „echipă mobilă” (sau unu, doi membri ai acesteia) să se deplaseze la domiciliul pacientului, cel puțin temporar, pentru a iniția și desfășura activități dintre cele menționate în acest paragraf.

Exercitarea rolurilor sociale de autoîngrijire, habitat, marital, parental, de relaționare socială pe teme diverse, poate fi realizată prin instanțele deja menționate. În cazul rolului social profesional, situația devine diferită, în măsura în care se are în vedere fireasca sa exercitare, ca persoană angajată nediscriminator în plan comunitar, cu drepturile, obligațiile și remunerația respectivă. Acesta este un obiectiv major al reabilitării vocaționale. Realizarea sa, în timp, presupune depășirea unor stadii de etapă. Un rol important îl joacă terapia ocupațională, ergoterapia, antrenamentul pentru exercitarea unei profesii. Importante sunt și „atelierile de antrenament și de lucru protejate”. În acestea, individul exersează alături de instructori și alte persoane neafectate mintal, în exercitarea unor deprinderi pentru producerea unor bunuri sau servicii utile comunității. Subiectul trebuie să fie motivat pentru aceasta, fapt ce, uneori, pre-

supune o fază preliminară de pregătire. În final, realizarea unor produse ce pot fi valorificate material – pacientul fiind recompensat în consecință – este un factor important al creșterii stimei de sine, al sentimentului de independență și autonomie. Faptul se poate realiza în diverse instituții de tip „atelier protejat”, plasat fie în orbita serviciilor medicale, fie în cea a asociațiilor nonguvernamentale a pacienților și/sau aparținătorilor lor, fie într-un sistem oficial zonal, național care susține legislativ, prin anumite facilități, astfel de „locuri de muncă” în instituțiile ce acționează pe piața concurențială. Ultimul obiectiv este reinsertia profesională completă, nediscriminatorie și liberă de orice condiționare administrativ-legislativă, care redă subiectului sentimentul existenței sale depline și firești de cetățean al comunității.

Un alt aspect important îl constituie locuințele protejate, așa-numitele „hostel”-uri. Ele sunt plasate în comunitate, printre locuințele cetățenilor obișnuiți, având diverse forme de organizare (garsoniere, locuințe pentru 2-3 persoane, sau cu structură familială). Aici stau persoane ce au trecut printr-un tratament psihiatric, rămânând în condiția „managementului” de caz. Persoanele în cauză se autogospodăresc, pot participa la activitatea staționarului de zi, la C.S.M., la cluburi, ateliere protejate și alte diverse forme de psiho-socio-terapie sau de reabilitare psiho-socială. Ele sunt, parțial, supervizate de echipa ce realizează managementul. Trăind majoritatea timpului în comunitate și nu în spital, se evită substimularea consecutivă acestei situații și e favorizată menținerea sau chiar creșterea abilităților. În locuințele protejate sunt, uneori, plasate persoane cu tulburări psihice, care nu au suport social sau nu mai sunt tolerate de propria lor familie; și care, conform bilanțului psihopatologic, nu ar necesita tratament prin internare în spital. Problema locuirii în comunitate, a suferindului psihic, este dintre cele mai importante pentru psihiatria comunitară. De aceea, pe lângă asistența la domiciliu, prin acțiunea unor echipe mobile ce se deplasează, de câte ori e nevoie, acasă la pacient, pe lângă hostel-urile menționate mai sus, s-au dezvoltat și alte sisteme, dintre care menționăm „plasamentul familial”. Acesta are o lungă tradiție, mai ales în mediul rural. După o perioadă de eclipsă, el este reactualizat. O familie, testată de către o echipă complexă, care evaluează echilibrul său psihologic, starea sa locativă și materială, poate primi, contra cost, pentru a menține în societate, un fost pacient, mai mult sau mai puțin defectiv psihic. Ea este controlată periodic, pentru a se vedea în ce măsură își îndeplinește obligațiile și nu exploatează, în beneficiul propriu, resursele pacientului. Iar acesta se află în regimul unui management psihiatric eficient, așa cum s-a menționat mai sus.

### 3.3. Sectorializarea

La prima vedere poate apărea straniu că această problemă apare în prim plan într-o perioadă istorică în care dinamica spațial-locativă a populației pare a fi într-o continuă creștere. Totuși, observații și studii mai atente evidențiază că, de sute de ani, în Europa există o mobilitate populațională continuă. Și totuși, cota parte a „celor ce rămân pe loc“ este încă net superioară celor ce pleacă, rupându-se de zona lor natală; și/sau vin pentru a se stabili pentru o perioadă într-o anumită zonă populațională (cu excepția colonizărilor ce s-au derulat în manieră sistematică și planificată în ultimele veacuri).

Pentru problemele ce interesează serviciile de sănătate mintală, poate fi luată ca referință Marea Britanie, țară care, pe lângă faptul că are cea mai bună rețea de medici de familie (G.P.) din lume, a dezvoltat eficient și psihiatria comunitară teritorializată. Și aceasta, cu toate că, aici, teritorializarea psihiatrică nu a fost stipulată printr-o lege anume, așa cum s-au petrecut lucrurile în Franța și SUA. În concepție britanică, teritorializarea se referă la faptul că o zonă geografic-comunitară – cum ar fi cea de tipul unui județ din România, sau a unei regiuni de tip Banat, Oltenia, Maramureș, Dobrogea etc. – să preia responsabilitatea asigurării optime a sănătății mintale în teritoriul respectiv, pe baza unui anumit buget solicitat și fundamentat pe argumente pertinente. Această „asigurare optimă a sănătății mintale“ presupune un număr cât mai redus de cazuri de îmbolnăvire, reducerea timpului (și costului) spitalizărilor, prevenția recăderilor, asigurarea unor programe de management și reabilitare, care să permită prezența nedisfuncțională a suferindului psihiatric defectiv în comunitate, un nivel bun al calității vieții pentru pacienți, familiile lor, rude și vecini, pentru comunitate. Bugetul furnizat – ce derivă din contribuția comunității – se cere astfel administrat încât instituțiile, programele, activitățile ce se desfășoară pe baza sa, să conducă într-un timp determinat, la un nivel optim și mereu ameliorat al sănătății mintale. Faptul presupune că, cei responsabili de problemă, vor decide cât din fondul financiar alocat se va investi în spitale și secții de spitale, în staționare de zi și C.S.M., în programe de reabilitare și hosteluri etc. Faptul pretinde, desigur, evaluări periodice (la 2, 3, 5 ani), pentru a se aprecia dacă politica în domeniu e bine aleasă, dă roade sau nu. Responsabilitatea supervizării tratamentului și întreținerii sănătății mintale revine, deci, comunității prin reprezentanții săi aleși. (concomitent cu zonele administrativ-geografice se au în vedere și teritorii mai reduse, precum un oraș sau un orașel cu împrejurimile sale etc.). O concepție, ca

cea expusă mai sus, e, desigur, atentă nu doar la mobilitatea populației, ci și la interferența dintre patologia – sănătatea mintală – și alți factori ce condiționează perturbări în sănătatea generală sau în viața socială. Prezența într-o regiune a unei radioactivități crescute, prevalența exagerată a unor boli somatice, perioade epidemico-infecțioase, situații toxico-alimentare sau carențiale de substanțe esențiale existenței biologice pot influența indirect sănătatea mintală. Și la fel, standardul economic de viață în zonă, nivelul șomajului, prevalența toxicomaniilor, densitatea populației, rata criminalității și suicidurilor pot fi corelate (biunivoc) cu starea de sănătate mintală.

În perspectiva teritorializării, un rol important îl joacă particularitățile demografico-culturale, tradiția (habitudinile locale), legislația și datele epidemiologice. Dar, dincolo de aceste aspecte, ce intenționează să responsabilizeze pe cei direct implicați în problemă, ne lipsește și o strategie globală, la nivel „național“.

Un teritoriu delimitat poate fi dens sau rar populat, cu cetățeni predominant tineri sau bătrâni, mai mult sau mai puțin instruiți, având ocupații predominant agricole sau industrial administrative. De asemenea, populația poate fi omogenă sau nu din punct de vedere etnic și religios, cu tradiții culturale bine stabilite și rigide, sau laxe, mobile. Toate aceste aspecte (și multe altele) variază în timp, astfel încât durata de evaluare, ce e avută în vedere, poate fi de 1 an, de 10 ani sau 50–100 ani. Cadrul normativ-legislativ este și el important, pentru că acesta asigură jaloanele vieții civice, și în același timp, reglementează funcționarea instituțiilor și practicilor medicale, în general, și a celor psihiatrice, în special. Cele două aspecte sunt interconținuate, alta fiind semnificația unei anumite legislații medical-psihiatrice într-un regim politic cu norme și funcționare totalitară, cu norme și funcționare democratică echilibrată sau cu norme și funcționare anarhică. Privitor la psihiatrie, legislația prevede și regimul internărilor și a tratamentului obligatoriu pentru bolnavii cu pericolozitate crescută sau pentru cei care au comis deja acte sancționabile prin lege. Psihiatria nu poate să-și refuze apelul la astfel de legislații, păstrând tot timpul o deschidere în direcția implicării comunităților locale în astfel de probleme, a creșterii toleranței pentru cazurile psihiatrice, fără a risca, în același timp, punerea în pericol a populației. În acest domeniu, psihiatrul nu trebuie lăsat singur, ci se cere ca el să fie susținut de variate segmente ale comunității, care găsesc „tăietura de aur“ între toleranță și integrare, pe de o parte, și impunerea tratamentului obligatoriu, pe de altă parte, chiar atunci când acesta din urmă este, în mare măsură, rigid din punct de vedere exterior, adică ia forma de tipul reclusiunii penitenciare. Esențial este ca,

din perspectiva serviciilor ce asistă pacientul internat, după un procedeu sau altul al normativității socio-juridice și cel al serviciilor comunității ce urmează să-l reprimească, atât distincția, cât și tranziția să fie bine definite și să funcționeze eficient.

Pentru o bună organizare a serviciilor, programelor și activităților terapeutice și preventive în psihiatrie și sănătate mintală, e necesar să existe o adevărată și îndelungată evidență epidemiologică. Aceasta presupune, în esență, cunoașterea incidenței și prevalenței tulburărilor psihice. Faptul nu e deloc ușor, chiar pentru cei ce se străduiesc ani și decenii în această direcție. Deoarece, atât incidența, cât și prevalența depind, în primul rând, de faptul înregistrat; iar acesta depinde, la rândul său, de instanțele capabile să-l înregistreze. Din acest punct de vedere, se decantează o imagine epidemiologică pasivă, ce derivă din cunoașterea celor ce s-au adresat serviciilor de specialitate și au fost diagnosticați ca atare. Chiar și la acest nivel pasiv se poate remarca faptul că multe servicii medicale nepsihiatrice nu identifică, nu înregistrează și nu comunică suferința psihică concomitentă altor tulburări somatice (deși, uneori poate sta la baza acestora, în perspectivă psiho-somatică). Apoi, însăși înregistrarea psihiatrică depinde de numărul instituțiilor și specialiștilor existenți într-o zonă și de competența lor. Mai adăugăm faptul că, d.p.d.v. epidemiologic – la fel ca în perspectivă clinică – se poate face o distincție între episod și boală. O persoană care, într-un an, are 3 consultații sau 3 internări psihiatrice, poate fi considerată ca un unic caz cu recăderi și nu ca apariția de 3 ori a maladiei. Pentru clarificarea acestor probleme, s-a instituit, de mulți ani, metoda „Registrului de cazuri”. În aceste registre sunt introduse toate cazurile noi; iar pentru fiecare din acestea, e menționată fiecare nouă recădere sau consultație psihiatrică. Se consideră că, după aproximativ 5 ani, funcționarea corectă a unui registru de cazuri, într-un teritoriu, poate oferi o imagine suficient de adecvată asupra prevalenței. Pentru completarea cunoașterii fenomenului epidemiologic, se mai pot efectua acțiuni care relevă „prevalența punctiformă”. Pentru aceasta, se înregistrează într-o zonă dată, într-o anumită zi a anului, toate cazurile cu tulburări psihice internate sau aflate în consult. Dar, în vederea unei cunoașteri cât mai adecvate a prevalenței (și incidenței) reale, metoda corespunzătoare este cea a studiilor populaționale active. În cadrul acestora sunt vizate toate persoanele existente într-o zonă – sau un eșantion reprezentativ al acestora – abordate într-un interval de timp determinat, investigate prin metode standardizate și validate, obținându-se, astfel, imaginea cazurilor cu diagnostic psihiatric pozitiv și negativ, dintr-un teritoriu

dat. (Problemele metodologice pentru astfel de cercetări sunt deosebit de complexe: nu doar că se cere a se ține seama de cazurile ce nu se află temporar în zonă, dar nu trebuie ignorate spitalele de orice tip – inclusiv cele de psihiatrie – închisorile, diversele medii sociale etc.).

În ciuda imenselor dificultăți, epidemiologia psihiatrică se străduiește continuu să asigure informațiile de bază pentru politica de sănătate mintală în diverse teritorii ale lumii. Iar efortul și responsabilitatea în domeniu se cer a fi asumate de cât mai multe țări, provincii, orașe etc., realizările putând fi un indicator al seriozității și eficienței psihiatriei comunitare în zona respectivă.

Teritorializarea presupune, pentru psihiatria comunitară, cunoașterea de cât mai mulți a tuturor posibilităților și facilităților de terapie și reabilitare aflate la dispoziție. Desigur, nu se pune problema unui centru de dirijare unic și atotputernic. Dar o coordonare e obligatorie; și mai ales sunt necesare bilanțuri periodice, constatarea obiectivă a zonelor nefuncționale, propuneri pentru noi formule de acțiune. Psihiatria comunitară, din perspectiva ei „teritorială”, ridică problema existenței unui „stat major” calificat, care să aibă cel puțin un rol consultativ (dacă nu, și – din când în când – decizional). Autoreglarea sistemului este optimă, dacă e filtrată prin sintezele competente ale unei echipe specializate și bine orientată în problemă.

Ideea sectorializării nu ar putea funcționa în cadrul psihiatriei comunitare, dacă nu se asigură o strânsă legătură între toate nivelele și instanțele psihiatriei și medicii de familie (generalişti). Aceștia sunt cei care posedă cele mai multe informații medicale – și corelative problemelor medicale – pentru populația unui teritoriu definit. Dacă sunt zone descoperite din punct de vedere al generalistului, acolo nu poate funcționa bine nici psihiatria comunitară. Dar e nevoie de și mai mult. Acest medic, ce se află la baza piramidei medicale, trebuie să aibă un set de cunoștințe psihiatrice suficient de solide, atât prin formarea sa, cât și întreținute pe parcurs. S-au elaborat în întreaga lume, precum și în România, materiale informative din domeniul psihiatriei, dedicate special medicului generalist (72, 73, 74). El trebuie să se mențină într-o bună legătură cu toți specialiștii. Iar dintre aceștia, în mod special, cu psihiatrii. S-a dovedit pe plan mondial că 15–20 % din consulturile medicului de familie se referă la – sau are implicații cu privire la – tulburările psihopatologice, care pot fi, la acest nivel, nu doar identificate precoce, ci și tratate în primă linie (depresia, anxietatea, insomnia). Legătura directă (prin scris, telefonic, prin contact direct) între generalist și membrii C.S.M. asigură șansa unei acoperiri a teritoriului cu un bun

program de sănătate mintală. Și nu trebuie uitat că, tot la nivelul generalistului, se poate identifica precoce alcoolismul maladiv, demența, riscul suicidar etc.

Cunoașterea morbidității psihiatrice – incidența, prevalența – reprezintă un aspect ce stă la baza elaborării programelor de sănătate mintală, preventive, terapeutice, precum și în perspectiva globală a psihiatriei comunitare. Pe măsură ce cresc cunoștințele în domeniu, se amplifică și obiectivele. Teoria vulnerabilitate/stres a permis o tot mai activă orientare spre profilaxia primară într-un teritoriu dat. Astfel, sunt considerați ca fiind mai vulnerabili, pentru a dezvolta la vârsta adultului tânăr o psihoză schizofrenă, copiii născuți la sfârșitul iernii (în emisfera nordică), din mame schizofrene (și, eventual, cu încărcătură genetică suplimentară pentru această boală), care au avut de suportat o boală a mamei, în lunile 3–4 de sarcină, au avut o naștere dificilă și au crescut, primii 3–5 ani, într-o familie cu comunicare distorsionată. Sau, ar fi mai vulnerabili pentru alcoolism maladiv, băieții născuți din tați alcoolici, care cresc în familia de origine în care există importante distorsiuni relaționale (comunicative și comportamentale) între părinți. Vulnerabilitatea psihică poate fi circumscrisă uneori doar la aspecte psiho-sociale; în această categorie ar intra copiii crescuți, în primii ani, în instituții fără programe diferențiate, copiii „instituționalizați”. Supervizarea grupurilor populaționale, cu risc crescut pentru tulburările psihice, este un obiectiv important al psihiatriei comunitare dintr-un teritoriu anumit. Doar că ea nu poate fi realizată global și direct. Ca prim moment, se cer selectate anumite grupe populaționale și utilizate serviciile unor intermediari, cum ar fi educatorii, învățătorii, chiar medicul de familie sau familia însăși. Se ridică probleme și privitor la posibilitatea intervenției în viața intimă a familiei. Totuși, cei ce au în vedere sănătatea mintală a unui anumit teritoriu, nu pot ignora problema. După cum, nu pot să nu acorde importanță internărilor precoce, depistării din timp a tulburărilor de memorie ale persoanelor în vârstă etc., precum și continuității îngrijirilor din staționar și ambulator, ce se cer efectuate de aceeași echipă terapeutică.

Promovarea sănătății mintale, într-un teritoriu anume, ține cont și de tradițiile și practicile culturale ale populației majoritare și ale subgrupurilor etnico-politico-religioase. Nu există o rețea unică și simplă pentru promovarea sănătății mintale. Sublinierea multiplelor fațete e importantă pentru luciditate în acțiune a celor ce se angajează pe acest drum.

### 3.4. Toleranța față de suferindul și defectivul psihic

Istoria Europei – deci, cea a civilizației și culturii contemporane dominante – ne-a lăsat drept moștenire o intoleranță față de bolnavul și defectivul psihic, față de cei cu „tulburări psihice și comportamentale“. Așa cum deja s-a menționat, această rejecție este evidentă în Europa occidentală, cea în care se multiplică exponențial orașele, și parcurge, ulterior, „revoluția industrială“ imediat după Renaștere, când începe ceea ce Foucault a denumit „marea recluziune“; și care a persistat, sub diverse forme, până în prezent. De aceea, unul din obiectivele majore ale Asociației Mondiale de Psihiatrie și a Diviziei OMS de promovare a sănătății mintale se referă tocmai la programe coerente de „destigmatizare“ a bolnavilor psihici – mai ales a schizofrenilor – necesare a se desfășura în întreaga lume. Procesul e în curs de implementare. Dar, deși expresia de „program anti-stigma“ e relativ recentă, eforturile psihiatrilor și a prietenilor pacienților psihici, pentru a facilita acceptarea și integrarea lor în comunitate, datează de multe decenii. Aceasta, desigur, în comunitățile de tipul civilizației europene; căci, înaintea sau în afara acestui moment istorial, procesul recluziunii și stigmatizării este mai puțin pregnant. Societățile tradiționale mai „primitive“ își acceptau minoritatea bolnavilor și defectivilor psihici cu o toleranță mult mai mare decât a făcut-o Europa occidentală, promotoare a raționalității, productivității eficiente și a legiferărilor specifice „epocii moderne“.

Programele actuale ale psihiatriei comunitare, prin care se realizează eforturi ca populația generală să accepte în mijlocul ei minoritatea bolnavilor și defectivilor psihici (sau a „beneficiarilor“ serviciilor de sănătate mintală), se bazează pe multiple pârghii între care se cer menționate: a) cele ale psihiatriei de legătură cu medicul generalist sau de alte specialități; b) cele ale stimulării (favorizării, promovării) asociațiilor nonguvernamentale de autoajutor a familiilor, aparținătorilor și a foștilor bolnavi psihici; c) mijloace de informare prin mass-media a populației generale și a diversilor factori de decizie. Deoarece primul aspect – cel privitor la psihiatria de legătură – a fost deja menționat, vor fi abordate, pe scurt, celelalte două aspecte.

Asocierea foștilor bolnavi, ce au rămas sau nu, cu anumite defecte, împreună cu familiile și aparținătorii lor, s-a impus în Europa între cele două războaie mondiale, mai ales în țările nordice. Ca exemplu, poate fi luată Danemarca. În ultimele decenii, în această rețea au intrat și defectivii sau foștii bolnavi psihici,

împreună cu cei apropiați lor. Aspectul organizațional și asociativ s-a diferențiat în raport cu vârsta și cu tipul de tulburare. Pentru copii și tineri, principala problemă era și este cea a deficienței mintale, dar și a unor subgrupe, cum ar fi cea a suferinzilor de boala Langdon-Down sau de autism Kanner; pentru vârsta a treia, cele mai multe probleme s-au agregat până în prezent în jurul bolii Alzheimer. Pentru vârsta adultă, centrul problematic îl constituie schizofrenia și tulburările psihotice în general. Există grupuri de auto-ajutor ce cuprind doar (foști) pacienți (de exemplu, „beneficiarii” adulți a unor episoade anterioare de schizofrenie), altele, cuprinzând doar grupuri de aparținători (mai ales pentru problemele psihiatrice ale copilului), precum și grupuri mixte. Aceste „Asociații” se pot constitui zonal, federativ, se pot asocia cu grupuri de auto-sprijin (auto-ajutor, „self-help”) a unor alți deficienți maladivi (motori, diabetici etc.). Ele pot realiza confederații, pot pretinde și obține dreptul de a avea reprezentanți în consiliile administrative locale și în Parlament, de a-și da avizul asupra unor noi legi (Danemarca este, din nou, un exemplu în această direcție). În cadrul acestor grupări, beneficiarii și familiile acestora se cunosc, se sprijină reciproc, participă la programe locale, zonale sau internaționale, își propagă punctul de vedere prin mass-media, influențând opinia publică etc.

Asociațiile de autoajutor pot lua legătura cu alte segmente ale societății: biserica, școala, poliția. Oricum, acestea sunt vizate întotdeauna de partea organizată medical a psihiatriei comunitare, ca parteneri sociali, în perspectiva prevenției, a depistării precoce, a reintegrării. Mai pot fi vizate mediile cultural-artistice și cele de afaceri, pentru a sponsoriza aceste organizații nonguvernamentale și pentru a participa la programe de „de-stigmatizare” a persoanelor cu tulburări sau suferințe mintale actuale sau reziduale. În cadrul acestor acțiuni sunt înscrși mulți voluntari, care îndeplinesc o funcție de legătură. Mijloacele de mass-media – ziarele, radioul, TV-ul – se cer folosite și ele, pentru a netezi barierele dintre marea societate și bolnavul psihic, față de care există o tradițională rețineră și tendința de rejecție din partea societății. Prin toate aceste acțiuni se tinde ca aceste persoane să poată petrece o existență cât mai apropiată de cea a oricărui cetățean, chiar dacă persistă defecte psihopatologice și sociale. Desigur, aceasta presupune programe active de rehabilitare, astfel încât, persoanele respective să nu rămână, pur și simplu, închise în casă, ca într-o nouă variantă de spital. De aceea, și interesul pentru ca ei să-și amelioreze abilitățile firești ale desfășurării vieții de zi cu zi, în comunitate.

Existența în comunitate a foștilor și actualilor suferinzi psihici presupune, pe de altă parte, o activă monitorizare a programelor terapeutice de „întreținere”

– de prevenție a recăderilor – cu medicamente, și a programelor de reabilitare, astfel încât să scadă reactivările bolii, turbulența și pericolozitatea socială. Pentru aceasta e necesară o bună compliantă a pacientului și familiei, o strânsă colaborare cu echipa psihiatrică comunitară, care desfășoară și activități de psihopedagogie. Aceasta duce la instruirea pacientului și a familiei, privitor la caracteristicile bolii, necesități terapeutice, stilul de viață sanogenetic, interrelațiile optime cu ceilalți, simptomele de alarmă care pot indica o recădere etc. Ședințele de psihopedagogie se desfășoară cel mai bine în grup. Astfel, la un grup de discuții pot participa schizofrenii ce se află în plină desfășurare a bolii, convinși fiind de realitatea halucinațiilor și delirurilor, alții ce se află la începutul remisiunii, precum și pacienții remiși, care au avut experiența mai multor internări. Ultimii critică și explică simptomele pe care le-au avut în trecut și pe care primul grup le are în prezent, al doilea grup fiind pe cale să le critice. Se poate astfel conștientiza mai ușor care trăiri sunt normale și care patologice. Iar ulterior, pacientul sau familia poate identifica „simptomele bolii“, ajungând să consulte din timp și în mod activ, psihiatrul, sau chiar, autoreglându-și tratamentul. În unele cazuri, e necesară o muncă psihoterapeutică mai serioasă cu familia, pentru a modifica distorsiunile de fond ale comunicării din cadrul acesteia; și care întrețin tulburarea, favorizând apariția mai frecventă a recăderilor (problemă ce a fost deja menționată). Sunt redactate broșuri, cărți, ce sunt puse la dispoziția beneficiarilor și familiilor lor, se țin cursuri și seminarii, pentru ca aceste persoane să-și cunoască cât mai bine boala, mecanismele ce stau la baza ei, cum acționează agenții terapeutici, care sunt factorii ce pot favoriza recăderile sau cronicizarea etc. (71.j.).

Prin toate cele menționate, se tinde la dărâmarea „zidului“ – mintal, atitudinal, comportamental – care desparte în mod tradițional minoritatea bolnavilor psihici de societatea considerată „normală“. Totul urmează să fie mai transparent, defectivul psihic urmează să trăiască cât mai mult în societate și să fie asimilat și integrat în ea. Comunitatea își asumă astfel responsabilitatea acestei dimensiuni integrative a existenței sale.

Programele enumerate, ce s-au desfășurat în lume în ultimele decenii și continuă să se desfășoare, sunt și o expresie a unui anumit tip de democrație tolerantă. Aspectul particular al acestei atitudini constă în faptul că „normalitatea psihică“ devine tot mai dificil de circumscris. Dacă homosexualii și-au câștigat, în unele părți ale lumii, dreptul la normalitate, nu e limpede până la ce nivel agresivitatea și anxietatea rămân normale sau sunt patologice. Același lucru se poate afirma despre conduitele duplicitare, precum ipocrizia, minciuna,

reua credință, compromisul. Toate funcționează și în normalitate, la nivel de individ, de grup și, chiar la nivel macro-politic. Și nu trebuie uitat că răutatea, anormalitatea, suicidul și crima nu sunt deloc apanajul cazurilor psihiatrice; deși pot interfera cu unele din acestea.

Fără o regândire amplă a problematicii antropologice, psihiatria comunitară rămâne la un nivel de fundamentare parțială.

La acest nivel merită să fie prezentate liniile directoare ale programului „antistigma” pentru schizofrenie, promovat de Asociația Mondială de Psihiatrie (WPA) și Organizația Mondială a Sănătății (OMS):

Începând din 1996, Asociația Mondială de Psihiatrie (WPA) s-a implicat într-un program mondial de luptă împotriva stigmei (75) și discriminării datorate schizofreniei. Reproducem, în continuare, cuvântul introductiv al acestui program, difuzat în întreaga lume:

Stigma asociată cu schizofrenia creează un cerc vicios al alienării și discriminării pentru cei care suferă din cauza acestei boli și deseori pentru membrii familiei acestora. Stigma poate deveni cauza principală a izolării sociale, a incapacității de a găsi de lucru, a abuzului de droguri sau alcool, a lipsei de locuință și a instituționalizării excesive, toate acestea ducând la scăderea șanselor de recuperare.

Pentru a contracara stigma și a o preveni, programul WPA va încerca să:

- crească gradul de conștientizare și cunoaștere a naturii schizofreniei și opțiunilor de tratament;
- îmbunătățească atitudinea publică față de cei care suferă sau au suferit de schizofrenie și familiile acestora;
- genereze acțiuni de prevenire sau eliminare a discriminării și prejudecăților.

Programul va stabili o rețea internațională de indivizi și centre, unite prin angajarea lor de a acționa împotriva stigmei și discriminării și de a da persoanelor cu schizofrenie o șansă să ducă o viață de o calitate acceptabilă. Această rețea va facilita schimbul de experiență și învățare; va fi, de asemenea, funcțională în distribuția pe scară largă a informațiilor și în susținerea (advocacy) intereselor persoanelor cu schizofrenie.

Programul va dezvolta o serie de materiale necesare pentru:

- îmbunătățirea informației publice asupra schizofreniei;
- facilitarea implicării comunitare;
- creșterea gradului de informare a lucrătorilor în domeniul sănătății mintale și asistenței medicale asupra schizofreniei și tratamentului său;

- educarea și ajutorarea membrilor de familie și a prietenilor, persoanelor cu schizofrenie;
- schimbarea legislației și asigurarea acoperirii echitabile a cheltuielilor din asigurările de sănătate.

Acest program este dezvoltat de experți din multe țări și implică reprezentanți ai asociațiilor non-guvernamentale (de exemplu, asociații ale pacienților și familiilor acestora) și organizații guvernamentale. Structura sa include:

- un Comitet de Conducere ce supraveghează programul, membrii comitetului sunt și membri în cele 4 comisii tehnice, pentru a facilita coordonarea și schimbul de informații;
- un Comitet de Identificare și Tratare a Schizofreniei, ce assemblează informații asupra diagnosticării și tratamentului acestei boli;
- un Comitet de Reintegrare a Pacienților și Familiilor acestora în Comunitate, ce se ocupă cu dezvoltarea strategiilor de reintegrare a persoanelor cu schizofrenie în familie și comunitate;
- un Comitet de Dezvoltare a Strategiilor, de Reducere a Stigmei și Discriminării, care produce materiale și propuneri pentru lupta împotriva discriminării și stigmei la nivelul societății;
- un Comitet de Revizuire, care va adnota, integra și unifica materialele produse de celelalte comitete și de grupurile naționale.

Programul va fi distribuit în întreaga lume și va fi adaptat la diferențele culturale, prin combinarea intenționalității cu materialele produse pe plan local. Materialele vor fi pregătite în limbile naționale, cu slide-uri și broșuri pentru cei ce sunt competenți și le propagă, benzi video, programe de televiziune, software interactiv pentru computere, și materiale reprezentative ce vor fi utilizate în lecturi (prezentări) publice și materiale de referință. Se ia în considerare și distribuția prin Internet a programului. Mai multe articole, ce descriu dezvoltarea programului, au fost deja publicate.

Programul prezentat cuprinde 2 părți: o descriere a fazelor programelor de acțiune și un sumar al cunoștințelor despre schizofrenie, adnotate pentru a fi utilizate în programele anti-stigma (programe anti-discriminare pentru suferinzii psihiatrici). Documentele trebuie utilizate în conjuncție cu descrierea programelor desfășurate la nivel național, și cu ajutorul „cutiei cu instrumente“ ce conține materiale care pot fi de folos în implementarea programului.

Acest program anti-stigma, ce are ca prim obiectiv schizofrenia, a început să fie realizat și în România.

### 3.5. Interesul acordat funcționării în viața de zi cu zi a fostului bolnav sau a actualului deficient psihic

În ultimele decenii, psihiatria s-a interesat tot mai mult nu doar de terapia simptomelor, de reducerea sau înlăturarea acestora, ci și de „calitatea vieții” fostului bolnav psihic, mai ales în condițiile existenței sale prelungite sau permanente în comunitate. Preocuparea față de „calitatea vieții” s-a manifestat în psihiastră relativ recent, începând cu anii '80, după ce acest concept făcuse deja carieră în domeniul socio-politic și cel al medicinei generale, mai ales în corelație cu bolile ce evoluează îndelungat și sunt intens handicapante, cum ar fi unele tulburări osteo-articulare, cardio-circulatorii sau cancerul. În psihiatrică există, de asemenea, destule „boli” care evoluează pe termen lung, invalidând capacitatea individului de a fi un membru activ, deplin responsabil și liber în comunitate, care să aibă parte, la același nivel cu ceilalți membri ai societății, de împliniri, sens și bucurii. Schizofrenia a reprezentat și reprezintă o tulburare etalon, din acest punct de vedere. De aceea, preocuparea față de „calitatea vieții” (c.v.) fostului bolnav psihic (76), a cazurilor cu evoluție prelungită sau a eventualilor defectivi, s-a dezvoltat progresiv, mai ales în urma programului de „desinstituționalizare” a psihoticilor (în primul rând a schizofrenilor), ce s-a desfășurat intensiv din decada a șaptea a secolului XX, predominant în SUA. Deoarece fostul pacient trăiește, în prezent, în comunitate, este important ca existența sa să se desfășoare la un nivel optim – sau cel puțin minimal – de auto-îngrijire, conviețuire cu familia, vecinii și cunoscuții, participând la viața comunității prin performanțe în roluri sociale și integrare comunitară. Aceste probleme sunt abordate din perspectivă obiectivă, prin diverse scale de evaluare deja menționate, așa cum este DAS-OMS, GAF-DSM-IV, cea a axei II din ICD-10 etc. Dar, în cadrul evaluării calității vieții persoanelor respective, se cere a se ține cont și de aspectul subiectiv, al confortului sau disconfortului subiectului, evaluat cât mai aproape de ceea ce resimte el, efectiv. Perspectiva subiectivă urmează a ține cont și de particularitățile persoanei (ale „terenului” ce a precedat boala), precum și de eventuala prezență a unor simptome psihopatologice reziduale. De asemenea, se cere a se ține cont de „nevoile” proprii subiectului, precum și de măsura în care acestea sunt satisfăcute, atât de instanțele medical-psihiatrice existente în zonă, cât și de cele ce sunt marginale acestora sau de mijloace complementare, nestandardizate, de satisfacere a acestor nevoi.

Pe lângă aspectul subiectiv și cel de performanțe în roluri sociale, la calitatea vieții unei persoane – deci a bolnavului și defectivului psihic, în cazul nostru – mai concură și alți factori obiectivi, contextuali, fizico-materiali, precum: veniturile persoanei, calitatea locuinței, siguranța sa, posibilitățile de transport și aprovizionare, cele de informare, recreere, comunicare cu alții.

Sintetizând – după Katschnig –, calitatea vieții poate fi evaluată din 3 perspective:

- Starea de „bine subiectiv“;
- Funcționarea în roluri sociale;
- Calitatea factorilor ambientali, contextuali.

Factorii subiectivi sunt uneori destul de greu de evaluat. S-a propus urmărirea lor în raport cu teoria „nevoilor umane bazale“ a lui Maslow (McKenna), caz în care se urmărește: – autorealizarea (nevoia de a realiza propriul potențial); – stima de sine (nevoia de a fi respectat de alții); – nevoia de suport social din partea altora; – siguranța (securitatea la domiciliu și în lume); – aspecte psiho-fiziologice (satisfacții în direcția nevoii de alimentație, adăpost etc.). În evaluarea „binelui subiectiv“ intervine și factorul timp, în sensul că trăirea persoanei e evaluată în raport cu situația de moment, pentru o perioadă determinată de timp, cum ar fi o lună (cazul cel mai frecvent); sau pe durată îndelungată, ajungându-se până la evaluarea sentimentului de „fericire“. Pentru o evaluare circumstanțială, subiectul poate fi solicitat să se autoevalueze în raport cu o serie de întrebări.

De exemplu, în scala BGOL e prezentată următoarea listă de opțiuni:

1. Nu simt o stare de eșec (failure);
2. Mă simt capabil să fac față muncii;
3. Am un bun apetit;
4. Nu mă simt inferior;
5. Totdeauna sunt plin de energie;
6. Am dificultăți în a lua decizii;
7. Nu sunt lipsit de speranță;
8. Sunt încrezător în mine;
9. Nu am dureri fizice;
10. Nu am probleme cu banii;
11. Sunt capabil să am și să mențin relații cu prietenii;
12. Dorm bine;
13. Nu sunt iritabil;
14. Nu am probleme care mă depășesc;
15. Simt că îmi controlez viața;
16. Sunt satisfăcut cu munca mea zilnică;
17. Mă simt în siguranță;
18. Am o mobilizare fizică completă;
19. Sunt plin de speranță;
20. Sunt bucuros că trăiesc;
21. Mă simt confortabil cu mine;
22. Resimt plăceri în hobby-urile mele;
23. Nu sunt niciodată îngrijorat.

Trebuie subliniat că starea de „bine subiectiv“ nu se rezumă la o trăire afectivă. Întotdeauna intră în joc și o evaluare, deci un factor cognitiv, de apreciere. În cazurile de „distorsiune cognitivă“, cum sunt cele din depresia prelungită, diminuarea c.v. poate deriva din această modificare de optică. Factorul

cognitiv este extrem de important atunci când se cere o evaluare pe termen lung, când se întreabă despre mulțumirea globală în raport cu istoria de viață, cu vârsta, sau atunci când e atinsă problema fericirii.

Factorii contextuali ambientali cei mai frecvent evaluați în caracterizarea C.V. sunt următorii:

– *Calitatea locuinței.* Aceasta este privită în perspectiva comodității ce o oferă (mărime spațială, dotare cu mobilier), cât și a factorilor de zi cu zi, care participă la c.v., cum ar fi căldura, apa curentă, iluminatul, congelatorul, radioul, televizorul etc.; desigur, aceștia variază mult în raport cu contextul socio-cultural. De locuință se corelează și relațiile cu vecinii sau modalitatea în care ești acceptat, sau nu, de ceilalți locuitori ai casei, aceste probleme interferând cu aria problematicii interpersonal-socială a familiei, în sens lărgit.

– *Comunicarea,* privită într-o perspectivă largă, care implică și deplasarea. Se pot lua în considerare: calitatea serviciilor în domeniul mijloacelor de transport în comun, calitatea drumurilor, eventual existența mijloacelor proprii de deplasare (mașină proprie), dar și comunicarea la distanță, prin telefon sau prin alte mijloace.

– *Siguranța în viața socială, sentimentul de protecție în mijlocul comunității.* Acestea pot fi asigurate de sistemul de ordine, de legislație, modificat în anumite momente socio-politice deosebite, condiționat de frecvența răufăcătorilor într-un cartier locativ anume etc. Până și iluminatul străzilor este, uneori, inventariat la acest capitol. Mai pot fi luate în considerare marginalizarea sau stigmatizarea individului în societate din motive etnice, religioase sau pentru că a suferit de o boală (psihică).

– *Facilitățile și șansele* pe care un individ le are în micro-grupul sau societatea în care trăiește; de exemplu, accesul la educație, la informare, accesibilitatea la îngrijiri medicale, șansele de acțiune independentă, eficientă sau creatoare, accesul la cultură etc.

– *Resursele financiare și, în general, economice;* acestea ar susține majoritatea itemilor din capitolul „factori contextuali”. Ei se cer totdeauna evaluați și pot avea importanță și pentru evoluția unor stări maladive sau defecte (costul tratamentelor și al programelor de recuperare) etc.

– *Nivelul de autonomie și libertate a subiectului.* La acest nivel se poate începe cu autonomia în deplasare, ce poate fi condiționată de defecte maladive, fizice sau psihice (amputația picioarelor, agorafobie), dar articulată și cu mijloace contextuale fizice umane (proteză, mașină, însoțitor). Autonomia individului se corelează, în contextul său social, cu permisivitățile ce-i sunt acordate, dar și cu

capacitatea sa de a se afirma și impune. Autonomia și libertatea de manifestare sunt dependente și de mediul socio-cultural, mai permisiv sau mai restrictiv, reiectiv sau opriment, precum și cu resursele sale financiare. Ne aflăm acum într-un domeniu în care factorii contextuali interferă strâns cu cei de funcționare în roluri sociale și cu cei subiectivi-psihologici.

– *Domenii de manifestare permisivă de articulare pozitivă și împlinire a convingerilor și credințelor subiectului.* Acestea pot fi, pe de o parte, politice și, pe de altă parte, religioase. Omul credincios poate găsi, prin rugăciune, prin participarea sa la viața unei biserici, a unei comunități religioase interesată de soarta membrilor săi și, în general, prin credința sa, un plus de forță moral-spirituală, fapt important pentru c.v. sale. Și la acest nivel, aspectul „contextual” este doar un implicat al proiectelor existențiale ale persoanei.

Unele scale de evaluare a c.v. acordă o importanță deosebită factorilor contextuali fizici. De exemplu, în scala QLS-100, partea I, ce se referă la locuință, ține cont de: dimensiunile locuinței, pacea și liniștea acesteia, intimitatea. Partea a II-a, ce se referă la menaj și sarcinile menajere, inventariază: cumpărăturile, mâncarea și regimul, igiena, îmbrăcăminte, spălatul, ordinea apartamentului, resturi menajere etc. Este evident că factorii contextuali fizici țin, în bună măsură, de mediul cultural (și de civilizația) în care trăiește o persoană. Deci, trebuie evaluați dintr-o perspectivă transculturală.

Prezentăm, în continuare, un model (o schemă) al elementelor ce caracterizează c.v. (după Felce și Perry, reprodusă și în 65) (fig. XVII).

Calitatea vieții se poate ameliora și în urma terapiei realizate de echipe complexe, în cursul unui episod maladiv și, ulterior, pentru evitarea recăderilor și creșterea inserției sociale. Prezentăm o schemă a acestei perspective de abordare a problemei (după Katschnig), (77), (fig. XVIII).

În ultimele decenii ale sec. XX au fost elaborate o serie de scale de evaluare a calității vieții în psihiatrie, cu orientare generală sau ținută pe un anumit tip de patologie (mai des pe schizofrenie). Menționăm principalele arii de existență luate în considerare de câteva astfel de scale:

CAF (1984), Stein & Test, 1980, cuprinde 140 itemi: ariile de existență avute în vedere sunt: calitatea recreerii (leisure); calitatea locuinței; statutul și istoria angajării profesionale; surse și niveluri de venituri; – locuință și alimentație, contacte cu prietenii, contacte familiale, probleme legale, satisfacții de viață (21 itemi); stima de sine, îngrijiri medicale, (satisfacții în) utilizarea agențiilor.

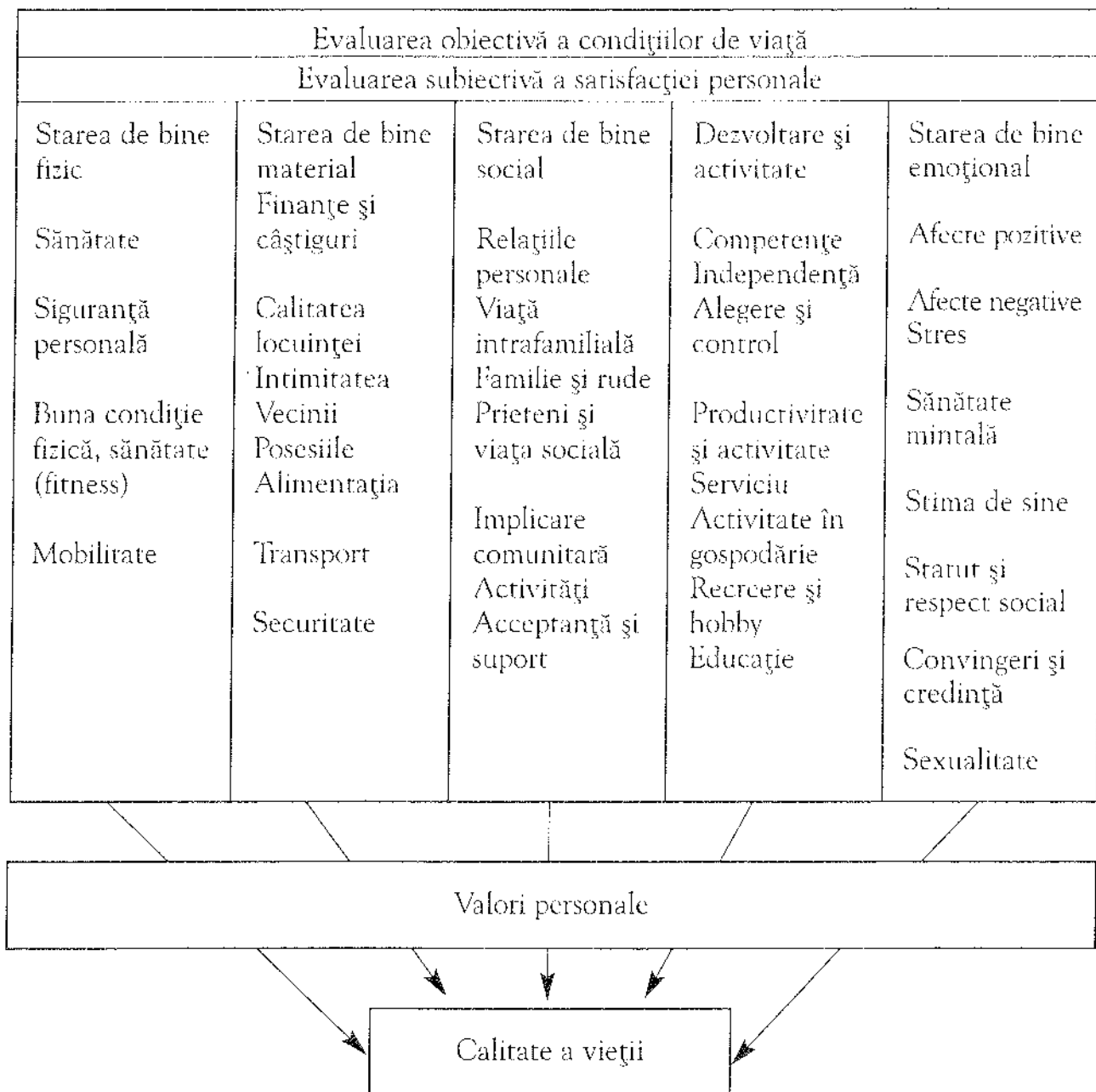


Figura XVII.

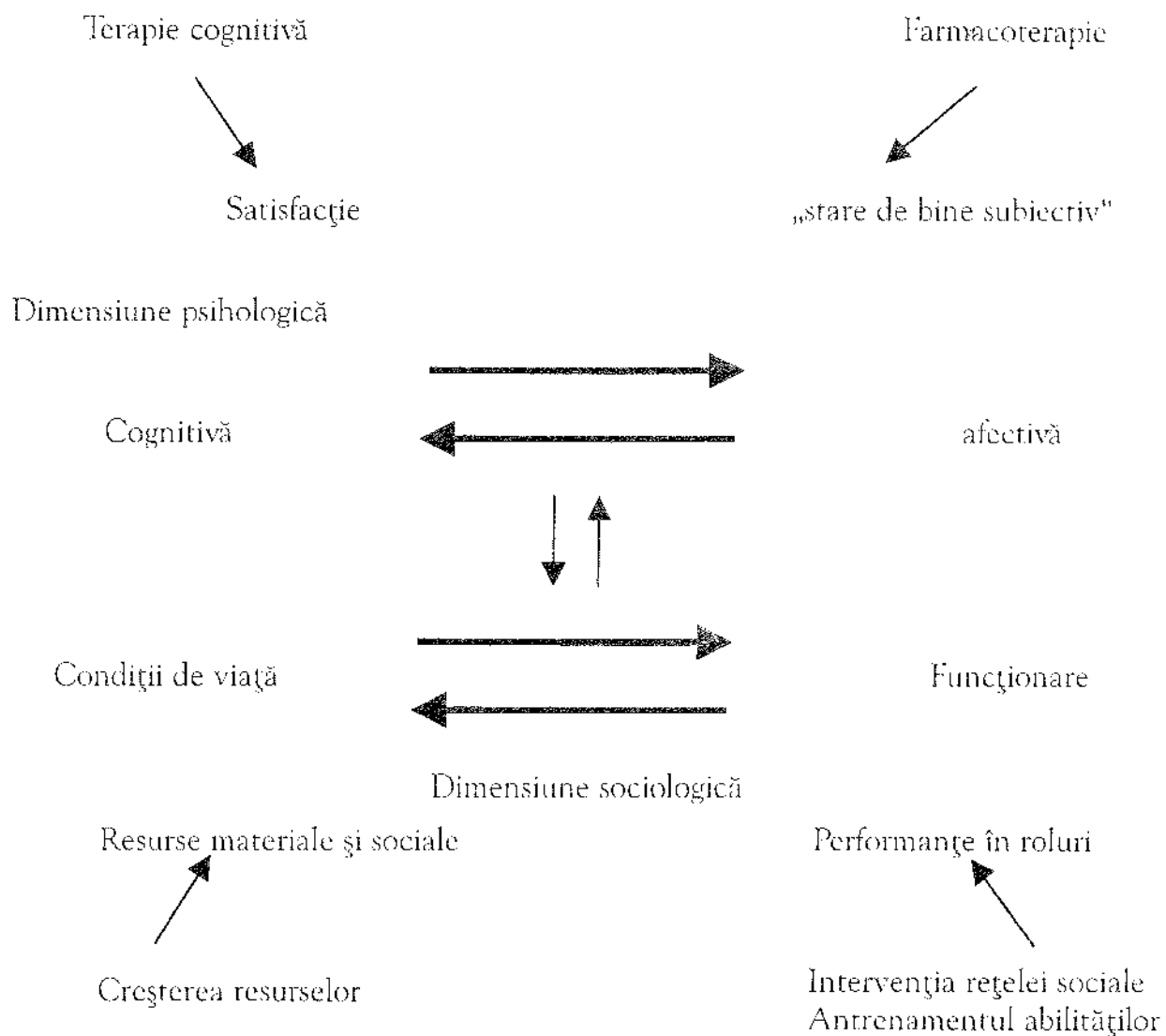


Figura XVIII.

QLC (Malmö et al., 1981): recreere, muncă, reabilitare vocațională, dependență economică; relații sociale; – cunoștințe și educație; – dependențe posibile; – experiențe interne; – standardul locuinței; îngrijiri medicale (generale și psihiatrice), religia.

SLDS (Baker & Intagliata, 1982): satisfacții în raport cu: locuința, vecinii, alimentația, îmbrăcămintea, sănătatea, oamenii cu care locuiește împreună, prieteni, familie, relații cu alți oameni, munca și program zilnic, timp disponibil, recreere, servicii și facilități locale, situație economică, modul de a trăi în comunitate în raport cu modul de a trăi în spital.

OQLG (Bigelow et all, 1982 – 91) 146 itemi, 14 scale: tulburare (distress) psihopatologic; – stare de bine psihologic; toleranță la stres; – satisfacția totală (globală) a nevoilor bazale; independență; interacțiuni interpersonale, rol de soț, suport social, muncă și cămin (locuință, gospodărie), disponibilitatea de a fi angajat în muncă; muncă și serviciu (work and job), utilizarea cu sens a timpului; consecințe negative ale consumului de alcool, și ale consumului de droguri.

QOLI (Lehman et all, 1982-95): situația locuirii, relațiile familiale, relații sociale, activități de recreere, finanțe, siguranța și probleme legale, muncă și școală, sănătate (vecinătate și religie în unele versiuni).

CQLI (Mulkern, Agosta et all, 1986): aspecte esențiale ale vieții (mâncare, haine, locuință, sănătate, igienă); muncă, formare și educație, activități zilnice și recreație; probleme private și intime; suport social, timp social, auto-eliberare; pacea sufletească.

LQOLP (Oliver, 1996): muncă; educație; recreere; participare; religie; finanțe; situația de viață; aspecte legale și de siguranță; relații familiale; sănătate; o măsurare a stării generale de well-being și self concept.

QLSAI (Skmatze, 1993): sănătate fizică, finanțe, gospodărie și autoîngrijire; contacte; dependență; muncă și recreație; cunoaștere și educație; experiențe interne; sănătate mintală; locuință; împrejurările (ambianța) locuinței; serviciile comunitare; religia.

QLI-MH (Becker et all, 1993): activități ocupaționale, stare de bine psihologic, sănătate fizică, activități în viața zilnică, relații sociale; situația economică (financiară), simptome (psihopatologice); întrebări deschise privitor la ameliorare și tratament.

Desinstituționalizarea, orientarea comunitară a psihiatriei și evaluarea calității vieții ridică și problema cost/beneficiu față de care o comunitate dată nu poate fi indiferentă. Inițial s-a opinat că pacientul sau defectivul menținut în societate costă mult mai puțin. Dacă se are în vedere că trebuie realizate variate servicii alternative, iar presiunea psihologică asupra aparținătorilor și a grupului social proxim crește, atunci diferențele nu mai sunt așa de mari.

Psihiatria comunitară are nevoie de instituțiile sale proprii, care au fost, în mare, amintite în acest capitol, dar și de alte soluții, cum ar fi „plasamentul familial remunerat“, centre de evaluare a tulburărilor subclinice, sisteme de sprijinire a familiilor în care se află un bolnav psihic. Un astfel de sistem absoarbe, desigur, fonduri, atât pentru echipele de înaltă profesionalitate ce urmează să acționeze (psihiatri, asistenți sociali, ergoterapeuți, psihologi, surori medicale calificate,

psihopedagogi, recuperatori diverși etc.), cât și pentru instanțele instituționale ce ar urma să funcționeze: hosteluri, staționare de zi, centre de ergoterapie și terapie ocupațională, centre de sănătate mintală, cluburi psiho-sociale etc. Evaluările actuale, în perspectiva cost/beneficiu, admit că aceste costuri sunt totuși mai mici decât spitalizările prelungite și reprezintă un progres semnificativ în perspectiva democrației, a eticii, a creșterii calității vieții și al respectului persoanei umane.

O dezvoltare rațională a instituțiilor, a echipelor de acțiune și, evident, a programelor care, într-o societate dată, pot menține în comunitate cât mai mulți bolnavi (cronici) și deficienți (disabilitați), inclusiv psihici, necesită dezvoltarea unor scale de evaluare care să „măsoare” rezultatele celor întreprinse, în perspectiva cost/beneficiu, dar ținând seama și de nevoile acestora (78), (70). Desigur, la capitolul „beneficiu” urmează a se avea în vedere nu doar concepte simple, cum ar fi scăderea cheltuielilor prin faptul că pacientul nu e tratat în spital, unde costurile hoteliere sunt mai mari, ci și aspecte mai subtile care privesc creșterea gradului de independență, activitatea și integrarea socială a fostului (și eventual actualului) suferind psihic, chiar defectiv; precum și creșterea „calității vieții” atât pentru pacient (client), cât și pentru aparținătorii săi și comunitate. Preocuparea, pentru elaborarea unor scale de evaluare în această direcție nu este nouă. Putem menționa instrumentul MRSS (Morningside Rehabilitation Status Scale), elaborat în 1984 de Afflek și colab., și care se referă la 4 dimensiuni: 1/ independență/dependență; 2/ activitate/inactivitate; 3/ integrare socială/izolare; 4/ efectul simptomelor prezente. Pentru fiecare dimensiune există o evaluare între 0 și 7, iar evaluările se repetă, în timp. În ultimul timp se pune un accent tot mai mare asupra nevoilor persoanelor aflate în comunitate. În perspectiva problemei aduse în discuție, un instrument recent mai complex este Scala de evaluare a nevoilor (Camberwell CAM-F) (80). Aceasta are în vedere 22 itemi, mulți dintre aceștia fiind comuni cu cei utilizați în evaluarea „disabilităților” și a c.v. (incluzând însă, și simptome psihopatologice sau utilizarea de alcool și droguri).

Mai precis, itemii aduși în discuție sunt: 1. Locuința; 2. Alimentația; 3. Întreținerea menajului; 4. Igiena personală; 5. Activitățile cotidiene; 6. Sănătatea fizică; 7. Simptome psihotice; 8. Informații asupra afecțiunii și a tratamentului; 9. Retragera psihologică; 10. Securitatea personală; 11. Securitatea anturajului; 12. Alcool; 13. Droguri și medicamente; 14. Relații sociale; 15. Relații sentimentale; 16. Viața sexuală; 17. Îngrijirea copiilor; 18. Instrucție; 19. Utilizarea telefonului; 20. Utilizarea transportului în comun; 21. Aspecte financiare; 22. Ajutor social.

Aspectul deosebit al noii abordări a problemei, care e dezvoltată în acest instrument (și de către această nouă orientare a „satisfacerii nevoilor“), constă în faptul că se evaluează nu atât performanța, cât problema pe care o are individul în domeniul respectiv, în măsura în care, nu reușește să-și satisfacă singur nevoile firești; și, în continuare, se evaluează dacă în domeniile respective a primit și primește vreun sprijin (ajutor); și dacă da, atunci din partea cui, și cât de satisfăcător, pentru subiect, este acest ajutor. Vom exemplifica această concepție, prezentând felul în care se evaluează unul dintre itemii (3=întreținerea menajului) din instrumentul lui Phelan și colab.:

### 3. INTREȚINEREA MENAJULUI

Persoana are dificultăți în a-și ține menajul?

CAN0301

CAN0302

Sunteți capabil să vă țineți menajul?

Aveți ajutor?

0 = nici o problemă

De ex.: Casa poate fi în dezordine, dar utilizatorul o păstrează curată în ansamblu

1 = Nici o problemă/probleme moderate datorită unei intervenții continue

De ex.: Incapabil de a-și ține menajul, și primesc regulat un ajutor domestic

2 = Probleme serioase

De ex.: Casa este murdară și poate constitui un risc pentru sănătate

9 = Nu știe

Dacă cotarea este 0 sau 9 se trece la itemul 4

Persoana primește ajutor din partea amicilor sau a părinților pentru a-și ține menajul?

CAN0303

CAN0304

0 = Nici unul

1 = Puțin

De ex.: Incitarea persoanei sau ajutorarea la aranjarea și curățarea ocazională

2 = Moderat

De ex.: Incitarea persoanei sau ajutorul la aranjarea sau curățarea mai puțin de o dată pe săptămână

3 = Mult

De ex.: Supervizarea persoanei mai mult de o dată pe săptămână, spălarea tuturor hainelor și făcutul menajului

9 = Nu știe

Persoana primește ajutor din partea serviciilor locale pentru a-și ține menajul?

CAN0306

CAN0306

Persoana are nevoie de ajutor din partea serviciilor locale pentru a-și menține menajul?

CAN0307

CAN0308

0 = Nici unul

1 = Puțin

2 = Moderat

De ex.: Incitarea de către personal  
De ex.: Ajutor pentru anumite sarcini menajere

3 = Mult

De ex.: Majoritatea sarcinilor menajere sunt făcute de personal

9 = Nu știe

Persoana primește tipul de ajutor adecvat pentru a-și ține menajul?

CAN0309

CAN0310

(0 = Nu      1 = Da      9 = Necunoscut)

În ansamblu, este persoana satisfăcută de ajutorul primit pentru a-și ține menajul?

CAN0311

(0 = Nesatisfăcută      1 = Satisfăcută)

Investigațiile și evaluările se fac după aceeași schemă, la toți cei 22 de itemi menționați.

Evident, suntem cu un pas în plus față de simpla evaluare a c.v., chiar în perspectivă dinamică, de vreme ce se inventariază cine se implică în susținerea pacientului și ce satisfacție are el, în raport cu acest suport. Direcția de studiu și acțiune în acest domeniu continuă în cadrul programelor de reabilitare psihosocială.

O societate civilizată și democrată trebuie să-și asume responsabilități și cheltuieli. Dacă se acceptă că, în mijlocul nostru, trăiesc și activează, spre binele tuturor, persoane excepțional dotate, atunci se cere acceptat că, pe lângă populația obișnuită (pe lângă ceea ce stoicii au numit „aureas mediocritas“, expresie ce nu are în ea nimic peiorativ, ci se referă la semnificația adâncă a firescului vieții omenești), societatea trebuie să accepte și zonele sale de umbră și deficiență și să-și asume responsabil, îngrijirea și considerarea, din toate punctele de vedere, a oricărei ființe umane. Cercetările actuale, privitoare la calitatea vieții în psihiatrie, subliniază cu intensitate această problematică (81).

În împrejurările în care relațiile „bolnavului“, suferindului sau defectivului mintal cu societatea, se rezumau la binomul: prezență comunitară/versus internare în spitalul-azil, deciziile erau mai simple decât în prezent. La fel, evaluările economice. În măsura în care pentru suferindul mintal, pentru „beneficiarul“ serviciilor de sănătate mintală există alternative multiple, crește și complexitatea responsabilităților celor ce decid terapia și reabilitarea („pacientul“ fiind inclus între aceștia). Și la fel se complexifică analiza cost/eficiență. Ce servicii de asistență, terapie și recuperare sunt mai eficiente într-o anumită zonă comunitară? Care este costul pe care comunitatea îl plătește, direct sau indirect, pentru aceste servicii? Și care este costul dacă acestea lipsesc? Iată un set problematic a cărui studiere nu poate fi ocolită. De vreme ce „pacientul“ este partener în această ecuație, opinia sa trebuie să fie înregistrată și evaluată, așa cum se procedează în cadrul instrumentului de evaluare a nevoilor Camberwell, prezentat deja. În perspectivă economică, se cer realizate cercetări țintite. În această direcție, a fost lansat, recent, în Europa și SUA, programul „Epsilon“, care se află în curs de implementare. Primele rezultate au fost deja analizate în cadrul unor congrese internaționale și publicații de prestigiu (82).

### 3.6. Problema pericolozității

Tendința psihiatriei comunitare actuale de a menține cât mai mult „bolnavul” – pacientul, suferindul, clientul, beneficiarul serviciului de sănătate mintală în comunitate nu poate ocoli problema pericolozității unei astfel de atitudini. E vorba, pe de o parte, de riscul suicidar, pe de altă parte, de posibila perturbanță socială, agresivitate și potențial criminal al acestor persoane. Din ambele perspective, adică cel al auto și hetero-agresivității – duse până la limita morții – trebuie acceptată o largă zonă de tranziție și interferență între extreme: adică între normalitatea exemplară și patologia psihică majoră. Suicidul și parasuicidul (=tentativa de suicid, mai mult sau mai puțin demonstrativă) se întâlnesc predominant la persoane „normale” – putând avea grade variate de vulnerabilitate, aflate în situații reactive anormale. Dar, situațiile reactive sunt periferice în raport cu nucleul psihiatriei considerată ca boală din perspectivă medicală. Argumentele pentru sinucidere au fost – și rămân – în multe cazuri comprehensive. E vorba de sentimentul pierderii onoarei (și deci a stimei de sine) care, cel puțin în unele socio-culturi, ca cea japoneză, aproape că obligă individul la actul suicidar pe care dacă subiectul nu-l comite, el nu mai este acceptat ca un partener demn de respect în comunitate. Sunt și alte manifestări marginale normalității ce pot conduce la suicid, precum: pierderea idealurilor, o jertfă semnificativă, simbolică pentru comunitate, dorința de răzbunare (postumă), dure-rea psiho-fizică extremă, pierderea a ceva extrem de drag, o argumentare filosofică (ca la stoici și existențialiști). Aceste justificări ale actului suicidar țin de logos și spiritualitate (de lumea a 3-a a lui Popper, în sens lărgit) și nu propriu-zis de patologia bio-psihică. Deși, zona de tranziție există, fapt dovedit prin particularitățile de neuro-transmisie cerebrală a sinucigașilor, prin particularitățile etnice, prin influențele atmosferice și sezoniere etc. Desigur, bolnavii mintali, ce „beneficiază” de un diagnostic psihiatric, reprezintă, în cazul anumitor tipuri de tulburări, un procent net crescut de sinucideri față de media întregii populații zonale. Dar, în domeniul parasuicidului, rolul esențial pare a-l juca – în calitate de fundal – tulburarea de personalitate (cu tipologie dependentă, instabil-emoțională, depresivă, evitantă, histrionică etc.), în corelație cu rețeaua de suport social și intensitatea resimțită a stresorilor circumstanțiali. Ne plasăm, deci, într-o zonă intermediară. Suicidul realizat este mai frecvent la persoanele diagnosticate medical psihiatric cu tulburare afectivă periodică (monopolară și bipolară), în alcoolismul maladiv și la schizofreni. Dar, cele mai multe acte suicidare se petrec

în afara spitalizării, în perioade în care „boala“ se află într-un moment în care coabitează cu existența „normală“ a subiectului. Deci, tot într-o zonă intermediară (83).

În ceea ce privește pericolozitatea „bolnavului psihic“ față de alte persoane, aceasta este maximă la nivelul „tulburărilor de personalitate“, mai ales a psihopatului antisocial (sociopat) în condițiile combinației cu alcoolul și drogurile. Desigur, ea se petrece și în cazul unor tulburări psihotice schizofrene și delirante, dar într-un procent redus (nu foarte mult crescut) în raport cu violența generală interpersonală din cadrul comunității. O condiție importantă a hetero-agresivității o reprezintă suferințele organic-cerebrale (epilepsia, stările de după traumatisme craniene, postencefalitice, stările de după intervenții chirurgicale pe creier) și consumul de alcool (aceste două condiții se combină cel mai frecvent). Dar, și în acest caz, ne aflăm într-o zonă marginală a „bolilor psihice“ (a psihiatriei). Chiar dacă unele crime comise de bolnavii mintali schizofreni sau deliranți sunt extrem de impresionante, prin spectaculosul pe care-l induce monstruoșitatea lor incomprezibilă, ele nu reprezintă principala problemă a pericolozității sociale psihiatrice. Aceasta se evidențiază, așa cum s-a menționat, la zonele limitrofe ale psihiatriei și psihopatologiei propriu-zise (84),(85).

Se ridică constant problema: în ce măsură bolnavul psihic (sau fostul bolnav) poate fi menținut în comunitate, fără un pericol pentru aceasta. Răspunsul este afirmativ dar condiționat. Persoana ce a trecut printr-un episod psihotic poate fi constant menținută în comunitate, dacă tulburarea nu persistă la un nivel marcat psihopatologic: pacientul este compliant și urmează un tratament de întreținere cu controale periodice, fiind sub supervizarea unui „manager de caz“: dacă este cuprinsă într-un program de reabilitare psiho-socială și de integrare comunitară, dacă nu consumă alcool și droguri, dacă nu prezintă un fundal de personalitate, – prealabil sau defectiv, – marcat de o mare agresivitate în antecedente etc.

Pentru cazurile ce au avut contacte cu psihiatria (și deci cu psihiatrii) se pot elabora evaluări de „pericolozitate“. Acestea nu țin doar de diagnostic, ci și de o multitudine de factori între care: – modalitățile de comportament (agresiv) curente corelate tipului de personalitate și capacității de autocontrol pulsional; rețeaua de suport social; complianța terapeutică; rezultatul obținut în urma aplicării unor scale de evaluare a agresivității, a autocontrolului impulsurilor, a capacității de înțelegere a realității.

În orice caz, în fiecare țară există acte normative care reglementează internarea pentru tratament obligatoriu a bolnavului psihic „periculos“ pentru

sine și/sau alții. Acestea prevăd probarea periculozității prin declarații de la mai multe persoane, evaluarea diagnostică din partea specialiștilor, alte evaluări (menționate mai sus) și implică direct sau indirect justiția, astfel încât să nu se comită abuzuri prin privarea de libertate ce o presupune internarea obligatorie, mai ales în sensul abuzurilor psihiatrico-politice în țări cu regim totalitar. În principiu, orice internare psihiatrică ar trebui să se bazeze pe consimțământul persoanei în cauză, ceea ce nu e întotdeauna posibil. Negocierea cu persoana respectivă, în sensul unui dialog clar argumentat și insistent reluat, cu răbdare și perseverență, este totdeauna recomandabilă. La fel ca și discuțiile de tip negociere sau consiliere (eventual psihoterapie!) cu persoanele ce se află în apropierea pacientului „periculos”. Aceasta deoarece de multe ori tendințele agresive pot crește la majoritatea oamenilor, în condițiile în care nu sunt ascultați, sunt neînțeleși, ignorați, cărora li se ripostează fără argumente sau sunt tratați cu ostilitate, agresiune, constrângere (multe din situațiile menționate pot condiționa și stări depresive cu autoagresiune). Situația ridică și probleme etice (86). Acestea, sunt, de altfel, prezente cu ocazia instituirii oricărui tratament medical, în general, și psihiatric, în special, mai ales dacă se desfășoară în contextul internării. În prezent, se ridică tot mai mult problema consimțământului pacientului (menționăm că această „problemă” nu are o soluție univocă, dar nici nu poate fi ignorată, rămânând o constantă implicată în exercitarea profesiei de medic și, în special, de psihiatru). Consimțământul se referă la tratament, în general, și la internare în special. El are în vedere și opțiunile alternative. În principiu se consideră că orice pacient trebuie să fie informat clar și detaliat asupra bolii (tulburării) pe care o are, a posibilităților terapeutice, a avantajului și riscurilor terapeutice accesibile. Problema rămâne complexă și complicată datorită diverselor grade de discernământ pe care le poate avea un pacient, în general (de exemplu, el poate fi în comă, reprezentând o urgență medicală) și unul psihiatric în psihiatrie, în special (poate fi vorba de o demență avansată, de o psihoză delirant halucinatorie sau maniacal-agitată de intensitate majoră). În astfel de cazuri se cere, de obicei, după o evaluare expertală a incapacității bolnavului, de a lua o decizie, acordul scris al rudelor sau persoanelor responsabile socio-juridic de caz. Situațiile pot fi extrem de variate, astfel încât problema semnalată rămâne una deschisă (în sensul unei permanente dezbateri argumentate și critice în raport cu o cazuistică dată, cu situații concrete înregistrate, cu contextualitatea socio-culturală etc.). Mai precis, credem că alături de acceptarea de principiu a problematicii consimțământului, dezbaterea asupra acestei teme nu poate fi închisă odată pentru totdeauna. De altfel, în psihiatrie, cele mai dificile probleme

se ridică nu în zona ce poate fi ușor medicalizată a „bolii psihice“ (deși, persoanele ce au episoade maladive, pot avea și episoade intercritice de remisiune completă), cât mai ales în zona „anormalității“, unde se plasează tulburările de personalitate (de diverse grade și forme) și reacțiile „psihopatologice“ ale persoanelor vulnerabile. În toate aceste domenii nu se pot impune rețete definitive, ci e nevoie de un permanent forum de dezbatere, dialog, interpretare, argumentare.

Persoanele ce prezintă tulburări psihice, care necesită tratament, pot fi nu doar „periculoase la un moment dat“. Ele pot, prin comportamentul lor, să încalce normele legale, pot comite acte sau delikte pentru care societatea modernă aplică diverse sancțiuni, între care și cele privative de libertate (sau execuția capitală în unele state). A fost deja menționată comparația posibilă dintre situația alienatului mintal, mai ales a celui internat în spital, – cu cea a condamnatului juridic la detenție. Din perspectiva pe care o comentăm, în toate cazurile, în care cel care a comis un delict pedepsit de lege și e presupusă o tulburare mintală, se impune o expertiză psihiatrico-legală (87). Aceasta este necesară și în multe cazuri „civile“ privitor la acordarea de competențe sociale sau de interpretare a unor acte întreprinse, așa cum ar fi redactarea unei donații sau a unui testament. Este vorba de a stabili „discernământul“ subiectului în cauză, de a distinge între consecințele „bune“ sau „rele“ ale actului său; sau a capacității și abilităților sale de a face astfel de distincții, de a înțelege semnificația socială, pe termen scurt și lung, a ceea ce face sau ar putea face. În calitate de cetățean, persoana ce prezintă tulburări psihice de diverse tipuri și grade, poate fi apreciată ca având discernământ și capacitate psihică integră sau modificată de diverse grade. Acest fapt are consecințe asupra statutului său social ulterior, (88) deoarece aplicarea legii îl poate plasa în ipostaza de cetățean obișnuit ce suportă, ca toți ceilalți, consecințele legii; sau ca cetățean ce poate avea circumstanțe atenuante. Și, eventual, ca cetățean ce nu răspunde juridic (penal, civil) de ceea ce a făcut. Consecința poate fi un regim de detenție obișnuit, unul redus, unul în care i se aplică și tratamente psihiatrice; sau, plasarea într-o instituție psihiatrică, pentru a fi tratat până la „vindecarea completă și reinsertia socială armonioasă“ (!!!). Este evident că acest domeniu medico-psihiatric, etic și juridico-administrativ, rămâne unul deschis permanentelor analize și dezbateri, unor încercări și propuneri, unor metamorfoze continui care fac ca „întrebarea“ și „problematizarea“ domeniului să se instituie ca și constante.

### 3.7. Perspectiva familială asupra patologiei și terapiei psihiatrice

Familia reprezintă zona de legătură între individ și marea societate. Înainte de a fi cetățean al urbei – al țării și umanității și concomitent cu aceste calități – persoana conștientă este membru al familiei sale de origine și a celei ce și-o formează singur. Deși are o existență de sine stătătoare la un nivel supraindividual, micro-grupul familial se deosebește de altele în care subiectul e cuprins, prin intensitatea, permanența și durata prelungită a legăturilor și interacțiunilor. Precum și prin faptul că, la acest nivel se constituie și funcționează de obicei o zonă a intimității, în raport cu cea explicit „publică” în care se derulează viața comunitară. De aceea, înțelegerea persoanei ca membru al unei familii are o deosebită importanță atât pentru psihopatologie – adică în explicarea apariției și menținerii simptomelor psihopatologice, cât și în perspectiva acțiunii psihoterapeutice (89, 90, 91, 92).

Studiile de psihopatologie și terapie familială s-au dezvoltat progresiv în a doua jumătate a secolului XX, condiționate de o conjuncție de factori. Familia a fost implicată în etiopatogenia psihopatologică încă prin psihanaliza clasică, dar într-o manieră indirectă, predominant din perspectiva subiectului care introjectează „imagourile părinților”. Adler, elev al lui Freud, și-a dat seama că influența constantă și directă, pe care o exercită părinții în anumite familii, poate fi uneori nocivă pentru copil. De aceea, el a creat un tip nou de instituție, cunoscută în lumea anglo-saxonă ca „Child guidance clinic”. Familia este nucleul social de interacțiune cel mai constant și persistent pentru om, în cadrul exercitării rolurilor sale sociale. Totuși, chiar mișcarea psihologică „gestaltistă” și influența operei lui K. Levine nu au mutat atenția psihopatologilor asupra familiei până când nu s-a realizat o schimbare mai generală de mentalitate, în paralel cu apariția unor noi științe. Dintre acestea sunt citate ca importante pentru dezvoltarea psiho(patologiei) și (psiho)terapiei familiale, următoarele: teoria comunicării (Shannon), cibernetica (Winer), teoria sistemelor (Bertalanffi). Aceste doctrine au fost efectiv invocate în dezvoltarea terapiei familiale. Iar, în zilele noastre, în acest domeniu își găsesc aplicații teorii, precum cea a „determinismului non-linear”, a „catastrofelor”, a „haosului”, a „hermeneuticii”, „semioticii”, „mitologiei” în varianta sa modernă. Această corelație a înțelegerii dinamicii, psihopatologiei și psihoterapiei familiale, cu teorii de ordin general, ce au avut aplicații, în primul rând, în domeniul fizico-matematic și lingvistico-cultural

supraindividual, nu înseamnă o „de-personalizare“ a psihopatologiei, ci doar o lărgire a orizonturilor în cadrul unei societăți aflate în metamorfoză, care-și modifică constant perspectivele de auto-înțelegere și de acțiune asupra ei însăși. În mod constant și pe tot parcursul, orientarea familială despre care vorbim, a pus accentul asupra individualității persoanei umane conștiente în mijlocul inter-relațiilor și inter-comunicărilor strânse, ce se petrec în familie, asupra programelor de sprijinire a acestei individualități și a capacităților sale creatoare. Bowen, unul dintre pionierii domeniului, reunește sub denumirea generală de „diferențiere de sine“ comportamentele și capacitățile individuale ale membrilor unei unități familiale, fie că sunt creditare sau câștigate. Aptitudinea fiecăruia, de a menține o separare între sistemele sale emoționale și intelectuale, e determinată de trecutul său multigenerațional, precum și de experiențele pe care le-a trăit în propria sa familie. Bowen a elaborat și o scală a diferențierii de sine, obiectivul dezvoltării persoanei normale fiind să se atingă un maximum al acesteia. Familiile în care nu există o diferențiere suficientă a sinelui persoanelor ce o compun, ar constitui o „masă nediferențiată de egouri“.

Terapia familială își are rațiunea de a fi în ideea că funcționarea familiei, în ansamblu, poate fi perturbată. Iar „pacientul“ sau „simptomul“, mai precis manifestările psihopatologice pe care pacientul le evidențiază și care ajung în vizorul terapeutului, sunt o expresie a acestei perturbări globale, sistemice. Familia este un micro-grup uman ce interacționează strâns și care, din multe puncte de vedere, e asimetric. Între membrii familiei există legături mai mult sau mai puțin apropiate și cu diverse semnificații (dragoste, ură, dependență, ambivalență, dominanță, indiferență). Ei comunică într-o manieră complexă, lingvistic și metalingvistic, cu sensuri clare, ambigui sau contradictorii. Comunicările pot fi cu dublu sens, astfel încât un tip de mesaj recepționat condiționează un alt tip de mesaj reciproc condiționat. În familie există diverse roluri (paternale: de mamă, tată; de copil; fraternale; de bunic sau unchi) și funcționează tacit diverse reguli, mai mult sau mai puțin respectate de membri. Unii dintre aceștia au mai multă putere și control asupra altora; între membrii familiei se pot realiza și se realizează alianțe, există relații externe pentru toți (sau aproape toți) membrii familiei. Totuși, e mereu prezentă și tendința de a păstra o homeostazie, de a se menține tot timpul o coerență a familiei. Ceea ce se petrece cu un membru al familiei tinde să se repercuteze asupra tuturor celorlalți, la fel ca în orice sistem. Dincolo de întâmplările neprevăzute și de modificările proiectate pe termen scurt, există o dinamică a familiei pe timp mediu și lung, care ține de însăși ciclurile vieții: copiii cresc, unii pleacă din familie sau se căsătoresc, rămânând în interiorul ei, părinții îmbătrânesc, unii mor ș.a.m.d.

În corelație cu studiile privitoare la psihopatologia developmentală și cea corelată ciclurilor vieții (~~care va fi comentată în capitolul următor~~) s-au dezvoltat cercetări sistematice în ceea ce privește psihologia și psihopatologia developmentală a familiei, considerată în ansamblu, context ce încadrează destinul individual al persoanei. Se poate vorbi în mod pertinent de „cicluri ale dezvoltării familiale“ (93), indiferent care este punctul de plecare. De exemplu, dacă se ia ca moment de referință întemeierea unei noi familii, prin căsătoria unui bărbat cu o femeie, evenimentul are în spate istoria biografică a dezvoltării fiecăruia dintre ei în cadrul propriei familii, până la vârsta la care s-au căsătorit. Aceasta se articulează cu cea a familiei lor de origine, a contextului familial în care s-au născut și au crescut, ceea ce implică o multitudine de factori, precum: vârsta părinților la nașterea sa; – relațiile psihice dintre părinți; – perioada concepției și nașterii sale; în ce măsură a fost un copil dorit sau nu; – cum s-a realizat procesul de maternaj în primul an (ceea ce implică toate relațiile intrafamiliale ce au putut influența mama în această perioadă); – cum s-au realizat comunicările intrafamiliale în primii 3–4 ani de viață; – cum s-au desfășurat relațiile cu frații (dacă au existat) de-a lungul întregii copilării; – care a fost influența asupra copilului în dezvoltarea altor membri ai familiei lărgite (bunici, unchi, rude); – care a fost, în familie, sistemul de comunicare (extra-verbală și verbală), cel de derulare a normelor (de permisivitate, interdicție și obligație), stilul sancțiunilor și recompenselor, modelele de identificare, alianțele și dinamica afectivă intrafamilială. Toate acestea se corelează, desigur, cu posibile influențe extrafamiliale, cum ar fi: grupul de prieteni, influențele din cadrul grădiniței și școlii, modelele ideale vehiculate de cultură prin mas-media. Influențele familiale sunt importante de reținut, mai ales dacă se ia în considerare multitudinea situațiilor anormale și patologice posibile: faptul de a crește, de la început sau de la o anumită vârstă, cu un părinte unic, cu unul vitreg, faptul de a fi crescut de rude, în instituții, cu relații afective impersonale, perioade de vagabondaj sub regimul „copiilor străzii“ etc.

De asemenea, este importantă anormalitatea sau patologia fizică, dar mai ales psihică, ce se poate desfășura în propria familie. Dincolo de distorsiunile de comunicare, de tensiune și conflicte persistente, de neclaritate a rolurilor, de perturbare a modelelor de identificare, de lipsa de afecțiune sau de educare din partea părinților, se pot menționa și situații, precum: – prezența unei tulburări psihice (de diverse intensități și forme) la unul din părinți (sau la mai mulți din membrii familiei cu care copilul coabitează), manifestată de la diverse vârste de existență a copilului sau tânărului (ce are sau nu posibilitatea de a se detașa de

aceste influențe). Comportamentul abnorm, disocial al unuia (sau a ambilor) din părinți, în relațiile dintre ei și în cele cu copilul; alcoolismul și agresivitatea, comportamentul abuziv (psihic, fizic și sexual) față de copil, „atmosfera” psihologică din familie, stilul educativ. Toate acestea pot influența personogeneza, desigur, în balans cu factorii de posibilă compensare extrafamilială. Astfel încât, în momentul căsătoriei, subiectul poartă, în structura psihismului său, amprenta biografică a propriei copilării și toate experiențele juvenile semnificative.

S-au încercat sistematizări ale acestor influențe extrem de variate, pe care le suportă un copil sau un tânăr în perioada personogenezei. În ultimul deceniu, sistemul internațional de clasificare a tulburărilor psihice și comportamentale ICD-10 a propus o astfel de ordonare (94).<sup>17</sup>

Axa 5 a schemei de clasificare multiaxială, pentru îmbolnăviri psihiatrice ale copilului și adolescentului din ICD-10, se referă la „împrejurări psihosociale asociate”. Ea poate fi completată pe baza informațiilor obținute prin interviul (structurat sau semistrukturat) ce are loc cu părinții sau cu alți informanți credibili și se referă la prezent și la perioadele anterioare. Aspectele acestor influențe sunt foarte multe și, de aceea, structura interviului trebuie să fie flexibilă, având totuși în vedere cât mai multe eventualități. După ce se obțin informații de bază asupra copilului și familiei acestuia, se investighează în mod special:

- ambianța abnormă de viață (actuală sau în trecut);
- educarea într-o instituție;
- situații amenințătoare ce au apărut în urma plecării din propria familie;
- situații parentale deviante (un părinte alcoolic);
- factori traumatizanți cronici, de natură interumană, legați de școală;
- neliniște generată de școală;
- migrația sau transplant social;
- condiții de viață cu o posibilă periclitate psiho-socială;
- familia izolată;
- evenimente de viață acute, traumatizante (pierderea unei relații dragi, relație perturbată prin apariția de noi membri în familie, evenimente care duc la scăderea respectului față de sine);
- factori traumatizanți de ordin social (discriminare);
- abuz sexual;
- condiții anormale de educație (atitudine hiperprotectoare a părinților);
- educație care nu permite o experiență suficientă: – solicitări și presiuni excesive din partea părinților;
- relații intrafamiliale anormale (lipsă de căldură în relația copil-părinte);
- dizarmonie în familie între adulți;
- respingerea dușmănoasă sau tratarea copilului

<sup>17</sup> Temele prezente în acest instrument se regăsesc în comentariile de la începutul capitolului de față, precum și în următorul (mai ales, paragraful 4.3.2.8); o parte se regăsește în codurile Z din ICD-10 și în axa III din diagnosticul pe axe al acestui sistem (paragrafele 2.7.2., 2.10).

ca pe un „țap ispășitor“; – maltratarea corporală a copilului; – comunicare intrafamilială inadecvată sau distorsionată: – tulburare psihică sau handicap la un membru al familiei (mai ales la un părinte sau frate).

S-a elaborat și o scală – și un chestionar – care încearcă să evalueze la adult, prin rememorare, elementele esențiale ce au marcat dezvoltarea, cu accent pe influențele intrafamiliale. Dintr-o altă perspectivă, complementară, s-au dezvoltat studii care să analizeze perioada copilăriei sale, și să le eticheteze printr-o serie de calificative. Aceasta este ideea chestionarului EMBU, elaborat de Perris (95) și care s-a dovedit a releva diferențe semnificative între persoanele vulnerabile pentru anumite tulburări psihice. Structura EMBU este următoarea:

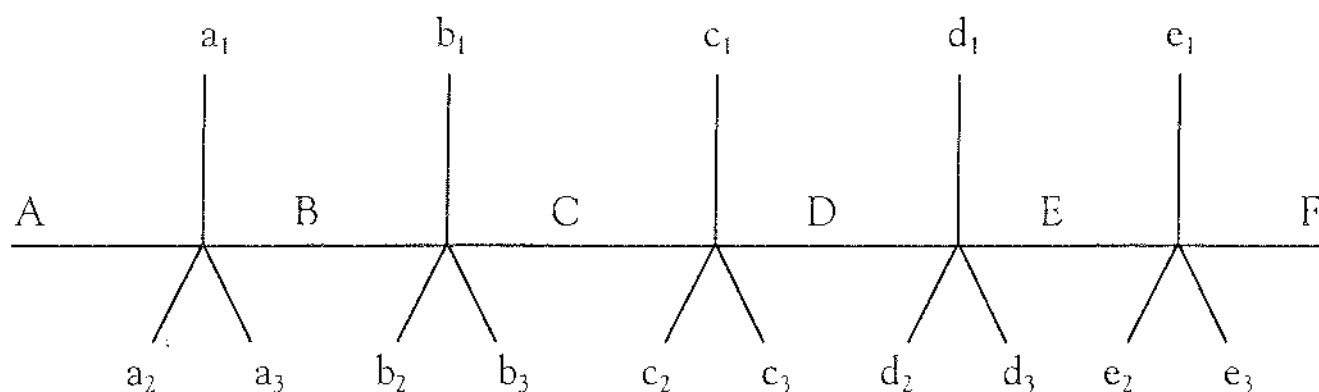
EMBU a lui C. Perris conține 81 de întrebări la care subiectul este invitat să răspundă prin 4 variante: 1 = niciodată; 2 = rareori; 3 = deseori; 4 = întotdeauna. Întrebările se referă separat, pentru mamă și tată. Iată primele întrebări: 1. Ați simțit că părinții (după caz, mama sau tata) se amestecau în tot ce faceți? 2. Părinții (—) v-au dovedit prin gesturi și cuvinte că vă plăceau? 3. Ați fost răsfățat de părinți (—) în comparație cu ceilalți frați sau surori? ... 6. Se întâmpla ca părinții (—) să vă pedepsească, chiar pentru mici prostii (pozne)? ... 10. Vi s-a permis să aveți lucruri care celorlalți frați sau surori nu le erau permise? Prin decodarea răspunsurilor, se identifică următoarele tipuri de atitudine parentală (ale tatălui sau mamei): – abuziv; – privativ; – punitiv; – umilitor; – rejectiv; – supraprotectiv; – supraimplicat; – tolerant; – afectuos; – orientând performanța; – generator de culpabilitate; – stimulat; – favorizând pe ceilalți; – favorizând subiectul. O variantă simplificată (Arriandel) reține doar 3 factori mai importanți: rejectie, căldură emoțională, supraprotecție.

Dacă pornim de la momentul căsătoriei, o a doua dinamică a ciclului familial continuă, adăugându-se o nouă structură asupra celei marcate de familia de origine.<sup>18</sup> Pe de o parte, subiectul, ce și-a întemeiat propria familie, păstrează, în spate, nu doar relațiile interiorizate, ci și cele nemijlocite cu propria familie de origine, cu care poate conviețui mai mult sau mai puțin apropiat fizic și prin implicare comportamental afectivă. Pe de altă parte, există o dinamică proprie – un „ciclu“ al acestei noi familii constituite, care parcurge o perioadă inițială de adaptare reciprocă a partenerilor, precum și numeroase variante ulterioare care pot consta din: – adaptare, înțelegere, stabilitate; – perioade de criză ce se pot încheia cu împăcare, cu despărțire temporară sau definitivă; – planificarea unui

<sup>18</sup> A se vedea paragraful 4.3.2.-8.

copil și preocuparea față de el, după naștere; – apariția altor copii și rolul jucat de fiecare părinte în cadrul familiei lărgite (care poate cuprinde și o parte din propriii părinți și rude, alte persoane apropiate, alții copii sau tineri adoptați în familie) etc. Pe măsură ce copiii cresc, apar diverse probleme legate de școlarizare, de integrarea lor în societate, mai târziu, de propriile lor relații afective, plecarea de acasă, și/sau de căsătoria propriilor copii și de relațiile cu familiile cunoscuților acestora etc.

Deși problematica și relațiile pe care le implică dinamica ciclurilor familiale pare infinită, ea poate fi, totuși, trecută în revistă în perspectiva unor elemente esențiale. Astfel, privitor la dinamica unui cuplu familial, se poate concepe cu o schemă de felul următor:



Perioada	Secvența
A=curtarea (prietenia)	→ a <sub>1</sub> =căsătorie/a <sub>2</sub> = concubinaj/a <sub>3</sub> =eșec
B=planificarea unui copil	→ b <sub>1</sub> =nașterea/b <sub>2</sub> =adoptiunea/b <sub>3</sub> =avort, moartea copilului
C=dizarmonie familială	→ c <sub>1</sub> =împăcare/c <sub>2</sub> =despărțire/c <sub>3</sub> =divorț
D=boala partenerului	→ d <sub>1</sub> =vindecare/d <sub>2</sub> =defect/d <sub>3</sub> =deces
E=inițierea unei noi legături	→ e <sub>1</sub> =recăsătorie/e <sub>2</sub> =concubinaj/e <sub>3</sub> =eșec
F=armonie, înțelegere și alte variante	

Figura XIX. Prezentarea schematică a posibilităților evolutive ale ciclului propriii familiei (după Lăzărescu)

Într-un sens mai larg, se cere implicată și familia de origine, precum și destinul propriilor copii. Toată această dinamică se desfășoară în paralel, cuprinsă în contextul nișei ecologice umane proprii, a sistemelor de relații ale tuturor membrilor familiei ce trăiesc într-o socio-cultură determinată, nemijlocit și mijlocit. Iar dinamica familiei, în ansamblu, este parțial previzibilă, parțial marcată de imprevizibil.

Destinul persoanei individuale se încadrează în acest context uman proximal.

Elementele de bază ale vieții familiale considerată ca entitate supraindividuală, rezumate mai sus, pot prezenta diverse distorsiuni, ce au drept consecință deviații psihice ce se pot amplifica prin feed-back negativ, conducând la tulburări psihopatologice. Terapeutul familial are ca prim obiectiv să se apropie și să se facă acceptat de către familie, să observe particularitățile (distorsiunile) interne ale acesteia, care, deseori, se bazează pe o „triangulație“. Adică pe legătura sau coalizarea a doi membri ce victimizează pe un al treilea. Tulburarea sau simptomul, ce apare la unul din membrii familiei, deranjează și-i face să sufere pe ceilalți, care apelează la ajutor extern. Dar, în multe cazuri se constată că familia e foarte rezistentă la schimbarea modelelor sale de comunicare și comportament, care condiționează, cel puțin parțial, apariția simptomelor psihopatologice. Astfel încât, dacă se produce o remisiune a simptomatologiei „pacientului“, ea nu este însoțită întotdeauna de acele modificări ale fundalului familial care ar face ca „fostul suferind“ să nu recadă. Terapia familială ar avea, deci, un rol la acest nivel de profunzime, intenționând să metamorfozeze regulile, în ceea ce privește comunicarea distorsionată a membrilor săi, stilul de viață care provoacă sau întreține un simptom la un anumit pacient.

În general, terapiile familiale se axează pe starea prezentă a familiei, pe caracteristicile actuale ale regulilor etc. Totuși, unele doctrine nu refuză apelul la reactualizarea trecutului, care se cere a fi comentat, clarificat și făcut transparent. Uneori devine clar că cel ce trebuie tratat în mod deosebit nu e pacientul oficial, ci un alt membru al familiei, iar o astfel de intervenție nu e totdeauna o sarcină ușoară. Alteori, pragul de patologie este la marginea normalului la mai mulți membri; dar, în prim plan, doar unul apare ca pacient (83). Un fapt interesant și important, atât doctrinar, cât și practic, terapeutic, este acela că, în perspectiva transgenerațională, mulți părinți au un mod de comportament față de copiii lor, care repetă modelul comportamental al propriilor părinți față de ei; și care este înscris profund în structura propriului psihism. Pentru terapii familiale, obiectivul este ca familia să-și conștientizeze cât mai mult propriile

caracteristici, astfel încât să se înscrie într-un proces de dezvoltare, într-o transformare pozitivă în ansamblul ei. Bineînțeles, cel care a fost ocazia apelului la terapeut, adică „pacientul”, urmează și el să devină liber de simptome și să se metamorfozeze pozitiv în direcția unui echilibru sufletesc și a unei maturități psihice de ansamblu. Acesta este idealul procesului terapeutic.

Concepțiile despre patologia familiei, considerată ca ansamblu, și despre terapiile familiale sunt deosebit de numeroase. Unele dintre ele reprezintă însă aplicarea la acest cadru a altor orientări doctrinare, cum ar fi cea psihanalitică, comportamental cognitivă etc. De obicei, manualele încep comentariile cu studiile de la Palo Alto, realizate în jurul lui Bateson, privitoare la perturbarea comunicării mamă-copil în cazul schizofreniei, studii corelate cu teoria comunicării și apoi cu cibernetica. Nu vom insista asupra acestora. Perioada era însă pe atunci pregătită pentru dezvoltarea terapiei familiale. Tot la Palo Alto, în 1959, Jackson fondează în această direcție „Mintal Research Institute” (MRI), la care se atașează Watzlawick. Între timp, în aceeași direcție, pe coasta de est a SUA, se afirmă Ackerman. Bowen și Boszormeny-Nagy sunt alte figuri importante ale începuturilor.

Vom menționa câteva aspecte ale abordării structurale, dezvoltate de Minuchin și Montalvo. Autorii consideră că interacțiunile familiale se înscriu în canavaua preorganizată pe care o constituie structura familială care aparține unui alt ordin de realitate decât membrii sistemului familial. O asemenea structură presupune anumite reguli supraindividuale, sub-sisteme și frontiere între persoane (și subsisteme). Întreaga familie poate fi situată pe o axă care, în funcție de aceste frontiere, se plasează la doi poli opuși:

frontiere rigide – frontiere clare – frontiere difuze

dezangajare – zonă de normalitate – amestec

Această problemă a frontierelor persoanei (sinelui) o regăsim, sub o altă incidență, la Bowen (deja menționat) și la alții. Autorii orientării structurale vorbesc deschis despre „distanțe interpersonale” (fapt ce permite o articulare cu psihopatologia de orientare fenomenologică). Aceste „distanțe” se manifestă în cadrul familiei (ele se pot manifesta și în afara acesteia), dincolo de tipul de „frontiere” personale (rigide, clare, difuze) și prin aspectul relațional care poate fi de afiliație, asociație, implicație, conflict, coalizare, deviație. Minuchin a imaginat, pentru toate aceste aspecte, semne grafice, care permit „vizualizarea” diverselor situații ale unei familii, din diverse puncte de vedere. Alte aspecte, pe care viziunea autorului le subliniază, sunt: complementaritatea (= comportamentele a doi membri ai familiei se adaptează reciproc, astfel încât, dacă unul afișează

anumite aspecte ale persoanei sale, celălalt afișează o trăsătură complementară). Simptomul (psihopatologic) e susținut de întreaga structură a familiei, și face parte din aceasta. Familia constituie un sistem deschis care funcționează în contexte sociale specifice. Acest sistem se dezvoltă în cursul timpului, trecând printr-un anumit număr de etape ce necesită fiecare o restructurare. Terapeutul e orientat spre prezent; după ce face eforturi să evalueze și să aducă la lumină structura familială, el se străduiește să creeze condițiile care să permită transformarea acestei structuri. Sunt utilizate diverse tehnici. Ele delimitează frontierele, pot induce tensiuni stresante care să permită restructurarea, pot atribui sarcini terapeutice, pot să utilizeze simptomele, să manipuleze ambianța afectivă, să susțină, să intervină, să conducă anumite persoane din familie.

Apropiată de abordarea sistemică este cea strategică, elaborată în mare măsură de Haley, care s-a inspirat mult din opera lui Erikson, și pune accentul pe transformare. Terapia se desfășoară în multe faze: – preparare și cooperare; – rezolvarea problemelor; – faza terminală. Terapeutul trebuie să țină cont în formularea diagnosticului și de disfuncționalitatea pe care o constată. Sunt avute în vedere patru variabile: – protecția (care se referă la motivația unor membri ai familiei de a-i ajuta pe alții); – unitatea (din perspectiva triangulației deja menționată, a partajării membrilor familiei aflate în terapie); – secvențele (care pot fi evidențiate în manieră liniară sau circulară); – ierarhia (descrisă într-un context generațional al exprimării dragostei, protecției și puterii într-o familie). Apoi urmează „directivele” ce țin de metoda terapeutică propriu-zisă; unele directive pot fi preparatorii, se poate recurge la paradoxuri, e nevoie să se țină cont de simpatii, competiție și empatie.

– Una din orientările importante ale terapiei familiale este cea experiențială inițiată, pe de o parte, de Wtaker, pe de altă parte, de doamna Satir. Această orientare pune un mare accent pe implicarea totală a terapeutului cu inconștientul, imaginarul și creativitatea sa în desfășurarea procesului terapiei, utilizând tehnici împrumutate din variate programe psihoterapeutice. E de reținut, în mod deosebit, viziunea optimistă și general antropologică a d-nei Virginia Satir, care compară familia cu un organism în creștere și dezvoltare și crede în mod constant în sensul pozitiv al acestui proces, atât pentru familie în ansamblu, cât și pentru individ în parte, în direcția creativității și a afirmării dincolo de familie, în diverse nivele antropologice supraordonate. Terapia e concepută ca un proces de stimulare a sintezei, prin aceasta depășindu-se „simptomele” și psihopatologia, atât la nivelul familiei, cât și la nivelul individului. Sintează prin care se reunesc părți preexistente, dar separate sau dispersate, eventual latente.

Se pune accent pe afirmarea individului în afara familiei, în diversele contexte social-valorige ale culturii în care trăiește.

O dată ce procesul psiho-terapeutic și al etio-patogeniei psihopatologice, ce stă la baza a ceea ce trebuie tratat, a fost extins dincolo de individ la relațiile interpersonal-duale, la familia simplă și lărgită, la familia privită în perspectivă transgenerațională, procesul nu mai poate fi oprit de a se extinde și mai departe.

A apărut, astfel, ideea practicii „terapii în rețea“, în legătură cu care e frecvent citat Speck. Se are acum în vedere, pentru discutarea problematicii unui caz psihopatologic – ce în alți termeni poate fi considerat ca și un simptom al familiei patologice – o rețea mult mai largă din care fac parte prieteni, vecini, colaboratori, diverși indivizi care au o legătură semnificativă cu cazul dat. Suntem deja în afara „teoriei familiei“ în zona „teoriei rețelelor sociale“. Mai precis, se revine la identificarea și implicarea „rețelei de suport social“ (problemă care a fost deja comentată) și se încearcă reunirea periodică a acesteia pentru dezbateră causală a problemelor unuia din membrii acesteia. Procedul este, desigur, foarte dificil și costisitor; dar însăși existența acestei idei, încercările de acțiune practică în acest domeniu, readuc în discuție problema mai general antropologică a distanțelor sociale, a contactelor, și legăturilor sociale ce pot uneori funcționa pozitiv. În forma ce a fost propusă inițial, intervenția în rețea nu a putut dăinui; dar ea se regăsește în multiple aspecte ale psihiatriei comunitare din zilele noastre.

În marginea psihoterapiei familiale mai sunt de comentat câteva probleme actuale. În primul rând, e de clarificat conceptul de familie care, cel puțin în ultimul deceniu al secolului XX, simte nevoia unei delimitări și reformulări în raport cu tradiția. E adevărat că, din punct de vedere istorico-cultural, tipurile de familie (deci și definiția lor) au fost destul de variate, fapt ce face dificilă transpunerea conceptelor și experiențelor bazate pe familia nucleară europeană (tată-mamă-copil) pe alte tipuri de familii (cum ar fi cea islamic-poligamică). Problemele actuale vin însă și din alte direcții. De exemplu, dinspre mișcarea de liberalizare homosexuală, care luptă pentru dreptul de a se întemeia familii formate din persoane de același sex. Problema se complică enorm atunci când aceste cupluri, odată legalizate, capătă drept de adopțiune a copiilor.

Una din cele mai pasionante direcții de dezvoltare ale terapiei familiale contemporane este „constructivismul social“ și sublinierea rolului narațiunii ce devine, în prezent, evidentă, după ce multă vreme ideea a fost subestimată (ca, de exemplu, de concepția comportamentalistă). Relațiile dintre oameni se realizează prin limbaj, prin jocuri și construcții lingvistice. Psihanaliza lui Freud a presimțit

acest fapt, dar nu l-a dezvoltat decât în cadrul curei terapeutice, iar Lacan i-a acordat importanță doar în contextul semioticii psihanalist structuraliste. Totuși, însăși trăirea și înțelegerea conceptelor de „eu“, „tu“, „noi“ și „ceilalți“ se realizează prin discurs, prin narațiuni, prin etichetare, prin logos.

La sfârșitul anilor '80 (ai sec. XX) se dezvoltă o mișcare de idei care încearcă să mute atenția de la perspectiva riguros cibernetică și limbajul ei – la care se referea Bateson, când a inițiat, la Palo Alto, bazele ce au stat la dezvoltarea terapiei familiale – spre o altă viziune, ce pune accentul pe limbajul și metaforele ce derivă din literatură, considerându-se că astfel se poate trece de la înțelegerea omului din epoca modernă (căreia cibernetica i-ar fi tributară) spre cea post modernă. Pentru această idee a pledat, inițial, K.J. Gergen (din Pennsylvania). Ulterior, M. White a acordat tot mai mare atenție „povestirilor“ (relatărilor) care au o importanță capitală pentru construcția semnificației experienței individuale. „Problemele (persoanele) sunt înscrise în limbaj“, cred și cercetătorii de la centrul Milwaukee (din SUA) – Anderson, Goolishian și alții. Se impune tot mai mult ideea dialogului în raport cu cea a intervenției, organizându-se o „terapie colaborativă“. A apărut, de asemenea, și un nou concept, cel al „cunoașterii de al treilea tip“ (L. Hoffman) care nu se referă nici la lumea exterioară, nici la cea interioară, ci la un „spațiu relațional terapeutic“. (Această idee poate fi apropiată de cea a „obiectelor tranziționale“ comentate de Winnicott, ce va fi prezentată în capitolul următor).<sup>19</sup> Oricum, s-a dezvoltat o orientare ce pune un accent crescut pe valențele limbajului comunicativ, reprezentational, narativ – ca aspect esențial nu doar în existența individuală, ci și în interacțiunile intrafamiliale – normale sau distorsionate și în practica unei terapii familiale constructiviste ce utilizează limbajul, formulările realizate prin limbaj nu doar în sens strict expresiv sau comunicativ, ci și reprezentational, asertiv, „mitic“ și ontic.<sup>20</sup> Deci, o invocare a „lumii“ a 3-a a lui Popper, desigur, într-un sens lărgit și special. Practica psihoterapeutică din acest domeniu a început să abordeze tot mai detaliat „mitologiile“ familiale, ce influențează individul și apoi se pot transmite transgenerațional.

Psihologia, patologia și psihoterapia, privite din perspectiva familiei, nu anulază centrul de greutate al psihopatologiei care rămâne la nivelul persoanei umane conștiente, la nivelul individual al antroposului.

<sup>19</sup> Problema e reluată în Cap. 4 și 5.

<sup>20</sup> Vezi paragraful 4.3.2.-3.

### 3. Bibliografie, note, comentarii

70. Modificarea de atitudine socio-culturală globală în direcția democratizării societății a propulsat „bolnavul” sau „defectivul” psihic grav din reclusiunea spitalicească spre existența în comunitate, alături de ceilalți concetățeni ai săi, fapt ce a inspirat și titlul acestui capitol. Mutația nu s-a făcut lin, uneori au existat exagerări în „dezinstituționalizare”, societatea nu a fost (și nici în prezent nu este) suficient pregătită pentru a conviețui alături de aceste persoane, dar drumul este ireversibil. În dezvoltarea capitolului vor fi comentate câteva aspecte ale acestui proces, cu unele trimiteri bibliografice. În prezent, există asociații internaționale, congrese, reviste și nenumărate publicații pe această temă din care nu putem alege, drept bibliografic, doar câteva. Menționăm de la început:
- a) Mironțov-Țuculescu, V., Predescu, V., et al (1986), *Sănătate mintală în lumea contemporană*, Ed. Medicală, București. Aceasta a fost prima carte, care abordează această problemă, redactată și publicată în România și care poate fi și, în prezent, citită cu interes.
  - b) Mosher, L.R., Burti, L., (1989), *Community Mental Health*, Ed. Norton & Company, New York – London.
  - c) Breakey, W.R. ed. (2001), *Servicii integrate de sănătate mintală*, Ed. Fundației PRO, București.

Modificarea de optică a condus și la felul în care sunt redactate tratatele. Astfel, *Tratatul European de Psihiatrie*, publicat în 1991, ca replică la cel american, se intitulează:

- d) Seva, A., (1991), *European Handbook of Psychiatry and Mental Health*, (s.n.) Ed. Antropos, Saragosa.

Pe de altă parte, nici un tratat de „Psihiatrie” nu se mai rezumă la „psihiatra clinică”, cea centrată pe cazul psihiatric, sistemul nosologico-nosografic și tratamentul spitalicesc, ci are în vedere și această nouă dimensiune. Astfel, de exemplu, *Tratatul* publicat de Murray și Hill (citată la bibl. 28. a) cuprinde capitolele: 19. Psihiatria în practica generală; 20. Psihiatria comunitară și evaluarea serviciilor; 21. Psihiatria de legătură etc.

71. Bibliografia în acest domeniu este, de asemenea, imensă, incluzând cărți, reviste specializate, publicații în reviste curente de prestigiu, congrese și simpozioane orientate în acest domeniu etc. Vom menționa câteva titluri bibliografice, alese aleator:

- a) Talbott, J. A., (1997), „De la desinstitutionalisation au „managed care”, *L'information Psychiatrique*, 73, p. 806–812.
- b) Thornicroft, G., Tansella, M., (2001), „Modelul matricial al sănătății mintale”, Ed. Medicală, București.
- c) Wilkinson, G., Piccinelli, M. et al, (1995), „An evolution of community-based psychiatric care of people with long-term mental illness”, *The British J. of Psychiatry*, 167, p. 26–32.

- d) Winslow, W.W., (1979), *The changing role of psychiatrists in community mental health center*, American Journal of Psychiatry, 136, p. 24–27.
- e) Wolf, J., van Weeghel, J., (1997), „Innovations dans les soins psychiatriques“, *L'information Psychiatrique*, 73, p. 765–772.
- f) Loff, J., (1993), „The TAPS Project: Evaluating Community Placement of Long – stay Psychiatric Patients“, *The British Journal of Psychiatry*, Suppl., 162.
- g) Drake, R.E., Becker, D.R. et al., „Partial hospitalization vs supported employment: Vocational outcomes“, *Community Mental Health Journal*, 30, p. 519–532.
- h) Donovan, C.M., (1982), „Problems of psychiatric practice in community mental health centers“, *Am. J. of Psychiatry*, 139.
- i) Chamberlain, R., Rapp, C.A., (1991), „A decade of case management: a methodological review of outcome research“, *Community Mental Health Journal*, 27, p. 171–188.
- j) Bammel, J., (1994), *Psychosen, aus dem schizophrenen Familienkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige*, Springer, Berlin. Lucrări și texte, ca cele citate mai sus, au fost redactate de autorii englezi, apoi în diverse țări, inclusiv de WPA. Ele există și în România.
72. Üstun, T.B., (1998), *Mental Disorders in Primary Care – A World Health Organisation training package*, Geneva, WHO.
73. Goldberg, D., Benjamin, S. et al., (1987), *Psychiatrie in medical practice*, Routledge, London.
74. Lăzărescu, M., Mircea, T., Sturz, O., (2001), *Ghid de sănătate mintală și psihiatrie pentru medicii de familie*, Ed. Solness, Timișoara.
75. The WPA Global Programme Against Stigma and Discrimination because of Schizophrenia (1997), Sartorius, N., WHO, Geneva.
76. Lăzărescu, M., *Calitatea vieții în Psihiatrie* (1999), Ed. Infomedica, București.
77. Katschnig, H., Freeman, H., Sartorius, N., (1998), *Quality of Life in Mental Disorders*, Ed. John Willey & Sons, New York.
78. Haffner, H., Heinden, W., (1991), „Evaluating effectiveness and cost of community care for schizophrenia patients“, *Schizophrenia Bulletin*, 173, p. 441–451.
79. Knapp, M., Beecham, J. et al., (1994), „Service use and cost of home-based versus hospital, based care for people with serious mental illness“, *The British Journal of Psychiatry*, 165, p. 195–203.
80. Phelan, M. et al., (1995), „The Camberwell assessments of need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness“, *The British Journal of Psychiatry*, 157, p. 589–591.
81. Bebbington, P. E., (1990), „Population Surveys of psychiatric disorder and the need for treatment“, *Social Psychol. and Psychiat. Epidem.*, 25 (I), p. 33–34.
82. Thornicroft, G. et al., (2000), „Reliable outcome resources for mental health service research in five European Countries: the EPSILON study“ in *The*

83. Cosman, D., (1999), *Sinuciderea*, Ed. Risoprint, Cluj.
84. Prelipceanu, D., (1993), *Adaptare, pericolozitate și boală psihică*, Teză de doctorat, Universitatea de Medicină și Farmacie Timișoara.
85. Prelipceanu, D., (2000), „Aspecte juridice contemporane în sănătatea mintală“, în: Prelipceanu D., Mihăilescu, R., et all, ed., *Tratat de Sănătate Mintală*, Ed. Enciclopedică, București, p. 559 – 568.
86. Bloch, S., Chodoff, P., (2000), *Etică Psihiatrică*, Asociația Psihiatrilor Liberi, București.
87. Ardeleanu H., Mihalache, G., (2000), *Practica expertizei medico-legale în psihiatrie*, Ed. Ireira, Oradea.
88. Găldău, Fl., (1995), „Statutul juridic al bolnavului psihic“, *Analele Universității Oradea, Seria Medicină 1*, Oradea.

Literatura privitoare la psihopatologia și psihoterapia familială este imensă, astfel încât alegem doar câteva titluri:

89. Nichols, P., Schwartz, R.C., (1988), *Family Therapy*, Ailyn and Bacon, Boston, Londra.
90. Blach, S., Hafner, H., et all, (1993), *The Family in Clinical Psychiatry*, Oxford Univ. Press, New York.
91. Elkaim, M., (1995), *Panorama des therapies familiales*, Ed. Seuil, Paris.
92. Mircea, T., (1998), *Patologie Familială*, Ed. Marineasa, Timișoara.
93. L'Abate, L., (1994), *Handbook of Developmental Family, Psychology and Psychopathology*, John Willey & Sons, New York.
94. Burk, B.; Werner, K. & Poustka, F., *Die Anwendbarkeit, Reabilität und Validität eines neues Glossars zur beschreibung der fünften Achse des Multi-axialen Klassifikationsschemas in der Kinder-Jugend psychiatrie: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände*, DFG Forschungsbericht, Frankfurt/Main.
95. Perris, C., Jacobson, L., Lindström, H., von Knorring, L., Perris, H., (1980), „Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour“, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61: 265–274.

## 4. PSIHOLOGIE – BAZE DOCTRINARE ȘI PERSPECTIVA DEVELOPMENTALĂ

### 4.1. Baze doctrinare ale psihopatologiei

#### 4.1.1. Generalități

Psihopatologia ca știință s-a dezvoltat în sec. XX, deși rădăcinile sale pot fi găsite în sec. al XIX-lea. După studiile de pionierat ale lui Freud, Janet și alții, în 1911 apare lucrarea de referință a lui Jaspers „Allgemeine Psychopathologie” (13). Deși extrem de bogată în material clinic, această carte nu este doctrinar neutră. Ea poziționează de la început ceea ce era descris ca „psihopatologie” într-o anumită orientare științifico-filosofică. Jaspers acceptă și susține argumentativ distincția lui Dilthey dintre științele spiritului, bazate pe sesizarea determinismului prin comprehensiune și științele naturii, în care pentru determinism funcționează explicația cauzală. Problematika omului rămâne în orbita spiritualității, a „Filosofiei Spiritului” în tradiția lui Hegel (96), pe când cea a corporalității, inclusiv în formula sa biologic superioară, se află dincolo de limita ce desparte problematica naturii de precedentă, adică, ar aparține de zona „Filosofiei Naturii” în exprimarea lui Hegel. După începuturile sale psihiatrice, Jaspers a devenit unul dintre principalii filosofi existențialiști ai sec. XX, cu o explicită orientare spiritual-religioasă. De aceea, el nu a renunțat niciodată la distincția netă dintre explicația cauzală și comprehensiune, perspectivă metodologică ce creează o falie între lumea fizico-biologică și cea specifică antroposului.

Faptul că, în cazul omului individual, a persoanei umane conștiente, se intersectează două lumi distincte, din punct de vedere ontic, a ridicat continuu

probleme metodologice și doctrinare ce se regăsesc și în psihopatologie. Acesta din urmă s-a dezvoltat, în mare măsură, în cadrul anumitor „școli“, ce-și aveau propria doctrină și concepție despre om, chiar dacă limitată, implicând, mai mult sau mai puțin explicit, tema esențială menționată mai sus.

#### 4.1.2. Psihism biologic și psihism uman; implicații pentru psihopatologie

Psihismul este propriu nu doar oamenilor, ci și animalelor. Acest fapt a fost sesizat clar, acum peste 2000 de ani, de către Aristotel (97.a.), care, mai mult decât atât, considera că orice ființă vie este caracterizată prin „psiché“ („anima“ în traducere latină), astfel încât s-ar putea distinge un psihism vegetal (vegetativ), unul animal și cel al omului. Acesta din urmă se diferențiază prin caracteristici specifice și anume, prin ceea ce stagiritul numea „nous“ (pasiv = „pateticon“ în greacă și activ = „poeticon“). Expresiile respective au fost traduse în latină și reconceptualizate în dogmatica creștin-medievală (fiind explicit prezente în comentariile lui Thoma d’Achino – sec. XIII) prin „intellectus-patients“ și „intellectus-agens“. Aristotel, care s-a ocupat mult de studiul biologiei, a subliniat și caracterul activ – intențional al psihismului, faptul că ființa psihică urmărește totdeauna un scop final (el a creat pentru denumirea acestui aspect ontic și un cuvânt nou = „entelehie“) (97.b.). În sfârșit, filosoful grec era un adept al continuumului ființării, în perspectiva complexității lor (a „marelui lanț al ființei“, în formula lui Levojoin) (98); conform acestei doctrine nu ar exista o discontinuitate (de principiu, radicală) între ființele biosului (plante, animale) și cele ale lumii umane (antropos). Diferența e doar de complexitate, existând constant verigi intermediare. Această idee, a „plenitudinii lumii“ și continuității dintre ființele și ființările ce devin din ce în ce mai complexe, e prezentă și în gândirea din zilele noastre. În completarea celor de mai sus, adăugăm că, și Hegel, exponent de vârf al idealismului german, susținea – la fel ca și Aristotel – prezența psihismului în universul biologic; dar, conform doctrinei sale, omul realiza un salt calitativ, trecând de la universul naturii la cel al „spiritului“ (revenit la sine). Pentru Hegel, psihismul uman se diferențiază de cel biologic prin conștiință și spiritualitate. Viziunea aristoteleană a fost prezentă și în sec. XX. Pentru psihiatrie, menționăm lucrarea lui Monacow și Morgue (99), care a preluat o parte din termenii stagiritului, ea nu a avut însă la timpul său un răsunet important. Pe de altă parte, psihologia și psihopatologia, ce s-au dezvoltat în ultimele decenii sub semnul cognitivismului, se plasează și ea în cadrul

acestui înțeles al continuumului dintre bios și antropos. Searle, (100) împreună cu mulți alți filosofi cognitiști, (97) înțelege explicit conștiința ca un fapt biologic, ce are la bază funcționalitatea creierului. Într-o lucrare recentă, referitoare la psihopatologie, Bolton și Hill (101) caracterizează, în tradiție aristoteleană, readaptată la doctrinele cognitiviste actuale, psihopatologia umană ca având la bază o „disrupție a intenționalității“. Studiile etologice din ultimele decenii, cu aplicabilitate în psihopatologia developmentală, se plasează în aceeași paradigmă doctrinară.

#### 4.1.3. Psihismul uman și sufletul în sens transcendent-transcedental

O altă perspectivă ideologică tradițională este cea care consideră că sufletul uman este net distinct – aflat în discontinuitate – în raport cu dimensiunea sa fizico-biologică. Această concepție derivă din ideologia religioasă asupra lumii și a creației sale de către Ființa Supremă. În tradiția iudeo-creștină, ce a stat la baza spiritualității Europei, omul a fost creat după chipul și asemănarea lui Dumnezeu, ființă absolută, transcendentă și eternă. Moartea „aparentă“ a omului individual ține de solul inferior, biologic, în care acesta este plasat, înrădăcinat. „Sufletul adevărat“ al persoanei este însă, în principiu nemuritor, el urmând să apară la „judecata de apoi“, însoțit de „cidoliile“ sale corporale. Dubla sorginte a persoanei, constând, pe de o parte, din sufletul incoruptibil și, pe de altă parte, din corpul său biologic, stă la baza unui dualism funciar, care, în Europa, s-a definit după Renaștere, prin concepția și prin formulările lui Descartes. Acesta a susținut și a încercat să fundamenteze distincția esențială dintre două ranguri de realități (de dimensiuni ale ființei): 1. „res extensa“, care cuprinde întreaga natură fizică și biologică (animalele fiind înțelese ca niște automate neraționale); 2. „res cogitans“, ce cuprinde universul conștiințelor caracterizate prin reflexivitate, raționalitate, diacronie. Omul este constituit din reuniunea acestor două tipuri de realități. Garantul legăturii între „res cogitans“ și „res extensa“ în om este, după Descartes, Dumnezeu. În această viziune, continuumul dintre psihismul biologic și cel uman, susținut de Aristotel și urmași, dispare, făcând loc unui dualism ce concepe două regnuri de ființare: – unul începe cu Dumnezeu și, trecând prin multiple ființe intermediare, se termină la om, ca reflex în lumea creată a creatorului; – cel de al doilea constă din lumea creată ce urcă până la zona de joncțiune bio-psihică, ce reprezintă solul pe care se instalează specificul omului (această disjuncție rezultă firesc din fundamentele

concepției lui Descartes; cu toate acestea, în textele sale există și pledoarii pentru plenitudine și continuum, în sensul comentat de Levojoii).

Gândirea Europei s-a dezvoltat în mare măsură în continuarea acestui dualism. Idealismul german, declanșat în sec. XVIII, prin Kant, subliniază și susține instanța conștiinței – mai apoi și pe cea a persoanei – ca o caracteristică esențială a „oricărei ființe raționale posibile” (ceea ce exclude instanța biologică, dar admite pluralitatea ființelor raționale). O dată cu Schelling și Fichte, este subliniată instanța „eului”, ca suport pentru conștiință, persoană și spiritualitate. Iar, în final, Hegel pune accent pe cuplul conștiință-spiritualitate, ca aspecte specifice, a zonei ontice a umanului (a Filosofiei Spiritului) în raport cu ceea ce ține de universul natural, fizico-biologic (comentat în Filozofia naturii). În esență, e vorba tot de o polarizare duală, deși aceasta e înțeleasă acum ca parte sau moment evolutiv al unui „ansamblu” (a unei totalități ontico-ontologice). De remarcat că, Hegel acordă, în cadrul Fenomenologiei Spiritului, o importanță deosebită „praxisului”, fapt ce va avea importante consecințe în gândirea ulterioară a Europei. În sec. XIX, această polarizare și-a găsit o nouă formulare, prin distincția dintre „științele spiritului” în opoziție cu „științele naturii”. Dilthey este considerat gânditorul de referință în acest domeniu. De fapt, tot el e cel ce l-a inspirat pe Jaspers, când a scris „Psihopatologia”, rămânând celebru prin diferențierea de metodă pe care a introdus-o: științelor naturii li s-ar aplica explicația cauzală; științele spiritului se bazează pe interpretarea comprehensivă (hermeneutică, în continuarea formulărilor și dezbatărilor inițiate, la începutul sec. XIX, de către Schleiermacher).

Tradiționala dihotomie între *res cogitans* și *res extensa* s-a manifestat și în domeniul psihopatologiei. Menționăm două aspecte.

În primul rând, e de amintit punctul de vedere al lui (Kurt) Schneider (102) care, pe baza unor argumente derivate din cele menționate mai sus, considera că doar corpul biologic se poate îmbolnăvi, iar sufletul (uman), – care, în esență este nemuritor, – nu poate fi coruptibil, putând beneficia doar de variații. De aceea, el considera drept boli ale psihiatriei doar pe cele condiționate evident organic, precum și pe cele endogene, considerate tot cu un substrat organic ce urmează a fi descoperit. Reacțiile comprehensibile, precum și variațiile personalității (=persoane psihopate), nu ar constitui boli, ci ipostaze ale diversității antropologice. În al doilea rând menționăm doctrinele psihopatologice care s-au revendicat de la metodologia lui Husserl și filosofia existențialistă.

Husserl revine la Descartes și consideră că, din punct de vedere filozofic, singura soluție împotriva scepticismului este recurgerea, până la ultimele consecințe, la cogitoul dubitativ. El propune, deci, „punerea între paranteze” a vieții

cotidiene, pentru a ajunge la conștiința ultimă de sine a subiectivității (transcendentale) care atestă cu certitudine că eu, deci ceva ferm și fundamental, există. Acest proces este dublat, după Husserl, de constatarea că această cogitare fundamentală este intențională, că ea „vizează” în manieră „noetică” ceva ce aparține lumii; iar această lumea vine în întâmpinare și se oferă într-o manieră „noematică” vizării intenționale noetice. Se constituie, astfel, un univers al subiectivității conștiinței transcendente, ce implică raportarea intențională la lume și posibilitățile cunoașterii acesteia. Intenționalitatea fenomenologică vizează descifrarea semnificației și sensului datelor lumii și ale raportului „eu – lume”, din perspectiva subiectivității conștiente. În lucrările din ultima perioadă a vieții sale, Husserl încearcă să argumenteze cum subiectivitatea transcendentă se cuplează printr-o anumită mediație, proiecție și generare, cu o altă subiectivitate transcendentă, constituindu-se „universul intersubiectivității”, ce ar sta la baza practicilor (praxis-ului) umane și a cunoașterii desfășurate sub formă de teorii.

Metodologia și filosofia lui Husserl au inspirat o serie de psihopatologi din sec. XX, între care menționăm, în primul rând, pe Binswanger (103). Acesta, după ce s-a apropiat inițial de psihanaliză, a optat pentru filosofia lui Heidegger din „Sein und Zeit”, considerând că viziunea asupra omului (!) din această lucrare reprezintă o revoluție pentru psihopatologie (elaborările filosofice, de la începutul carierei lui Heidegger, datorează destul de mult metodei fenomenologice a lui Husserl). În ultimele sale studii, Binswanger recurge explicit la Husserl, așa cum se exprimă acesta în cercetările sale tardive (privitoare la intersubiectivitatea transcendentă). Și alți filosofi de orientare fenomenologică și existențialistă au influențat psihopatologia. Minkowski se revendică de la filosofi ca Scheller și Bergson, iar Zutt și Laing, de la Sartre. Această psihopatologie fenomenologico-existențialistă a acordat puțină importanță bazelor biologice ale psihismului uman. O sinteză a studiilor și analizelor fenomenologice privitoare la psihoze o găsim în lucrarea clasică a lui Tatossian (104).

#### 4.1.4. Semnificația studiilor biologice privitoare la științele creierului („neuroscience”), ale celor etologice și cognitiviste pentru psihopatologie

Cercetările etologice studiază comportamentul animalelor în mediul lor natural. Împreună cu experiențele realizate pe animale superioare, în condiții standardizate și bine monitorizate – „de laborator” –, acestea au evidențiat

multiple aspecte ale psihismului biologic care sunt comune cu cel uman. Întâlnim la acest nivel biologic funcții psihice, precum: atenția, percepția, memorarea și utilizarea datelor mnestice, învățarea, investigarea activă a mediului înconjurător, reacții determinate în raport cu stimuli specifici, decizii în condiții de risc. Și la fel, pulsioni spre satisfacerea unor nevoi primare (sete, foame, sexualitate) ce se rezolvă prin anumite comportamente, manifestări ale agresivității, fricii, depresiei, evitării pericolului, atașamentului și comportamentului pro-social. Se formează astfel, intraspecific, cupluri și grupuri relativ stabile, care-și delimitează un teritoriu propriu și chiar o locuință (cuib, vizuină), unde vor fi îngrijiți puii după naștere; aceștia beneficiază deseori de programe de învățare-educare din partea adulților. În grup se realizează ierarhii, instaurându-se, după confruntări, câte un mascul dominator. Teritoriul propriu este apărat de intruși. Se adaugă comportamente de căutare, de migrare și alte manifestări psihosociale care-și au un evident echivalent, – chiar dacă, uneori, prin analogie și interpretare în unele practici și comportamente umane (105).

Aceste funcții și comportamente se regăsesc la om atât la nivelul psihismului individual, cât și în cadrul relaționării cu altul și al relațiilor psihosociale (unele din modelele comportamentale animale sunt transferate în ritualuri sociale). Pentru mamiferele superioare se acceptă existența unui rudiment de eu – de self – și chiar de conștiință, în sens de reflexivitate subiectivă.

Toate funcțiile psihologice și comportamentale corelative, ce le întâlnim la animale și la om, sunt în strânsă legătură cu funcționalitatea creierului. La fel ca întreg corpul, cu toate organele sale, și encefalul se dezvoltă după fecundare, urmând legi biologice. Celulele nervoase, în urma mitozelor, a migrațiilor neuronale și a conexiunilor dintre neuroni, conduc la o structură cerebrală funcțională determinată. Creierul uman se diferențiază totuși de cel animal prin mărimea sa crescută și prin dezvoltarea prevalentă a unor zone cu funcții complexe dintre care amintim, ca fiind de importanță primordială, următoarele 3 (106):

1. Zona prefrontală, responsabilă între altele de comportamentul intențional, de inițiativă și autoreglarea acțiunilor cu scop;

2. Zonele fronto-temporale responsabile de uzul limbajului, de receptarea, interpretarea, utilizarea sa semiotic expresivă mimico-gestuală, dar mai ales sub forma limbajului verbal articulată de tip uman (bazat pe un lexic semnificativ și pe reguli gramaticale, stabile, posibil de a fi însușite prin învățare, dar și generative);

3. Zonele parieto-temporale responsabile de sinteza schemei corporale (= reprezentarea limitelor propriului corp dincolo de care se desfășoară spațiul

exterior), dar și de cunoașterea (și asimilarea imagourilor) altor persoane ce se pot compara, suprapune, raportându-se la propria imagine de sine a subiectului; și astfel pot fi „reprezentate“ și introjectate de către acesta.

Creierul uman, deși determinat în esență genetic, nu are o dezvoltare încheiată la naștere. Migrarea neuronilor și conexiunile interneuronale continuă multă vreme după acest moment, fiind sub influența stimulilor ambientali, care, deci, joacă un rol structurant. Rezultă că perturbarea funcționării cerebrale, responsabilă de tulburări psihice – tranzitorii sau prelungite – poate fi condiționată atât genetic, prin noxe biologice care acționează asupra creierului intrauterin, perinatal și postnatal, cât și prin stimuli ce vin de la alte persoane și sunt specifici universului uman (107). Unii pot acționa chiar prenatal, așa cum ar fi vocea și emoțiile mamei, muzica. Postnatal, întregul proces de maternaj din primul an, dar și influențele ulterioare, de până la 3 ani, precum și cele educativ-instructive din perioada personogenezei, stau la baza edificării psihismului uman adult (care poate fi considerat psihismul standard). De reținut este faptul că, deși toate influențele ce vin din lumea umană pot fi considerate a fi informații (într-o accepție generică a acestui termen), există în acest proces structuri informaționale cu valoare specifică pentru om, așa cum ar fi:

a) Imagoul figurii umane, a persoanelor umane în general, care se prezintă cu valoarea unui alter-ego similar propriului ego, care la acest nivel se bazează pe schema corporală;

b) Informația structurată ca limbaj asertiv-critic (distinct de acel expresiv-emoțional), pe care copilul o receptează inițial sub forma poveștilor, și care stă la baza preluării de către individ a cunoașterii lumii așa cum se prezintă aceasta în socio-cultura sa; și deci, accesul la lumea a 3-a a lui Popper. Aceasta are la bază structura neuro-fiziologică ce permite receptarea și înțelegerea psihologică a semnificațiilor limbajului uman;

c) Limbajul purtător de semnificații deontice (permis, interzis, obligator) care, alături de alți semnificanți umani cu astfel de valențe, face ca tânărul să-și însușească normativitatea grupului său social (baza neurofiziologică a acestora e dificil de descifrat, dar poate fi corelată cu funcțiile de orientare și coordonare specifice lobului frontal). Progresiv, concomitent cu maturarea psihismului individual al persoanei, acesta se integrează în dimensiunea supraindividuală a umanului, cu care se intercondiționează reciproc în cadrul unei „perihoreze“<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> Privitor la noțiunea de perihoreză, a se vedea capitolul I, bibl. 8.

Înțelegerea psihismului uman din perspectivă biologică, ca fiind bazat pe funcționalitatea creierului și pe învățarea socială, a stat și ea la temelia unor doctrine și cercetări psihologice, cu răsunet în psihopatologie și psihoterapie. Menționăm programele de studiu „pozitivistă”, realizate prin metodologia „reflexului condiționat” atât în varianta clasică a lui Pavlov, cât și în varianta „operantă” a lui Skinner. Acestea s-au plasat pe o poziție diametral opusă față de cele inspirate de fenomenologie și existențialism, care puneau accentul pe subiectivitatea conștientă. Ele erau orientate spre observarea și înregistrarea obiectiv-neutră a comportamentelor ce rezultă în urma unor stimulări, considerând că ceea ce se întâmplă în creier, între stimul și răspuns, este o problemă a unei „cutii negre” (black-box) în raport cu care se pot face doar ipoteze, în mod condiționat testabile. Acest „comportamentalism” („behaviourism”) a întâlnit revoluțiile teoretice – în mare măsură legate de matematizare – ce s-au realizat în cea de a doua jumătate a sec. XX. E vorba de studierea transmiterii informației (Shannon), de conceptul de informație inversă, corelat cu dezvoltarea ciberneticii (Winner), de teoria sistemelor (Bertalanffy), de dezvoltarea „inteligentelor artificiale”, de metodologia modelării în general. Toate acestea au condus la apariția și dezvoltarea unei doctrine „cognitivistă” ce se aplică în egală măsură psihismului uman, animal și „sistemelor de inteligență artificială cu autoreglare”. După ce s-a dezvoltat o psihologie și o psihoterapie cognitivă, se conturează și o filosofie (108), (109) și psihopatologie cognitivă (101). Progresele enorme realizate în domeniul „științelor creierului” („neuroscience”) au favorizat acest program. Creierul nu mai e considerat acum o „cutie neagră”, ci un domeniu, o structură funcțională a individului ce dezvoltă o cunoaștere care se organizează după modelul unei „teorii științifice”; aceasta se îmbogățește prin noi experiențe și informații, și stă la baza elaborării comportamentelor intenționale, cu scop, supervizând împlinirea obiectivelor. Pornind de la perspectiva mai sus menționată, se redeschid noi probleme, cum ar fi cea a relației dintre funcționalitatea creierului, conștiința de sine și a lumii, cunoașterea și înțelegerea conștiinței și intenționalității altora („the theory of mind”) etc. Toate acestea probleme devin importante pentru psihopatologia contemporană. Studiile se cumulează progresiv, astfel încât, pe lângă monografia deja menționată, la Bolton și Hile, precizăm că, în anul 2001, tematica Congresului anual al Asociației Americane de Psihiatrie (APA) a fost centrată pe acest domeniu, fiind formulată în termenii: mintea întâlnește creierul (Mind meets brain), congres la care s-au prezentat o serie de cercetări angajate în această „paradigmă” științifică.

Până la un punct, psihismul individual este o expresie a funcționalității creierului, fiind deci tributar biologiei. De la un anumit punct, el se împărtășește din – asimilează și exprimă – instanța supraindividuală a umanului, care există și fără de ființarea unui individ anume (lumea a 3-a a lui Popper, în sens lărgit). De aceea credem că se cer acceptate, în același timp, și teoria continuității psihismului (în tradiția lui Aristotel) și cea a discontinuității, care atribuie un specific ireductibil acestui psihism (în tradiția lui Descartes, modificată prin contribuțiile care, în ultimele două secole, au derivat din gândirea idealismului german și orientarea fenomenologico-existențialistă). Iar legătura între aceste două perspective este realizată prin procesul de informație și intenționalitate, valabil în ambele. Totuși, informația are funcții și poate fi comentată prin conotații diferite în cazul intenționalității biologice, prin care se urmărește realizarea unui scop (în cadrul căruia se manifestă ca o cauză finală în sensul lui Aristotel); și a celei umane care vizează descifrarea semnificațiilor datelor lumii, a propriei poziționări în lumea specific umană și împlinirea unui sens, implicând astfel instanța valorilor și a transcendenței. Reducerea intenționalității și a informației ce se afirmă și se manifestă în manieră fenomenologică în lumea umană, la cea din universul biologic – sau a unor sisteme abstracte cu autoreglare – amputează specificul acesteia, anulând comentariul propriu antropologiei și psihopatologiei, reducându-le la o schemă universală, dar săracă și nespecifică. Dubla perspectivă menționată dă drept de cetate în psihopatologie atât cercetărilor ce derivă din perturbarea funcționalității creierului (realizate prin experiențe pe animale, prin cercetările din seria științelor creierului și a celor modelate de „Inteligența Artificială“), cât și analizelor ce rezultă din abordarea fenomenologică și înțelegerea omului ca ființă spirituală. Faptul menționat reiese clar, dacă se urmărește longitudinal existența unei persoane umane din perioada sa intrauterină și imediat postnatală – când individul apare ca o ființă aproape exclusiv biologică – până la maturizarea și îmbătrânirea sa în mijlocul unei socio-culturi. Acesta este, de fapt, proiectul psihologiei și psihopatologiei developmentale – completată cu cea a ciclurilor vieții – ce s-a dezvoltat amplu în ultimele două decenii, și pe care-l vom parcurge în ansamblul acestui capitol. Cu precizarea că, până în prezent, cercetările în acest domeniu s-au bazat în esență pe o doctrină pozitivistă care a asimilat progresiv perspectiva etologiei, pe când, în expunerea ce va urma, își va face locul treptat și o perspectivă fenomenologică, a subiectivității conștiente, specifice omului, lumii umane.

Înainte de a întreprinde acest demers, considerăm necesar un scurt comentariu asupra psihanalizei.

## 4.2. Problema psihanalizei

### 4.2.1. Psihanaliza clasică – prezentare succintă

Se poate afirma, fără exagerare, că în sec. XX, psihopatologia și psihoterapia au fost serios marcate de psihanaliză

Așa cum bine se știe, doctrina psihanalitică a lui Freud nu s-a constituit dintr-o dată, iar între etapele sale succesive de elaborare nu a existat o perfectă coerență. Totuși, perspectiva temporală permite să se degajeze, să se decanteze o serie de teme și teze ce definesc psihanaliza lui Freud și a continuatorilor. În continuare va fi prezentat un foarte scurt rezumat al psihanalizei clasice ce conține, credem, elemente fecunde pentru alte direcții derivate de studiu psihologico-psihopatologic și antropologic (110).

În ansamblu, psihanaliza lui Freud conține un principiu „developmental”. Ea consideră că psihismul copilului se dezvoltă de la naștere și până în jur de 5 ani, trecând prin faze succesive, bine determinate, care exprimă etape firești le dezvoltării „sexualității infantile”. Sexualitatea umană, la fel ca orice „sexualitate biologică” constă dintr-o pulsione ce are în vedere un obiect care poate să-i producă satisfacții – operând în conformitate cu „principiul plăcerii”. Din start, Freud dă „instinctului sexual” („trieb” în germană nu înseamnă propriu-zis instinct, ci „pulsione”) o interpretare particulară, de vreme ce-l cantonează la nivelul obținerii unei satisfacții (a unei „plăceri”) în urma unei relații cu un „obiect” (vizând relația cu un partener, cu aspecte ale acestuia și/sau zone ale propriului corp), lăsând în umbră (reducând până la un nivel minimal, dar păstrând ca un orizont de semnificații), ceea ce constituie esențialul instinctului sexual în biologie: acuplarea între parteneri de sex opus în vederea procreării și perpetuării speciei. Revenind la doctrina freudiană, pentru care „sexualitatea infantilă” („erosul”, căutător al satisfacției obținute din raportarea la – și în colaborare cu – celălalt) rămâne un principiu căutător de plăcere, aceasta identifică o serie de etape succesive ontogenetic. În prima fază, a primelor luni de viață, zona în care se obțin satisfacțiile este cea orală, ca urmare a sucțiunii laptelui din sânul matern; în acest moment, satisfacțiile depind în mare măsură și de interesul pe care copilul îl acordă propriului corp pe care-l investighează și pe care-l exersează. Deci, satisfacțiile pot fi obținute și din raportarea individului la sine însuși, de unde și noțiunea de „narcisism” (primar). Urmează, succesiv, faze în care „satisfacția” individului, ce se relaționează la părinți, se mută

din zona orală a propriului corp pe cea anală (în al 2-lea an, cât copilul se poate astfel opune exigențelor de curățenie ale acestora, realizând satisfacții „erogene” o dată cu defecația). Urmează faza uretrală (exhibiționistă) urmată de cea falică, când interesul față de zona sexuală (și diferențele sexuale) este crescut; și când s-ar derula și o serie de scenarii imaginativ-fantasmatică de identificare și relaționare cu părinții.

Toate zonele erogene, de satisfacere a libidoului, implică prezența altor persoane umane. Pe primul loc se plasează mama; dar, foarte curând, intră în joc cuplul parental, constând din acțiunile convergente ale mamei și tatălui, în educația sfincterelor. În ultima fază, în care la 3–4 ani copilul sesizează clar diferențele de sex (datorită și atenției crescute acordate propriului corp); tatăl începe să joace un rol important în reprezentările „imaginar-fantasmatică” ale copilului, preconștiente sau inconștiente. Apare ceea ce psihanaliza freudiană a numit „Complexul Oedip”. Pentru băiat, tatăl este perceput tot mai clar – dar, în continuare, „fantasmatic-neconștient” – ca un concurent față de afecțiunea și dorința sa de posesiune completă a mamei doar pentru sine. Treptat, copilul devine capabil să perceapă imaginile părinților ca realități coerente cu care se poate identifica și pe care le poate introjecta. După 3 ani, băiatul poate trăi, în manieră imaginar-inconștientă („fantasmatică”), dorința de a îndepărta tatăl, pentru ca mama să-i aparțină doar lui. Dar această pulsione este reprimată în zona inconștientă de rigorile supra-eului, fapt ce conduce la un conflict intrapsihic între sine și supra eu, mediat de eu. Prin aceasta, „complexul Oedip” este generator de culpabilitate și de anxietate. Mai ales că, tot în manieră „fantasmatică”, copilul poate resimți frica de reacția punitivă a tatălui care ar intenționa să-l castraze (= „complexul de castrare”); (fetele ar trăi, în manieră simetrică, convingerea anxioasă că au fost castrate). Drept soluție, urmează identificarea de durată cu unul din părinți (cu tatăl, în cazul complexului Oedip); de fapt, cu „imagoul” patern respectiv. Această identificare are un rol formator, de preluare a elementelor culturii, prin imitație. Rezolvat sau nu, complexul Oedip și eventualele fixații pe zone erogene, prelabile celei falice, care-l însoțesc, trec în stare de latență după 5 ani, realizându-se o primă refulare. Dar, dacă dezvoltarea nu a fost într-o manieră armonică, rămâne o vulnerabilitate inconștientă. În perioada pubertății și adolescenței, zona genitală devine efectiv funcțională pentru realizarea principiului plăcerii și pentru reproducerea speciei. Înainte sau după realizarea relațiilor erotice interpersonale efective. Anumite evenimente sau situații critice pot reactiva complexe nerezolvate ce zac în adâncime, psihismul dezechilibrându-se. Pentru a scăpa de anxietatea ce o induc complexe reactivate,

„aparatul psihic“ găsește soluții surogat ce se exprimă prin simptome nevrotice. Cura psihoterapeutică psihanalitică conduce la descoperirea pulsionilor deviate și a complexelor nerezolvate din copilărie. Iar prin analiza transferului față de psihoterapeut – care reactualizează relațiile deviate din copilărie cu unul din părinți – se realizează, în final, o echilibrare a psihismului adultului.

Povestea psihanalizei nu se rezumă la cele de mai sus. Ea presupune identificarea unui „aparatur psihic“ – ce se dezvoltă în paralel cu corpul biologic – și care are mai multe instanțe. Dintr-o anumită perspectivă, se pot diferenția: sinele, care este sursa pulsionilor; eul, care mediază; supra-eul, ce reprezintă atitudinile de interdicție și puniție a liberei manifestări pulsionale a sinelui (ghidat de principiul plăcerii) de către societate; și pe care copilul le preia de la părinți, o dată cu introjectarea imaginilor acestora ca un echivalent simplificat al conștiinței morale. Instanța eului încearcă să țină echilibrul, pe de o parte, între pulsunile sinelui și interdicțiile supra-eului, pe de altă parte, între primele și realitatea dată („principiul realității“ tinde și el să regleze „principiul plăcerii“).

În afară de triada sine, eu, supra-eu (id, ich, oberich) psihismul uman s-ar mai diferenția în alte 3 zone: inconștientul (Ic.), preconștientul (Pc.) și conștientul (C.). Cel mai important și amplu ar fi Ic., care cuprinde, din punct de vedere topic funcțional, atât sinele, cât și o mare parte din supra-eu și chiar din eu. Din punct de vedere al conținutului, Ic. cuprinde întreg materialul psihic experimentat parțial (fantasmatic) prin pulsunile sinelui dar reprimat, refulat prin acțiunea supra-eului care-l împiedică nu doar să se manifeste, ci și să devină conștient (reflexiv). Acest material constă din pulsuni, tendințe, dorințe, obiective, însoțite de eventuale reprezentări ale unor scenarii de acțiune posibilă, toate derulate într-o instanță imaginar-fantasmatică și care nu are acces direct la conștiința reflexivă lucidă. Zona relativ restrânsă a conștiinței conține o parte din eu și se află în raport cu realitatea dată (se bazează pe „principiul realității“). Eul, care se află atât sub presiunea sinelui, supra-eului, cât și a realității, realizează o serie de „mecanisme de apărare“ prin care se conservă; dar care pot genera și ele simptome psihopatologice (acestea au fost comentate pe larg de Ana Freud). De asemenea, subiectul realizează de obicei un „ideal al eului“. În afară de represiune și refulare, există și soluții pozitive pentru materialul inconștient, care se poate împlini prin „sublimare“ creativ-culturală.

Din această construcție relativ complicată, pentru psihanaliză este important să se recunoască, în primul rând, importanța pulsionilor inconștiente,

conflictul intrapsihic și existența unui inconștient activ și dinamic, polarizat față de zona „conștientă” a psihismului persoanei; și care face ca unele conținuturi ale psihismului să se manifeste doar indirect, pe o cale modificată, mascată.

Din recuzita conceptelor freudiene mai face parte, pe lângă aspectele topice și dinamice deja menționate, și un principiu energetic. Conform acestuia, aceeași energie libidinală este investită prin fixarea (catexis) pe diverse „obiecte”; dar e posibilă dezinvestirea și reorientarea acesteia în alte direcții. Apoi, a mai fost adus în discuție „narcisismul” nu doar în forma sa primară, ci și într-una secundară. În sfârșit menționăm că, spre sfârșitul vieții, Freud a considerat că în om există pe lângă un principiu al vieții (erosul, orientat spre plăcere, satisfacție, împlinire) și un principiu al morții (thanatos), orientat spre blocare, repetiție monotonă, distrugere, moarte.

Psihanaliza s-a dezvoltat și în afara viziunii proprii a lui Freud, prin doctrinele elaborate încă din cursul vieții sale, de către disidenți și nedisidenți declarați; și, ulterior, de către diverse școli de inspirație psihanalitică. Menționăm câteva tendințe care nu se îndepărtează prea mult de ortodoxia psihanalitică și încearcă să o dezvolte. Psihanaliza freudiană a fost aplicată pentru interpretarea diverselor tipuri de caracter particular sau anormal. Considerarea „aparaturii psihice” dintr-o perspectivă structurală a condus spre dezvoltarea în cadrul psihanalizei, a unor accente puse pe „eu”, pe „obiect” și pe relațiile dintre acestea. Astfel, „principiul plăcerii” a început să fie înlocuit, de unii autori, cu principiul căutării „obiectului” gratifiant și securizant. „Obiectul” este, în general, o altă persoană, în prima fază, mama, ca ansamblu. Unii autori au lansat ideea unor relații pre-objectuale sau cu „obiecte parțiale”, cum ar fi, sânul matern (M. Klein). Eul, la rândul său, a căpătat în ochii unor psihanalisti o importanță mai mare decât la Freud. Încă fiica sa, Ana Freud, a dezvoltat teoria mecanismelor de apărare ale eului. Acesta a fost apoi re-considerat și din perspectiva reflexivă a „self-ului” (Kohat). O psihanaliză centrată în mare măsură pe „eu” are drum deschis spre o psihologie și psihopatologie bazată pe relațiile interpersonale. În sfârșit, influențele transculturale au fost și ele studiate atât în ceea ce privește educarea copilului în diverse culturi, cât și în perspectiva modificărilor societății europeno-centrice în cursul și la sfârșitul veacului XX.

Complexitatea doctrinei psihanalitice nu poate fi redusă la o expunere de câteva pagini. Această doctrină a fost menționată deoarece atrage atenția asupra faptului că, formarea developmentală a psihismului presupune relații strânse cu alți oameni, cu părinții și familia în ansamblu, – sau cu echivalenți ai acestora – într-o manieră în care subiectul în formare ajunge să-și reprezinte

aceste persoane apropiate ca imagouri coerente, pe care le poate „introjecta“ și asimila. Dacă ținem cont și de procesul de identificare esențial în gândirea psihanalitică, rezultă că propriul eu, pentru a se defini, are nevoie de un schelet interior format dintr-o reprezentare de durată în sine sa adâncă, în interioritatea structurii propriului psihism, a propriului eu, a unor alte persoane ce formează o matrice sau un „organizator“ pentru însăși definirea și afirmarea de sine. Această idee fundamentală o vom urmări în continuare mai îndeaproape, în contextul psihopatologiei developmentale. Înainte de aceasta vom menționa câteva din principalele comentarii critice care s-au adus psihanalizei și continuă să fie de actualitate.

#### 4.2.2. Disidenți psihanalitici inițiali

Unii dintre disidenții psihanalizei freudiene, precum Adler și Jung, au creat doctrine originale care s-au dezvoltat pe un drum paralel cu cel al psihanalizei ortodoxe.

Menționăm doar că psihologia individuală a lui Adler stă la baza studierii și analizelor actuale privitoare la „stilul de viață“ al persoanei, deosebit de important pentru o existență sanogenetică în general și pentru clarificarea împrejurărilor în care subiectul se autoimplică și participă – neconștient – la pregătirea și realizarea unor stări psihopatologice. Din vasta operă antropologico-culturală a lui Jung, menționăm aici doar tema „individuației“. Aceasta se referă la realizarea de sine armonică la vârsta adultă, trecând prin „crize“ ale ciclurilor vieții în sensul realizării unei existențe autentice și cu sens. Eșecul acestui proces favorizează stările psihopatologice. Ideile lui Jung se articulează parțial cu cele ale psihopatologiei fenomenologice, dar mai ales cu logoterapia lui Frankl și analiza existențial-personală a lui Längle, ce vor fi comentate la sfârșitul acestui capitol. Un caz mai special este cel al lui Binswanger care, pornind de la Freud și elogiul descoperirilor acestuia, s-a orientat spre o viziune fenomenologico-existențialistă bazată pe filozofia lui Husserl și Heidegger. În urma acestei noi poziționări, el a considerat concepția lui Freud ca fiind „biologizantă“, deoarece pune un accent excesiv pe „instinctul“ sexual. Distanțarea față de părintele psihanalizei era cu totul firească, pentru că fenomenologia lui Husserl, de orientare explicit neo-cartesiană, pune accentul pe conștiință, considerată ca un criteriu ultim; pe când, Freud pune sub semnul întrebării – al dezbaterii – însăși instanța conștiinței. Este interesant că, deși, Binswanger (111) a sesizat pertinent că descoperirile psihanalizei, precum și cura sa terapeutică se realizează

printr-o „relație umană axată pe limbaj“ (pe limbajul asertiv, specific omului), el nu a reținut și comentat această situație ca un aspect „ne-biologizant“ al doctrinei. Asupra acestei probleme a revenit, ulterior, Ricoeur (112), demonstrând riguros că omul viziunii psihanalitice este o realitate (o ființare) de ordin secund, mediată de limbaj și interpretări hermeneutice (fapt ce i-a permis și o analogie cu „Fenomenologia Spiritului“ a lui Hegel). Tot un aspect „ne-biologizant“ al psihanalizei îl constituie postularea instanței „supra-eului“, esențial pentru explicarea conflictului intrapsihic ce stă în centrul acestei doctrine. Ori, „supra-eul“ derivă evident din conștiința morală (de sorginte iudeo-creștină), neputând fi imaginat în universul biologiei, chiar și în contextul unor rafinate elaborări etologice. De fapt, istoricii psihiatriei și ai psihopatologiei au identificat, cu suficientă rigoare, faptul că marile teme ale psihanalizei freudiene se regăsesc în psihiatria romantică germană din sec. al XIX-lea (113), și anume: inconștientul, funcția activă a imaginarului și visului, cea a conștiinței morale în sensul păcatului (și viciului) etc. În cele din urmă, chiar recurgerea la mit, la mitul lui Oedip, ca să punem punctul pe „i“, este un fapt specific uman, ce face parte din lumea a 2-a, a lui Popper, cea a stărilor de conștiință și a comportamentelor, raportate la lumea a 3-a, cea a poveștilor, legendelor, istoriilor.

#### 4.2.3. Psihanaliza și problema inteligenței

Psihanaliza ignoră problematica inteligenței și a acțiunilor ghidate de un scop conștient. Tema inteligenței va găsi o dezvoltare amplă, inițial, în studiile lui Piaget, și apoi, în „psihologia cognitivă“ a ultimelor decenii. Cognitivismul modern face frecvente trimiteri la „psihologia populară“ (Folk psychology) și consideră că una din caracteristicile esențiale ale psihismului uman individual este intenționalitatea (114). Aceasta este înțeleasă acum altfel decât în fenomenologia lui Husserl – și psihopatologia ce se revendică de la aceasta – unde era interpretată doar în sensul „vizării intenționale de către cogito-ul prereflexiv și reflexiv a unei lumi corelative“ în vederea descifrării semnificației și sensului corelativ conștiinței subiectului (transcendental). În cognitivism, intenționalitatea este înțeleasă ca centrarea pe acțiunea eficientă, orientată de scopuri, ceea ce, la om, s-ar realiza și prin „jocurile lingvistice“ ghidate de reguli în înțelesul lui Wittgenstein. Pornind de la o astfel de înțelegere cognitiv-intențională, recent, Bolton și Hill încearcă (1998), (101), așa cum deja s-a amintit, o explicare-înțelegere a psihopatologiei în termeni de „disrupție a intenționalității“.

- Notă: a) Interpretarea intenționalității de către cognitiști se articulează cu accentul pus pe comportament (acțiune) în psihopatologia lui Janet, cu primatul acțiunii asupra schemelor inteligenței în psihologia lui Piaget și cu principiile de bază ale etologiei, la care face referință, frecvent, actuala psihopatologie developmentală. Privind dintr-o perspectivă globală evoluția în biologie și antropologie, Popper susține că: „comportamentul este vârful de lance al evoluției“. S-ar putea susține că și psihanaliza aduce în discuție intenționalitatea, dar sub forma „căutării“ plăcerii (și mai recent a „obiectului“), fără a pune accentul pe acțiune, pe comportament;
- b) Interpretarea limbajului din perspectiva acțiunii, a comportamentului ghidat de reguli, așa cum propune Wittgenstein și acceptă autorii menționați (101), poate fi reținută doar dacă se corelează cu participarea sa la structurarea și reorganizarea unor discursuri teoretice asertive; de fapt, chiar acest lucru se propune în lucrarea amintită, în care însuși psihismul persoanei, privit din perspectiva cunoașterii, este asimilat unei astfel de teorii.

#### 4.2.4. Psihanaliza și cunoașterea lumii de către subiect

Ignorarea de către psihanaliză a conținutului cunoașterii lumii de către om, dincolo de relațiile interpersonale, în cadrul unei socio-culturi susținute de limbaj, instituții și norme, teorii științifice, istorii, povești și diverse aserțiuni mai mult sau mai puțin adevărate.

Elementul esențial al acestui aspect al psihismului derivă din limbajul comunitar. Deși s-a ocupat de problema limbajului, Piaget nu a acordat, nici el, atenție „conținutului cunoașterii“. Cognitivismul actual se preocupă în mod deosebit de această problemă, de relația dintre gândire și limbaj, de aspectele **extensionale și intensionale**<sup>22</sup> ale acestora, așa cum se exprimă ele în realitatea umană. O atenție specială se acordă (108): – „limbajului gândirii“, reprezentărilor, conținutului minții, dorințelor și credințelor ce ar putea fi formulate în

---

<sup>22</sup> Termenii „intensional“ și „extensional“ sunt specifici semanticii logicii, derivând din opera lui Frege (ei se referă la „predicate“ înțelese în sens larg (adică cu posibile referințe la concepte, noțiuni, expresii). „Intensiunea“ indică sau exprimă conținutul, caracteristicile, determinările esențiale (definitorii) ale respectivului predicat (noțiune, expresie), iar „extensiunea“ se referă la totalitatea entităților la care aceste caracteristici se aplică. În perspectiva semanticii logicii, problema este complexă, ridicând-o pe cea a adevărului în diverse lumi posibile, pe cea a expresiilor ce desemnează indivizii unici etc. Am menționat această temă nu doar pentru că este mult dezbătută de psihologia și filosofia cognitivă actuală, ci pentru că are posibile corelații cu psihopatologia (cu dezorganizarea ideo-verbală din schizofrenie).

„propoziții atitudinale“. Această din urmă temă, cea a „propozițiilor atitudinale“ e un subiect de studiu interesant, datorită asemănării parțiale cu poziționările (atitudinale) prereflexive ale cogito-ului de care vorbea fenomenologia husserliană. Ea e importantă și din punct de vedere al celor ce tind – în manieră reduționistă – să identifice psihismul cu funcționarea creierului, ridicându-se întrebări de tipul: există „sentințe“ în capul omului? Care e rolul causal al sintaxei și semanticii unor astfel de sentințe?! Mai mult decât atât, a fost propusă o interpretare conform căreia cunoașterea lumii, pe care o posedă un individ, să fie considerată similară cu o „teorie științifică“; noile cunoștințe experiențiale s-ar include în ea, la fel cum, noile date științifice confirmă sau infirmă o teorie. La fel s-ar putea vorbi despre valoarea predictivă a cunoașterii personale, organizate ca o structură coerentă de teorii de tip științific. Așa s-ar explica mai bine și teoria constructelor personale ale lui Kelley, utilă în interpretările psihopatologice. Această idee s-ar articula cu mai vechea temă a psihologiei și psihopatologiei germane, privitoare la reprezentarea și concepția despre lume a unui om („Weltanschang“).

Notă: Problematika conținutului cunoașterii și a organizării acestuia în psihism, în corelații cu limbajul și prin comparare cu teoria, e utilă în explicitarea delirului și a dezorganizării ideo-verbale din schizofrenie.

#### 4.2.5. Psihanaliza și activitatea cerebrală

Cu toate că a fost acuzată de „biologism“, psihanaliza lui Freud nu a acordat atenție studierii corelațiilor dintre activitatea psihică și cea cerebrală. Tendințe în această direcție au existat în tot cursul secolului, de la neo-aristotelismul lui Monokow și Morgue, la studiile lui Guiraud, Lehrmitte, Ey (cu al său organo-dinamism) (115).

H. Ey a atras atenția, în ale sale „Études Psychiatriques“, că preocuparea față de baza cerebrală a tulburărilor psihice a fost o constantă și în sec. XX, menționând pe Bleuler, Wernike, Clerambaud, Leonhard etc. Dar marea revoluție s-a produs în a doua jumătate a sec. XX, după descoperirea neurolepticelor și afirmarea viguroasă a etologiei. În aceeași perioadă s-au dezvoltat studiile în direcția Inteligenței Artificiale, iar științele creierului („neuroscience“) au ajuns să capete un interes de prim rang.

În acest context, s-a dezvoltat și psihologia cognitivă. Iar psihopatologia actuală, mai ales cea developmentală, se plasează ferm pe poziția studierii

concomitent (sau în paralel) a tulburărilor psihice și cerebrale. Atât doar că, această orientare se cere integrată într-o viziune mai amplă a antroposului care să includă și instanța „logosului” și a „spiritualității” așa cum s-a sugerat deja. În prezent se are în vedere faptul că, în mod normal, copilul se naște cu o zestre genetică ce susține dezvoltarea corporalității sale, incluzând pe cea a creierului. Iar la nivelul creierului, o întregă structură funcțională este potențial înăscută, gata pentru a fi stimulată, deja intranatal, dar mai ales postnatal, pentru a realiza o dezvoltare normală a individului uman.

#### 4.2.6. Dezvoltări actuale în domeniul psihologiei conștiinței

În sfârșit, problema conștiinței, a funcționalității conștiente a psihismului uman a fost și ea dezbătută în sec. XX, și în afară de psihanaliză.

Lăsând la o parte mișcarea fenomenologico-existențialistă, tendințele actuale în domeniul psihologiei persoanei sunt în direcția acceptării și studierii unor aspecte, cum ar fi: selful (sinele, eu-însumi), autonomia, auto-reglarea, auto-organizarea, auto-generativitatea și de asemenea auto-reflexivitatea („Eu”, ca subiect, mă raportează la „Mine”, ca obiect, Bandura (116), auto-determinarea, subiectivitatea, libertatea personală. Subiectul reflexiv în sens de „self”, de sine auto-organizator, incluzând primele patru caracteristici dintre cele menționate mai sus, este acceptat ca fiind o realitate și la nivelul animalelor superioare (117), (studii recente tind să extindă ideea de „self” la orice sistem cognitiv cu auto-organizare și autoreglare (118). Se consideră, de către mulți cercetători, că primordiile sale ar apărea în primul an de viață, în contextul atitudinii pro-active, de căutare a întâlnirii cu altul și a descoperirii de sine. Conceptul actual de self nu se mai suprapune pe sinele psihanalizei. În plus, tradiționala temă a conștiinței nu a fost părăsită. Celelalte caracteristici ale conștiinței (temă ce va fi reluată și comentată analitic în Cap. 5) sunt mai specifice omului. Dacă fenomenologia a supraevaluat problematica conștiinței persoanei umane, în ultimele decenii s-au afirmat și alte tendințe, orientate spre o mai riguroasă abordare a problemei. Există preocupări actuale privitoare la „operaționalizarea” elementelor conștiinței umane, la articularea acesteia cu conceptul de decizie liberă, responsabilitate, persoană. Nici conceptul de spiritualitate a persoanei subiectiv-conștiente nu este abandonat, ci regândit și reconceptualizat, de exemplu, în cadrul analizei existențiale a școlii din Viena, ce a fost și va mai fi menționată.

### 4.3. Psihopatologia dezvoltamentală

#### 4.3.1. Generalități

Psihopatologia dezvoltamentală s-a afirmat în ultimele decenii ca un domeniu de studiere riguroasă, observațională și experimentală, a dezvoltării în paralel a instanței biologice și psiho-socio-spirituale a individului, concomitent din perspectivă normală și deviant-patologică. Cercetările în această direcție s-au dorit cât mai puțin dependente de doctrinele psihopatologice și fără ambiția de a alimenta o potențială teorie unică sau unificatoare. Această tendință nu s-a putut realiza, desigur, într-o formă pură, studiile de psihopatologie dezvoltamentală neputând ignora tradiția școlii lui Piaget, teoria învățării și a condiționării („behaviourismul“), teoria cognitivă, psihopatologia interpersonală sau psihanaliza.

Programele de cercetare ale psihopatologiei dezvoltamentale sunt centrate, de obicei, pe domenii bine delimitate, tocmai datorită pretențiilor de rigoare „pozitivistă“ a studiilor. De aceea, în mod inevitabil, investigațiile realizate se cer comparate, corelate, reunite pentru a se obține periodic bilanțuri ale cunoștințelor dobândite, care să fie articulate într-un ansamblu cât mai coerent. Faptul pretinde, din timp în timp, să se publice monografiile în domeniu. Menționăm două sinteze: una din 1982, coordonată de Rutter (care poartă titlul de „Psihiatric dezvoltamentală“) (119), și alta, din 1995, coordonată de Cichetti și Cohen (cu titlul „Psihopatologie dezvoltamentală“), (21).

Tabla de materii a primei monografii menționate este următoarea:

**Secțiunea I. Influențe asupra dezvoltării:** 1. Introducere; 2. Genetica și dezvoltarea mintală; 3. Maturarea sistemului nervos central; 4. Anomalii congenitale, constituția corporală și aspectul corporal; 5. Influențe familiale; 6. Influențe școlare; 7. Influențe comunitare și culturale; 8. Diferențe psihologice care țin de sex; 9. Diferențe individuale în temperament; 10. Învățarea.

**Secțiunea II. Funcționarea corporală:** 11. Alimentarea și somnul; 12. Dezvoltarea controlului sfincterian; 13. Dezvoltarea motorie și disabilitatea motorie; 14. Lateralitatea; 15. Reactivitatea sistemului nervos autonom.

**Secțiunea III. Cognația:** 16. Percepția; 17. Dezvoltarea atenției; 18. Limbajul; 19. Abilitățile de citit și pronunțarea; 20. Dezvoltarea cognitivă; 21. Inteligența.

**Secțiunea IV. Dezvoltarea emoțională și socială:** 21. Atașamentul și dezvoltarea relațiilor sociale; 22. Relațiile familiale și cu alte persoane: două lumi sociale; 23. Jocul; 24. Dezvoltarea emoțională; 25. Dezvoltarea psihosexuală; 26. Dezvoltarea morală; 27. Dezvoltarea agresivității.

**Secțiunea V. Teorii și abordări:** 28. Tendințe și probleme în perspective.

Când, peste 13 ani (1995), problema este abordată din nou în monografia coordonată de D. Cichetti și D.J. Cohen, termenul de „Psihopatologie developmentală” se încetățenise în așa măsură încât, el apare chiar în titlu (în loc de „Psihiatrie developmentală”). Lucrarea are acum 44 de capitole și aproximativ 2000 pagini. Cele două capitole din cartea coordonată de Rutter, privitoare la dezvoltarea sistemului nervos din perspectiva genetică (cap. 2 și 3), sunt înlocuite de 6 capitole. Sunt prezentate, în perspectivă developmentală, o serie de entități nosologice, precum schizofrenia, tulburările obsesionale, disociative, de personalitate, alcoolismul etc. Nu este ignorată problema psihologico-psihopatologică „minte-corp” în sensul recunoașterii, într-un obiect perceput, a faptului că aceasta este o persoană umană ce are anumite intenții, dorințe etc. De asemenea, este abordată problema vulnerabilității, a controlului stresului și a „elasticității” persoanei („resilience”), în perspectiva cursului vieții.

Psihopatologia developmentală s-a dezvoltat și se dezvoltă la confluența mai multor științe. Genetica și studiile neuro-developmentale țin de biologie. Dezvoltarea creierului, intrauterin dar și postnatal, face posibil ca, la un moment dat, individul să fie sensibil la anumiți stimuli, să poată realiza anumite sinteze. Informațiile și afectele psihice, receptate de către un subiect, au valoare doar dacă sunt interpretate adecvat și utilizate cu o finalitate corespunzătoare. Întârzierile în dezvoltarea sistemului nervos central (SNC), mai sectoriale sau mai globale, fac dificile anumite achiziții și manifestări psihologice care pot perturba alte funcții psihice cu care sunt corelate. Pe de altă parte, stimulii informaționali, psihologici, ce vin din ambianță, pot favoriza dezvoltarea unor aspecte morfo-funcționale din SNC, le pot inhiba, întârzia, sau pot condiționa unele vulnerabilități. Deficiențe corporale, senzoriale și motorii pot reduce aria explorativă a copilului, șansa unei bune comunicări, a obținerii și sintetizării informațiilor necesare într-un anumit moment de viață, ducând la dizarmonii developmentale. Întârzieri sau perturbări în structurarea schemei corporale, a lateralității, pot condiționa o neadecvată achiziționare a funcțiilor de orientare în spațiu; în consecință, în achiziționarea unor praxii. Un aspect corporal particular al copilului, ce este receptat sub semnul nefirescului, a neobișnuitului, de către cei din jur, de părinți, copii, educatori, poate conduce la reacții care grevează

comunicarea și integrarea socială, percepția de sine. Interrelațiile între disfuncțiile neuro-developmentale și corporale (morfo-funcționale), pe de o parte, și dezvoltarea funcțiilor psihice și integrarea socială, pe e altă parte, sunt vaste, iar studierea lor atentă de către psihopatologia developmentală permite identificarea din timp a unor perturbări care pot face dintr-un individ un caz vulnerabil, cu risc psihopatologic crescut sau un caz propriu-zis psihiatric. Psihopatologia developmentală integrează cercetări abordate din perspectiva bio-psihologiei (și etologiei) cu cele specifice psihologiei umane, în perspectiva ei developmentală.

La conjuncția dintre științele neuro-biologice și cele socio-culturale, în cadrul unui înțeles larg al „științelor antropologice“, psihopatologia developmentală studiază apariția și dezvoltarea diverselor funcții centrate de eu (sine, persoană). Această cercetare este întreprinsă pornindu-se de la aspectul normal al dezvoltării, cu sesizarea tuturor variantelor și distorsiunilor ce pot apărea, de la cele minore până la unele mai grave. Ansamblul acestor studii are, așa cum s-a precizat, o orientare pozitivistă; ceea ce presupune o observare, descriere și evaluare cât mai exactă, care să permită evaluarea comparativă dintre diverse loturi de studiu. Funcțiile psihice pot fi împărțite în diverse clase, cum ar fi: cele instinctive, emoțional-afective, cognitive, de relaționare socială, de judecare morală. Orice prezentare analitică se face pornindu-se de la premisa că funcțiile psihice sunt interconectate, se condiționează și se influențează reciproc. De exemplu, în monografia citată (a lui Rutter), cogniția este comentată în perspectiva următoarelor funcții: percepție, atenție, limbaj, abilitate de vorbire și citit, dezvoltare cognitivă, inteligență. Dezvoltarea cognitivă, în ansamblu, se bazează pe atenție și memorie, interferează strâns cu dezvoltarea limbajului și ulterior, a cititului. Pe de altă parte, acestea sunt dependente de capacitatea mai globală a funcționării psihice denumită inteligență; pe care însă, din altă perspectivă, o și actualizează. Încă mai demult, Piaget a demonstrat că dezvoltarea inteligenței – concepută într-un sens foarte larg – se realizează prin stadii succesive, buna împlinire a unei etape stadiale fiind o condiție necesară pentru a trece la următoarea. Diverse studii au arătat o corelare între această dezvoltare cognitivă (a inteligenței) și dezvoltarea afectivă și interpersonal-socială.

Gravitând în jurul marilor doctrine psihopatologice, psihopatologia developmentală a acceptat tot timpul perspectiva organizațională asupra dezvoltării (Cicchetti). Aceasta are în vedere progresia și reorganizarea calitativă a sistemelor: biologic, emoțional, cognitiv, reprezentativ, lingvistic, comportamental, în direcția unei diferențieri progresive și a unei integrări ierarhice. Dezvoltarea individuală progresează de la o stare de organizare relativ difuză

și nediferențiată spre o crescută articulare și complexitate, prin diferențierea și consolidarea sistemelor separate, dublată de un proces de interconexiune integrativă. Inițial, sistemele separate sunt nediferențiate. În cursul dezvoltării, ele devin tot mai distincte, mai diferențiate, ceea ce duce la un nivel crescut de complexitate al organizării ansamblului. La fiecare moment al reorganizării, structurile prealabil dezvoltate sunt încorporate în cele următoare, în sensul unei integrări ierarhice.

Pot fi considerate ca aspecte caracteristice pentru psihopatologia dezvoltamentală următoarele: – Perspectiva interdisciplinară; – Studierea concomitentă și în paralel a dezvoltării normale și a celei deviant-patologică a psihismului, inclusiv zonele de tranziție dintre acestea; – Studii orientate pozitivist privitor la aspecte precise ale persoanei, dezvoltate longitudinal și corelate între ele (obiectivul limită îl reprezintă studierea dezvoltării și metamorfozelor pe întreaga durată a vieții, deci articularea cu problematica ciclurilor vieții de la vârsta adultă); – Perspectiva transgenerațională a particularităților dezvoltării normale și anormale; – Înțelegerea dezvoltării din perspectivă ecologică (a interrelațiilor și influențelor reciproce dintre individ și micro-grupurile umane cu care interacționează direct în cadrul unei socio-culturi); – Studierea concomitentă a factorilor stresanți și a celor protectivi; – Studierea continuității și discontinuității dintre tulburările și devianțele prezente la o anumită vârstă și la vârste ulterioare, inclusiv la cea adultă; – Cercetarea „elasticității” psihismului, în sensul că anumite persoane reușesc o bună dezvoltare, chiar dacă trăiesc timp îndelungat în condiții nefavorabile; – Ajungerea la un rezultat comun (deviant, patologic), la o vârstă mai înaintată, pe diverse căi ale devierii în cursul copilăriei; – Problemele care le ridică perioadele critice ale dezvoltării; – Studierea perioadelor de risc crescut; – Constituirea unor indivizi cu risc constant pentru tulburări psihice și evoluția acestora în cursul dezvoltării; – Studierea situațiilor dezvoltamentale în care copilul sau tânărul se află într-o fază intermediară între normalitate și anormalitate; – Influențele negative asupra dezvoltării diverselor funcții a unei deficiențe sectoriale, prin cumulări intermitente, ajungându-se la vulnerabilizări sau perturbări de ansamblu; – Compensarea dezvoltamentală a unor deficiențe prin evoluția spontană sau prin intervenții țintite în anumite perioade de viață etc.

Prin anii '80, când apărea cartea lui Rutter, s-au produs mai multe evenimente ce au avut consecințe remarcabile asupra psihopatologiei. A renăscut – într-o manieră științific sistematică – interesul pentru „ciclurile vieții”

(prin cartea publicată în 1978, sub coordonarea lui Levinson, intitulată „The Seasons of a Man's Life“) (121). Au început, apoi, să se afirme, cu tot mai mare vigoare, psihologia și filosofia cognitivă, cu accent asupra vechii probleme cartesiene privitoare la relațiile dintre minte și corp („mind-body problem“); în psihopatologie și psihiatrică cognitivismul a avut, de asemenea, o ascensiune deosebită, dar într-o perspectivă specifică. S-a revigorat și concepția lui Frankl, privitoare la logoterapie, la implicarea dimensiunii spirituale a omului în suferință, boală, psihopatologie. Școala sa, din Viena, a luat un nou avânt prin dezvoltarea, de către Längle, a analizei existențiale personale. Psihopatologia de orientare fenomenologico-antropologică, cea care pune accentul asupra specificului uman al individului, și-a reluat analizele.

Ținând seama de toate acestea, vom recurge la o prezentare rezumativă a psihopatologiei dezvoltamentale, încercând să trecem de la orientarea tradițională pozitivistă spre o înțelegere fenomenologică. Aceasta presupune o punere între paranteze a bazelor biologic-cerebrale ale dezvoltării și funcționării psihismului uman, a căror importanță fundamentală o recunoaștem, pentru a urmări și dezvolta specificul antropologic al persoanei normale și deviate psihic, specific ce se accentuează pe măsura creșterii în vârstă, a preluării și manifestării plenare în lumea a 3-a lui Popper, înțeleasă în sens lărgit. Dar, nu vom neglija progresele realizate, în perspectiva psiho-biologică a etologiei, și nici orientarea cognitivă, în măsura în care nu se cufundă în biologism.

#### 4.3.2. Psihopatologia dezvoltamentală, un model cognitivist-fenomenologic

Vom urmări, în continuare, cursul dezvoltării normale și deviate a psihismului, luând ca referință modelul mai vechi al lui Piaget și încercând să integrăm cunoștințele acumulate de perspectiva etologică, psihanalitică, cognitivă dar și fenomenologică. Una din ideile de bază ale acestei expuneri este evidențierea faptului că psihismul conștient al persoanei se construiește prin asimilarea (imagourilor) altor persoane conștiente, ce operează din interior, ca o schemă sau un schelet ordonator, pentru propriul psihism. Credem că această viziune are importanță atât pentru psihopatologie, cât și pentru antropologie.

**1. Primul an de viață și debutul relației de atașament.** Psihologia dezvoltării structurilor inteligenței, realizată în mai multe decenii ale sec. XX,

de către Piaget (122) și colaboratori, a demonstrat cum, în jur de 8 luni (6–10 l.), se constituie, la copil, „schema obiectului permanent“ în corelație cu schemele spațialității, temporalității și cauzalității. Cităm:

„Nici una din aceste structuri nu este dată de la început și universul inițial se centrează în întregime pe corpul propriu și pe acțiunea proprie a copilului, pe un egocentrism pe cât de total, pe atât de inconștient (în lipsa unei conștiințe a eului)“... universul (copilului) pe care acesta și-l elaborează, începând cu cel de al doilea an de viață, este format din obiecte permanente. Ori, universul inițial este o lume fără „obiecte“, constând doar din „tablouri“ mișcătoare și inconstante, care apar și apoi dispar complet.

Un obiect permanent este o realitate din lumea exterioară copilului, care continuă să existe pentru el și după ce nu mai este perceput. De exemplu, mama, care este principalul „obiect-cognitiv-afectiv“ pentru copil, continuă să existe în mintea acestuia și dacă dispare după un paravan sau iese din cameră. Și, deoarece, ea este principalul „obiect“ (=figură) securizantă și sursă de satisfacții pentru copil, dispariția ei temporară este trăită neplăcut, ca „anxietate de separare“. În corelație cu acest fenomen, s-a dezvoltat „teoria atașamentului“ a lui Bowlby. Atașamentul copilului față de obiectul-figură cu semnificație de mamă – ce are valențe securizante gratifiante, suportive – începe în această perioadă a vârstei de 6–10 luni și continuă până în al 3-lea an de viață, ducând la constituirea unui „model intern activ de reprezentare“ („inner working model“).

Un „obiect“ al lumii exterioare poate fi cunoscut, identificat, recunoscut și investigat în detaliu, după ce subiectul a avut cel puțin o experiență inițială în care acesta a fost implicat. Iar pe măsură ce familiarizarea experiențială cu obiectul respectiv se amplifică, crește corespunzător și cunoașterea sa de către subiect, cogniția sa în interiorul minții acestuia, la un nivel reprezentational și funcțional atât extensional, cât și intensional. Această cunoaștere este posibilă și înainte de asimilarea universului lingvistic de tip uman, așa cum se petrece ea la animale și la copil, în mare măsură în primii 2 ani de viață. Etologia a demonstrat că există structuri proprii cogniției individului biologic care sunt înnăscute, precedând orice experiență. Acestea se manifestă în anumite perioade de viață și contexte care pregătesc organismul să reacționeze la anumite configurații informative, ce constituie un fel de declanșatori înnăscuți ai unor comportamente caracteristice speciei. O nuanțare a problemei a fost introdusă de Lorenz, care a arătat că, imediat după naștere, există o perioadă optimă în care apariția unor structuri informaționale, percepute constant, poate să se instituie, printr-un fel de „impregnare“ („prägung“), uneori substituind „declanșatorii“ înnăscuți.

Revenind la om, s-a putut stabili cert că nou-născutul, în primele săptămâni și luni după naștere, reacționează prevalent la conturul feței umane (chiar sub formă de mască sau desen), mai ales dacă acesta e în mișcare și are o reprezentare clară a ochilor. De asemenea, este înăscut răspunsul prin zâmbet la zâmbetul matern, mai ales după 3 luni. De altfel, se creează un cerc ascendent, în sensul că imaginea copilului determină zâmbetul mamei, care-l declanșează pe cel al copilului; iar acesta, la rândul său, îl potențează pe cel al mamei. Lăsând la o parte pentru moment dispozițiile înăscute, este evident că principalul „obiect” cu care copilul vine în contact în primele luni și în general în primul an de viață este mama. Și aceasta nu doar prin prezența feței sale și comunicările mimice reciproce, ci și prin multe alte aspecte, precum ar fi: alăptatul la sân, bazat pe susținere și legănare; vorbitul și cântecul matern, adresat sugarului ce nu înțelege încă cuvintele; mirosul matern, căldura ambientală; de fapt, tot ceea ce participă la crearea unei „nișe” de familiaritate mamă–sugar. Adevărul e că interacțiunea începe înainte de naștere, prin planificarea maternității („nașterea” și dorirea copilului în mintea părinților și, mai ales a mamei), atitudinea, afecțiunea și preocuparea maternă față de sarcină, față de făt, prin mângâierea abdomenului, prin vorbele adresate produsului de concepție, prin muzică și stările emotive ale mamei din timpul sarcinii. Toate acestea contribuie la realizarea unui „cordon ombilical” afectiv mamă–făt. Experiențele atestă că sugarul recunoaște vocea mamei imediat după naștere, dintre multe altele. În perioada postnatală acțiunile de susținere și manipulare (de „holding” și „handling” în formularea lui Winnicotte) contribuie alături de cele deja menționate, de întreg procesul de „maternal”, la faptul că, în jur de 8 luni, când se structurează schema obiectului permanent, mama – sau echivalentul matern – devine un obiect privilegiat. Și aceasta nu doar datorită întregului proces cognitiv-afectiv menționat mai sus, ce face ca imagoul matern să fie obiectul cel mai familiar, căutat și securizant, ci și pentru că imaginea ființei materne este de aceeași natură cu subiectul. Mai exact, este imaginea unei ființe umane. Și astfel, în mintea copilului – bazată pe funcționalitatea creierului său, unde e reprezentată „schema sa corporală”, se realizează un „model intern de reprezentare activă” al unei alte ființe umane. În sinele propriu al acestuia se structurează receptacolul și, în același timp, reprezentarea unui „alter-ego”, în principiu și în mod normal securizant. Prin „inner working model”, în sensul lui Bowlby, se realizează o relație intrapsihică (relația de atașament) între eul pe cale născândă a copilului și reprezentarea unui eu exterior, obiectiv, reprezentare aflată și ea în fază născândă pentru subiect, în cadrul unei diferențieri ce va conduce progresiv la

depășirea a ceea ce unii psihologi au denumit „adualismul inițial“ al psihismului uman (123), (124).

La realizarea relației de atașament participă funcțiile de cogniție socială ale feței umane, ale identificării identității unei persoane diferite de sine dar securizantă; și care e familiară, diferită de alta străină. După constituirea relației de atașament, apariția figurii unei persoane străine poate induce doar prin percepția sa o reacție anxioasă (anxietate de contact) (125). La realizarea relației de atașament participă și funcțiile afective, care, la acest nivel primar, prezintă o diferențiere destul de redusă între emoție, dispoziție și afectivitate tranzitivă. Atașamentul în sine este o expresie, mai ales a acesteia din urmă forme de afectivitate, implicându-le și pe primele două. De aceea s-a avansat ideea că, în cursul primului an, dezvoltarea proceselor afective (emotiv-relaționale) în strânsă corelație cu cele de cogniție socială ar conduce la constituirea fundamentelor intersubiectivității; situație ce capătă o nouă formulare ulterior, când relația cu „altul“ se diferențiază (în sensul „teoriei minții“).

## 2. Al doilea an de viață, „teoria minții“, autismul și depresia anaclitică.

Piaget susține că, după 12 luni, începe să se dezvolte la copil ceea ce el numea „funcția semiotică“ sau simbolică, care domină scena psihismului infantil până la începutul școlarității (6–7 ani). Aceasta se manifestă prin diferite forme de imitație și de joc (simbolic și cu rol), prin desen, imagini mentale și limbaj. Este o perioadă în care se produce o puternică ecloziune a imaginarului (a unei anumite modalități de manifestare a acestuia) cu o insuficientă distincție între ceea ce ține de posibil, simbol, poveste și real. Între 3–6 ani, copilul trăiește în lumea magică a ficțiunii, a poveștilor fantastice, în care aproape totul pare posibil, iar constrângerile nu-i domină viața.

Imitația în context, deci relativă la ceva direct perceput, e posibilă și înainte de 12 luni; la fel cum e posibilă și la primatele superioare. După această vârstă apare „imitația amânată“, la care maimuțele nu au decât un foarte limitat acces. Această conduită implică evocarea reprezentativă a unui obiect sau eveniment absent; fapt ce presupune construirea sau folosirea unor semnificanți diferențianți. Copilul poate să-și imite părintele sau unchiul absent; la fel cum poate imita o pisică sau o mașină. Faptul că un copil poate nu doar să-și amintească recunoscând, ci să și își reprezinte imitând personaje și alte realități din nișa sa ecologică umană familială, înseamnă că acestea sunt, de fapt, prezente în el în mod continuu și latent; adică subiectul „conține“ imaginile altora nu doar în memorie, ci și în instanța – sau breșa – constituită prin ceea ce Bowlby a numit „inner working model“. Iar această prezență intrapsihică nu poate fi neutră.

Dacă, într-o situație dată, un copil imită reprezentativ sau în maniera unui joc de rol, pe tatăl sau mama sa, într-un anumit fel relativ constant, aceasta presupune că și în perioada neactualizării acestui imago el e prezent în psihismul său, cu anumite valențe de tip protectiv sau anxiogen, de tipul afecțiunii sau ostilității, al repulsiei sau dorinței de conjuncție. În plus, e de presupus și acceptat că respectivele imagouri nu privesc doar relația duală cu subiectul – așa cum apar lucrurile în relația simplă și primară de atașament față de mamă – ci sunt cuprinse în scenarii relaționale încărcate afectiv, care implică mai multe imagouri de persoane. De fapt, aceasta este și prezumția bazală a psihanalizei lui Freud, împotriva căreia, în principiu, nu se pot aduce drept contra-argumente decât simplismul său, ignorarea condițiilor sale de posibilitate și amplitudinii contextului psihologic personal din care face parte.

Structura relației de atașament se complexifică în al doilea an și deoarece copilul se poate deplasa, investigația ambianței devenind mai amplă, iar relațiile cu alte persoane se multiplică și se diversifică calitativ. În plus, se accentuează aspectul obiectual al relației, „celălalt“ devenind un om cu care contactul și interacțiunile se petrec „față în față“, în diverse situații, astfel încât scenariile de relaționare devin mai variate. Dar aspectul fundamental rămâne cel menționat de Piaget, al reprezentării cuiva neprezent, însoțită de capacitatea de a-l imita; și a cărui evocare reprezentativă declanșează anumite stări afective. În situații patologice (corelate cu perturbări în dezvoltarea cerebelului, mai ales a migrației celulelor Purkinje în vermesul cerebelar) nu se poate realiza, în cursul anului al 2-lea, desprinderea reprezentării de obiectul pe care-l reprezintă (decuplarea reprezentării de referentul său obiectual) datorită unui deficit al memoriei pe termen lung. Acest fapt stă la baza teoriei metareprezentăionale (Leslie, 1987) a autismului infantil, sindrom în care este perturbată grav comunicarea complexă interumană, precum și percepția de sine și a celuilalt, ca fiind integral ființe umane anumite, ce exprimă emoții, dorințe și intenții. Tulburările cerebeloase ar sta și la baza unui deficit al atenției spațiale în comportamentul explorator și emoțional, care are ca rezultat dificultăți în abilitatea copilului de a-și orienta și reorienta rapid atenția, în raport cu două surse de informații; fapt ce duce la o perturbare a cuplării atenției sale cu cea a partenerului, cu consecințe în buna receptare și înțelegere a direcției de percepție, a intențiilor și emoțiilor celuilalt; și, în general, la disfuncții în cogniția socială.

În al doilea an de viață, în cadrul interacțiunilor directe (față în față), copilul normal reușește să urmărească privirea celuilalt, stabilind ce vizează acesta, ce privește, ce percepe celălalt. De asemenea, el poate înțelege, în mare, din

aspectul mimico-gestual (și mai puțin verbal), dorințele și intențiile celor din jur, obiectivele lor, parțial, gândurile și motivele (convingerile celorlalți le va înțelege în jur de 4 ani). Capacitatea de a atribui altora gânduri, credințe, dorințe și intenții a fost numită „teorie a minții” („theory of mind”, Premack și Woodruff, 1978) și ea este în mare măsură alterată în autismul infantil și, probabil, la cei vulnerabili pentru schizofrenie (126).

În cadrul dezvoltării în cel de-al doilea an de viață devine evident faptul că, dacă relația de atașament este echilibrată și securizantă, copilul este mai proactiv și investigator, se implică mai mult în joc și în interrelații; dar, recurge la figura de atașament pentru confirmare, îndemn sau protecție. Relația de atașament poate fi nu doar securizantă, ci și nesigură, în manieră ambivalentă sau detașată, precum și dezorganizată. Esențial e faptul că, dat fiind „inner working model”, copilul pretinde și presupune o relație de atașament constantă la care să poată face apel, chiar dacă aceasta nu este una de securizare optimă. De aceea se și poate produce, între 8 luni și 3 ani, ceea ce Spitz, de pe poziții psihanalitice, a descris ca „depresie anaclinică”. Adică, privarea îndelungată, în această perioadă, a micului copil de mamă (de o figură constantă de atașament) declanșează o reacție ce se manifestă succesiv, prin protest, disperare și apoi detașare indiferentă. Cât despre consecințele tardive ale unei astfel de deprivări sau ale relațiilor de atașament distorsionate, această temă a făcut și face obiectul a nenumărate studii longitudinale, referitoare la hospitalism, la copilul abuzat. Un aspect special, încă nestudiat, îl reprezintă perturbarea prin care „celălalt” este corect și complet recunoscut și reprezentat cognitiv, dar fără a se induce un real atașament însoțit de conotații afective. Cu alte cuvinte, cealaltă persoană rămâne în aria „tematică” cognitivă a recunoașterii și chiar introjecției, însă fără un atașament complet. O astfel de perturbare ar putea sta la baza indiferenței afective a psihopatului antisocial, continuându-se cu cea a anankastului, schizoidului etc. Toate cele menționate mai sus arată importanța pentru sănătatea mintală a tânărului și adultului a unei bune și armonioase parcurgeri a perioadei de atașament.

**3. Al treilea an de viață și următorii; prima schiță a delimitării eului, identificările de durată și complexe psihanalizei; obiectele tranziționale și jocul.** Între al 2-lea și al 3-lea an, concomitent cu dezvoltarea funcțiilor semiotice și în special a limbajului, se constată o tendință de opoziționism a copilului față de adult, expresie a procesului de constituire, în jur de 3 ani, a primei schițe a delimitării eului conștient (H. Wallon). Copilul înțelege că el este autorul propriilor acțiuni ce au consecințe în lumea din jur și se resimte ca distinct de altul

(alții și lume), ca ființă autonomă. Acest proces se desfășoară în paralel cu o structurare mai fermă a „schemei corporale“, ce constă în reprezentarea „cerebrală-corticală“ și „psihic-subiectivă“ a limitelor propriului corp. Perceperea mai distinctă și nuanțată a acestuia, accentuează la această vârstă interesul pentru identitatea sexuală, pentru organele sexuale, cu posibilă masturbare. Interesul crescut față de diferențele sexuale poate sta la baza a ceea ce Freud a denumit complexul Oedip și complexul de castrajie. Aceasta deoarece, între timp, s-a dezvoltat mult capacitatea de identificare de durată cu altul, proces ce începe, așa cum am menționat, la 12 luni. Scenariul propus de Freud – băiatul dorește ca mama să-i aparțină doar lui, fiind gelos pe tată, dorindu-i înlăturarea; ca o consecință, se teme că acesta îl va castra; urmează identificarea de durată cu imagoul patern, cu preluarea supra-egoului acestuia și tendința de a-i semăna, progresând în cunoaștere socială și în preluarea culturii – acest scenariu este unul posibil. Dar structurarea și funcționarea psihismului între 3 și 5 ani nu poate fi redusă la el. Oricum, relația de atașament precede perioada complexului Oedip. Și, „prin inner working model“ face loc asimilării, „introjectării“ – în termeni psihanalitici a imaginilor a multiple persoane, între care cel maternal și cel paternal joacă un rol important, poate esențial, fără a fi însă singurele.

Rolul imaginărilor într-una din modalitățile sale în perioada dezvoltării funcțiilor semiotice între 12 luni și 6 ani a fost deja menționat. El are importanță și pentru circumscrierea etapei de afirmare a eului din jur de 3 ani. Procesul este destul de complex deoarece între eu și non-eu apar și se dezvoltă zone intermediare. E vorba despre situații și obiecte tranziționale care, conform cu circumscrierea făcută de Winnicott (127), sunt exterioare propriului eu-corp, dar exprimă interioritatea subiectului. În această categorie intră păpușile, jucăriile diverse dar și o serie de jocuri, mai ales cele cu rol, desenele sau creațiile în care subiectul își proiectează propria interioritate sau care-l sprijină să o identifice. Situațiile și obiectele tranziționale sunt prin definiție simbolice, de un simbolism uneori insuficient de explicit. Ele se pot structura și prin limbajul discursiv. Dacă visul și „scenele fantasmatică“ sunt plasate în subiectivitate, relatarea lor sau proiecția lor în comportamente sau manifestări simbolice se instituie ca obiecte tranziționale.

Jocul, care la această vârstă se manifestă mai ales sub forma jocului de rol, se plasează și el într-o zonă tranzițională între imaginar (cunoaștere reprezentată subiectiv în parametrii posibilului) și realitatea lumii adulților. De fapt, jocul este esențial pentru toată perioada personogenezei, rămânând, ulterior, o componentă importantă a vieții umane comunitare, a cărei realitate

o dublează într-o variantă mimetică, în modalitatea „ca și cum...” necesară pregătirii, experimentării, manifestării creativității. Ca activitate lipsită de rol pragmatic, se poate vorbi – așa cum o face Piaget – despre „joc – exercițiu” încă din primul an, când copilul investighează propriul corp și primele obiecte din preajmă. În cursul dezvoltării limbajului se poate vorbi și de un joc lingvistic, tot cu valoare de exersare și cunoaștere. Aspectul specific al jocului se instituie o dată cu derularea valențelor sale simbolice și în varianta jocului cu roluri. În faza inițială, acesta nu implică decât o mică participare a altora – a mamei, de exemplu – și nu e constrâns de reguli. Păpușile și alte obiecte tranzitionale sunt manipulate în joc, astfel încât acesta are o importantă funcție cognitivă, de dezvoltare a cunoașterii și inteligenței. În perioada pe care o comentăm, jocul implică treptat și alți copii. El e important în dezvoltarea limbajului și în exersarea relațiilor interpersonale. Jocul cu roluri poate avea o valoare proiectivă, în raport cu conținuturile imaginative (fantasmatic) preconștiente și inconștiente; fapt ce îl recomandă deseori pentru diagnostic. Pe măsură ce copilul se apropie de vârsta școlară, se amplifică jocurile constructive și cele cu reguli. Acestea presupun cooperarea și participă semnificativ la socializarea subiectului, la autocontrolul său în acțiunile cu scop, desfășurate în parteneriat cu alții. Dacă jocurile solitare, ce predomină în prima fază, stimulează și utilizează „imaginationul – pulsional” (adică cel spontan și neconstrâns), jocul cu roluri facilitează imaginul ce susține apariția și manifestarea socială (adică tendințele histrionice). Iar jocurile cu reguli dezvoltă inventivitatea în regizarea și autocontrolul acțiunilor. Fapt ce implică o altă fațetă a imaginului, cea controlat-creativă în zona posibilelor. În cadrul jocului cu reguli se pot evidenția tendințele copilului spre organizare și ritualizare; adică, tendințele obsesionale (128).

Jocul, cu toate valențele sale, rămâne important în viața adultului. În cele din urmă, chiar aspectul „serios” al vieții presupune exercitarea unor roluri sociale și efectuarea controlată a unor jocuri de limbaj. Și, la fel, toate valențele jocului – așa cum sunt ele strâns corelate cu imaginul și creativitatea – au un rol important în multe modalități de psihoterapie.

După ce delimitarea „eu-corp (subiect) – celălalt – ceilalți-lume (obiect)” începe să devină mai bine delimitată după 3 ani, zona obiectelor și situațiilor tranzitionale nu dispare. Ea se mută treptat în alte direcții, capătă alte valențe, poziții și conformații, rămânând în constantă legătură cu imaginul. Mare parte din universul jocului și din cel al artelor din perioada vieții mature se vor articula cu această zonă tranzitională.

**4. Limbajul și poveștile până la 7 ani și ulterior.** Începând din al 2-lea an, limbajul înțeles și vorbit se dezvoltă progresiv, intersectându-se cu celelalte funcții semiotice (reprezentare-imitare, jocul cu roluri, desenul, imaginile mintale). Limbajul, în sens de funcție de comunicare – proprie, după Popper, atât omului, cât și animalului – se manifestă prin expresivitatea mimico-gestuală a partenerilor și prin expresii lingvistice corelate funcțiilor deontice de permis, interzis, obligator (în cazul exprimării unei dorințe, rugăminți, îndemn, sfat, interdicție, permisivitate, obligație, gratificare, sancțiune, amenințare etc.). Concomitent, se dezvoltă și funcția pe care Popper o denumeste descriptiv-critică și care permite cunoașterea progresivă, de către copil, a lumii, așa cum este ea cunoscută de către socio-cultura în care el crește. Această cunoaștere este mediată de alte persoane și ea începe prin „definiții ostensive“ (este indicat un obiect sau o situație căreia i se atribuie un nume), practicându-se și definiții operaționale (definiția a ceva ce apare ca baza sau rezultatul unei acțiuni) pentru a se ajunge la definiții nominale (un „cuvânt-noțiune“ este explicat prin alte cuvinte care-l determină), (129).

Înșușirea limbajului vorbit, cu sintaxa și semantica sa, interferează cu dezvoltarea proceselor cognitive, în general, și a inteligenței, în special. În perioada dezvoltării funcțiilor semiotice, dintre 12 luni și 6 ani, imaginarul copilului se dezvoltă bazându-se pe experiență, percepție, educație, pe îmbinarea definițiilor ostensive cu cele operaționale și nominale, în contextul situațiilor și obiectelor tranziționale. Prima modalitate importantă, în care copilul ia contact cu limbajul descriptiv, este prin intermediul poveștilor. Acestea pot fi și ele plasate în „zona-tranzițională“. Poveștile fantastice cuprind eroi și evenimente întretesute și derulându-se într-o ordine ce urmează o logică discursivă, care presupune o introducere, familiarizarea cu eroii și situațiile, conflictul, derularea peripețiilor și deznodământul. A fost subliniată, în repetate rânduri, legătura între poveștile fantastice și miturile popoarelor, funcționale pentru menținerea coeziunii întregii societăți la un nivel spiritual. Pentru moment, se cere subliniat faptul că, în calitatea de obiect (lume) tranzițională, poveștile oferă copiilor imagouri umane sau simili-umane, cu care el se poate identifica, pe care le poate asimila, introjecta, la fel ca imagourile persoanelor reale cu care vine în contact. Dar, în povești, eroii sunt încărcăți cu anumite determinații valorice: ei sunt buni și răi, frumoși și urâți, vicleni, proști etc. Copilul se poate regăsi parțial în – sau se poate identifica cu – situațiile conflictuale și cu eroii din povești. Faptul participă, alături de relațiile și identificările directe cu alții (diverși în ceea ce privește statutul lor social, profesia, sexul, vârsta), la formarea identității sale.

Poveștile – și ulterior miturile, istoriile, operele literare culturale și rolurile sociale – sunt o sursă pentru ceea ce Jung a denumit arhetipuri. Și care sunt înscrise în „inconștientul colectiv“ din care se împărtășește subiectul în constituirea progresivă a identității sale.

Pe lângă faptul că ascultă și se identifică parțial cu eroii de poveste, copilul poate și inventa povești, adaptând cele trăite real la propriul univers imaginar, în cadrul unor scenarii, trăite subiectiv, afirmate proiectiv sau povestite. În cele din urmă, și complexul Oedip a lui Freud este un astfel de scenariu, ce nu poate fi desprins complet de universul tranzițional, pe fondul căruia se decantează eul, identitatea cu sine și autonomia subiectului.

**5. Schematele cognitive.** Am urmărit procesul prin care copilul, pe măsură ce-și structurează, delimitează și dezvoltă eul său independent și conștient – pornind de la sinele-self cu valoare auto-organizatoare, existent și în biologie –, asimilează imagoul altora în interioritatea propriei structuri (în instanța deschisă prin „inner working model“). Introjecția imaginilor altora are valoare organizantă, structurantă. Iar „celălalt“, „alții“ sunt prezenți în psihismul propriu cu o anumită valoare relațională, reciproc atitudinală în raport cu subiectul, ansamblul putând fi cuprins în scenarii evenimentțiale imaginare („fantasmatic“). Procesul acesta poate fi sondat la un nivel mai profund decât perioada relației de atașament (corelată constituirii schemei obiectului permanent), dacă admitem împreună cu M. Klein că, încă din primul an de viață, s-ar diferenția cel puțin două modele de raportare la „obiect“ (chiar dacă acesta este încă un „obiect parțial“); și anume: unul, ce constă din frica față de acesta (= „atitudine paranoidă“) și alta, constând din sentimentul că obiectul este pierdut, că lipsește și nu mai oferă sprijin (atitudine depresivă). Revenind la perioada din jurul vârstei de 3 ani și cea ulterioară, se poate reține faptul că, alături de procesele de identificare – imitare – introjectare a altora, joacă un rol important și experiențele directe de „etichetare“ și „calificare“ prin expresii lingvistice, de care copilul „beneficiază“ din partea părinților, rudelor, educatorilor, altor copii de diverse vârste. Un copil poate fi obiectul unor atitudini afective rejectant critice; dar și a unor expresii lingvistice, care întăresc această atitudine, prin caracterizări negative. El poate auzi, de exemplu, în mod repetat, cum i se spune: „ești un prost, un incapabil, nu ești bun de nimic etc.“, aceste cuvinte fiind însoțite de anumite atitudini expresive, de comportament, de râs, de batjocură. Elementul conceptual lingvistic se adaugă la cel afectiv-atitudinal în procesul de receptare a atitudinii altora față de sine, fapt ce contribuie semnificativ la for-

marea treptată a propriei păreri despre sine, la constituirea stimei de sine, la atitudinea constantă a subiectului față de propria persoană. În mod simetric, „copilul-subiect“ se poziționează atitudinal și caracterizează pe alții, îi evaluează și valorizează într-o manieră nu doar afectivă, ci și lingvistic-conceptuală, prin exprimare lingvistică. Deși planul imaginativ rămâne important în perioada 3–7 ani, contribuția caracterizărilor lingvistice noționale câștigă progresiv teren.

În interioritatea psihismului copilului ce-și afirmă identitatea cu sine, de „eu“ distinct de non-eu, în jur de 3–4 ani, și ulterior, ființează prezența „altora“, în raport cu care subiectul se poziționează, treptat, atitudinal. Se derulează un permanent schimb și joc între relaționarea evenimentțială directă cu alții, inclusiv în manieră lingvistic-propozițională și relaționarea intrapsihică cu „alții introjectați și reprezentați în sinea subiectului“. Iar aceasta constă dintr-o relativ constantă părere (opinie, punct de vedere, convingere, credință) în ceea ce privește:

1. propria identitate, capacitate și valoare, stimă de sine etc., ca expresie a unei judecări de auto-evaluare (=eu sunt, în mod constant, capabil, frumos, bun sau incapabil, slab, rău, nevaloros etc.);

2. capacitatea și valoarea celorlalți – celuiilalt (=ei sunt în mod constant...);

3. felul în care subiectul apreciază că ceilalți (celălalt) îl consideră, se raportează la sine, ca atitudine și judecare evaluativă relativ constantă (=ei cred despre mine că sunt slab, rău, bun, puternic etc.; ei intenționează, în raport cu mine, să mă disprețuiască, critice, agreseze, să mă laude, admire etc.).

4. felul în care ceilalți trebuie considerați și tratați, adică ceea ce merită și trebuie să facă subiectul, în raport cu lumea umană (eu trebuie să mă pregătesc de apărare... să mă resemnez, să mă retrag, să mă afirm cu dezinvoltură etc.).

Această „tetradă“ a unei „schemate-cognitiv-evaluative“ intrapsihice, care exprimă o poziționare atitudinală în raport cu sine și în relație cu alții, se poate consolida apoi în cursul întregii copilării, rămânând într-o zonă preconștientă și jucând un rol important în organizarea unor tipologii caracteriale particulare și a modului în care subiectul îi preîntâmpină pe alții, se raportează și acționează (130), (131). Ea se poate constitui și ca un „marker“ de vulnerabilitate crescută, pentru modele de tulburări psihopatologice (de tip depresiv, paranoid, anxios-evitant, maniaco-depresiv etc.). Și, de asemenea, se poate regăsi în organizări nevrotice sau manifestări delirante. Tetrada ar putea fi formulată și în „propoziții atitudinale“ (în sensul doctrinei cognitive).

În concluzie, subiectul, pe măsură ce se definește ca autonom și delimitat de lume, se dimensionează interior prin prezența imaginilor – a reprezentărilor – altora în propriul psihism, în scenariul unei relaționări intrapsihice care orientează, într-un anumit fel, raportarea sa efectivă la lumea umană nemijlocită. Aceasta, bineînțeles, concomitent cu acumularea continuă de cunoștințe și abilități.

**6. Între începutul școlarității și pubertate.** În jur de 6–7 ani întâlnim o nouă „criză” developmentală care privește, în egală măsură, re-sinteza identității și orientarea spre o nouă manieră de raportare la lume. La această vârstă, „schema corporală” este din nou reorganizată și definită. Acum se definitivează lateralitatea (dreapta/stânga) și orientarea în spațiul perceput și reprezentat. Schema corporală stă atât la baza percepției spațiale (cu distincțiile: în față, în spate, sus, jos, la dreapta, la stânga), cât și a dezvoltării psihomotricității. Mișcându-se cu rost și semnificație, subiectul utilizează propriul corp ca instrument, lumea percepută ca spațiu, în care acțiunile se pot desfășura (în raport cu, și la distanțe față de propriul corp), iar temporalitatea se structurează ca bază a succesiunii secvențelor acțiunii cu scop. La vârsta școlară devine evidentă instabilitatea psihomotorie (sindromul hiperkinetic) care e evidențiable deja la 3 ani. Tot acum, devin evidente – pe lângă posibilele distorsiuni ale schemei corporale – unele dispraxii și agnozii (variat condiționate) ce se exprimă în dificultatea de a învăța scrisul (disgrafie) și cititul (dislexie). Se poate evidenția și o deficiență în calculul matematic (a-calculia). În planul evoluției cognitive se trece spre o mai clară distincție între ceea ce e real și ceea ce e imaginar (ficțiune), declanșându-se perioada „operațiilor concrete” (Piaget). În plus, copilul începe să înțeleagă cauzalitatea. Relațiile sociale se raportează mai mult la mediul extrafamilial, prin prezența în universul școlar și cel al prietenilor. Contactul cu instituția școlară poate să evidențieze o „fobie de școală” ce are la bază parțial anxietatea de separare și contact, expresie a tulburărilor de atașament, dar și experiențele negative pe care copilul le poate trăi la școală, între alți copii și adulți; fobie, care poate fi un indiciu de vulnerabilitate în direcția patologiei anxioase, în sens general. Jocul cu reguli se substituie în mare măsură jocului de rol. Copilul începe să câștige capacitatea de des-centrare, în sensul de a reuși să se situeze pe punctul de vedere al partenerului. Autoritatea nu mai e reprezentată doar de părinți – sau echivalenți –, ci capătă un sens mai general. Apare sentimentul datoriei și al drepătății, toate în paralel cu creșterea autonomiei. Relațiile cu alții devin relații de cooperare în acțiuni. În același timp, subiectul devine capabil să caracterizeze

și să comenteze pe alții în absența acestora, fiind conștient că și alții procedează astfel în raport cu el, în absența sa. „Schemele cognitive“ se conturează mai ferm. De aceea, felul în care „apare“, în care se manifestă în societate îl interesează tot mai mult pe tânăr.

Acțiunea devine, în perioada 7–15 ani, mult mai amplă și complexă. Ea se derulează tot mai mult în spațiul extrafamiliar, școlar și social, bazându-se pe strategii elaborate, în relație cu respectarea normelor cunoscute. Dimensiunea acțională depășește instanța jocului, în care rolul principal îl are imaginarul – corelându-se cu normativitatea socială, în care rolul principal îl joacă, de regulă, decizia și perseverența întru eficiență.

Dezvoltarea acestor aspecte este, desigur, diferențiată, în funcție de predispozițiile temperamentale și de modelele educative. Se pot, totuși, circumscrie, din perspectiva tipologiei temperamental-caracteriale, două profile, ce se definesc cel mai bine în această perioadă, deși premisele pot fi identificate și în fazele anterioare de ontogeneză.

a) Cazul celui care încearcă, conștient sau preconștient, să atragă atenția asupra sa, printr-o expresivitate și comunicare captativă, bazată pe imaginar (=histrionicul);

b) Cazul celui care încearcă, conștient sau preconștient, să se afirme prin respectarea normelor, prin performanța muncii sale corecte și riguroase (=anankastul).

Prevalența imaginarului este parțial o expresie a prelungirii perioadei dintre 3–6 ani, în care joacă un rol dominant; dar acum, imaginarul se desfășoară altfel decât în universul corelat poveștilor. Aderența de norme pare a fi corelată cu etapa ordonării vieții după reguli, ce se impune o dată cu școlaritatea. Dar normativitatea impregnează existența copilului din prima sa perioadă de viață. Această partajare nu e deci așa de simplă cum a fost schematizată mai sus, ci coboară mult mai adânc. Copii centrați pe ritualuri, în viața curentă și în joacă, întâlnim și în perioada preșcolară.

**7. Între pubertate și adolescență (12–17 ani).** Tânărul trece din nou printr-o „criză de identitate“. Și aceasta se petrece vizând toate instanțele eului, a eului-corp-persoană. Biologic, corporalitatea se modifică, preocuparea față de propriul corp crește.

Corporalitatea are pentru persoana umană o dublă realitate și semnificație. Pe de o parte, ea este o realitate a lumii fizico-biologice, interacționând cu elementele acesteia, dar particularizându-se prin valoarea de suport și sediu al propriului psihism și de apartenență la propriul sine personal. Pe de altă parte,

ea este trăită (resimțită neconștient și preconștient) ca bază a delimitării și individualizării eului conștient în raport cu alții și cu lumea. La baza acestei secunde perspective se află, din perspectivă biologică, reprezentarea neuro-(cortical)-psihologică a limitelor propriului corp, „schema corporală”, care diferențiază, printr-o percepție constantă și neconștientă, „spațiul” eului-corp-persoană de „spațiul” în care se află alții și lumea cu care subiectul se inter-relaționează. Orice moment critic de reorganizare maturantă a eului, a subiectului persoanei, se corelează cu reorganizări în planul corporalității trăite în perspectiva psihologiei antropologice.

Polarizarea menționată mai sus a fost analizată de către Zutt (132), în sensul diferențierii între: a) corpul „portant” și b) corpul „fisiognomonic-estetic”. Corpul-portant este resimțit ca sursă a instinctivității, afectivității, intențiilor, proiectelor și acțiunilor; în această instanță se cantonează sau este înglobată și intimitatea trăirilor subiective, inclusiv zona secretului personal. Corpul fisiognomonic-estetic este unul al apariției și manifestărilor, a modalităților în care prin expresie, comunicare și acțiune corporalitatea, ca instanța limită a eului, poate fi percepută, interpretată și comentată de alții. Această valență a corporalității proprii se continuă, evident, cu cea în care corpul se manifestă ca un instrument de acțiune al subiectului conștient, pentru că orice impact cu realitatea ambientală îl implică. Într-un sens lărgit, nu pot fi ignorate și alte aspecte ale corporalității trăite, precum: – faptul de a fi implicat în dragoste, în dans, în creație; – faptul de a fi o proprietate, dar și un suport al bolilor și mutilărilor; – faptul de a fi suportul imagourilor simbolice ce sunt introjectate de alții, susținând astfel prezența – reprezentată – a altora în sine și a sinelui în alții.

Răspunsul la întrebările: – Cine sunt eu? – Cine e acesta? etc., implică corporalitatea fiecăruia, în multiplele sale sensuri.

Între pubertate și adolescență, tânărul este în mod deosebit preocupat de stratul corporal al personalității sale, în toate aspectele acestuia. În perspectivă fisiognomonic-estetică, el e interesat de felul în care apare pentru alții, acordă mult timp aspectului său corporal pe care-l problematizează.

Interesul din perioada 12–17 ani, pentru propria corporalitate, rezultă și din ecloziunea instinctului sexual, a interesului pentru relații sexuale și a capacității afective de generare. E posibilă instaurarea temporară a masturbației, sunt trăite primele experiențe heterosexuale (dar și homosexuale). La fete, apar menarha și menstrele, la băieți, poluțiile și excitația sexuală. Crește interesul pentru forma corporală și instinctul alimentar. Mai ales la fete, e perioada în care apare anorexia mintală, cu refuzul modificării corporale, a creșterii în greutate și

a maturizării corporalității. Tânăra ajunge să refuze alimentarea și, în general, aportul caloric, ceea ce o conduce la dietă, consum de substanțe catabolizante, vomă și diaree provocată etc. Bulimia poate apărea și ea în acest context de dezechilibru instinctiv; ea constă din consumul impulsiv, în scurte perioade de timp a unei mari cantități de alimente, urmat, uneori, de vomă; se poate asocia cu anorexia mintală.

Relaționarea socială și manifestarea socială capătă noi valențe. Apare cuplajul erotico-afectiv, însoțit sau nu de relații sexuale. Acum începe să se afirme și să se consolideze afectivitatea tranzitivă a dragostei. Cognația socială, contactul și relația socială se dezvoltă în cursul întregii personogeneze. După cum s-a arătat, însăși structurarea eului se bazează pe funcția organizatoare – de schelet și ferment – pe care o realizează introjectarea imaginilor celorlalți, a mamei, inițial, a altor personaje reale și fictive, ulterior. Relațiile și legăturile sociale se bazează pe această prezență potențială și reală a altora în sine. Afectivitatea tranzitivă a legăturii sociale se manifestă prin rezonanța afectivă, prin faptul că subiectului „îi pasă” de ceea ce i se petrece celui alt (și reciproc), suferă și se bucură împreună cu altul, devine trist la pierderea sau dispariția acestuia. Tot la această vârstă începe să-și facă loc problema responsabilității sociale într-un sens larg. Și la fel, definirea opțiunilor și comportamentelor necesare pentru intrarea în societatea celor adulți. Căutarea unei identități socio-valo-rică, prin profesie, relații de tip marital și paternal, de tipul inserției în grupe sociale definite nomic și în cele din urmă prin moralitate, este corelată inițial cu o vizare a idealurilor înțelese în această fază în puritatea lor. De altfel, din punct de vedere cognitiv, Piaget a demonstrat cum, în această perioadă, apar „operațiunile propoziționale”; adică, gândirea formală și combinatorică, în cadrul căreia se operează nu doar cu ceea ce este real dat, ci cu propoziții, în perspectiva abstractă a similarității echivalențelor semantice definite și a posibilului. Prin aceasta s-ar încheia structurarea formală a inteligenței. Dar, deși cunoștințele cresc și ele acum, conținutul cunoașterii, imaginarea, reprezentarea și înțelegerea lumii este încă marcată de idealitate – de posibilul abstract al idealului – în lipsa unei proprii și suficiente experiențe de viață.

Dincolo de interesul față de cum „subiectul-corp-eu” este perceput estetic-fisiognomic în situație, ca „apariție”, în această perioadă crește exponențial interesul subiectul față de faptul cum este el comentat și caracterizat de către alții. Orice individ are în interiorul lumii umane cel puțin o dublă existență: pe de o parte, una concret nemijlocită, pe de alta, una secundă a poveștilor despre el, a comentării și caracterizării sale de către alții, în instanța lumii a 3-a

a lui Popper. Subiectul poate fi mai mult sau mai puțin conștient și interesat de această ipostază secundă a existenței sale, ce se manifestă în contextul vieții unei comunități culturale în diferite moduri. Adică, dincolo de comentările circumstanțiale, există și caracterizări ale sale în plan public, mai mult sau mai puțin oficiale, în registrele școlare, în dosarele de cadre, în formularele poliției sau a serviciilor secrete, în pamfletele din gazeta de perete, în ziare și alte mijloace mass-media, în posibile biografii care circulă verbal, cvasilegendar, sau care nu sunt realmente scrise (133). Această existență secundă a „ființei intermediare“ în „lumea a 3-a popperiană, e, de fapt, prezentă pentru orice om, de la naștere până la moarte; precum și după aceea. Dar, ea nu interesează tot timpul subiectul în egală măsură. În perioada pubertății și adolescenței, instanța de „ființă intermediară“ preocupă prevalent individul uman, ce caută să recepteze sau chiar să construiască o anumită poveste privitor la sine, destinată altora, cât mai favorabilă din punctul său de vedere. Ulterior, în cursul restului vieții, preocuparea în această direcție se va reactiva în variate situații firești sau psihopatologice, o dată cu ieșirea la suprafață a tetraedei relaționale cognitive, care a fost comentată ca stând la fundamentele persoanei, în calitatea sa de unu-multiplu. De fapt, subiectul poate să participe – și practic participă – la crearea propriei „imagini-povești“, prin anumite comportamente și manifestări, exprimări și relatări deliberate. După cum, el este în permanență preocupat de propria-i identitate sub forma unei constante atenții, conștiente sau preconștiente, acordată elaborării propriei autobiografii. Uneori, această preocupare se manifestă efectiv, prin elaborarea de jurnale intime, de texte-document privitoare la sine; sau prin notații, scrieri, elaborări în direcția unui text autobiografic. Pentru psihopatolog, toate aceste manifestări nu pot fi ignorate.

**8. Ciclurile vieții adultului.** Intrarea în vârsta maturității presupune opțiunea pentru anumite roluri și statute sociale, care, uneori, se obțin progresiv, prin efort și muncă deliberată; iar alteori, apar spontan, prin conjunctură. Statutul și rolul social se definesc la un nivel suprapersonal, de către socio-cultura în care individul trăiește. Ele se suprapun peste ansamblul contactelor, relațiilor și legăturilor „interpersonal–sociale“, ce creează rețeaua socială a fiecărui individ. Statutul și rolul social pot fi în mai mică sau mai mare concordanță cu aspirațiile, dorințele, intențiile, părerile și opțiunile subiectului. Ele se pot mai mult sau mai puțin potrivi structurii sale temperamental-caracteriale, biografiei și capacităților (abilităților) sale specifice. E posibil un conflict de rol social; de exemplu, între cel profesional și familial. Dar și o conjuncție fericită, de împlinire prin rol social, marital, parental sau de lider social. După cum,

e posibilă și ascunderea persoanei în formare – sau deja formată într-un anumit fel – în spatele rolului și statutului său social. Sau, supraidentificarea sa cu acesta, fapt ce reduce bogăția, diapazonul de trăiri și manifestări ale persoanei. În orice caz, statutul și rolul social sunt inevitabil părți componente ale personalității. În mod firesc, persoana le asimilează, le înglobează și trece dincolo de ele – dincolo de instanța logosului – în direcția creativității valorice și a originalității. De aceea, blocarea în statutul și în rolul social (mascarea persoanei prin acestea) este un indice de vulnerabilitate.

Unul dintre cele mai importante statute și roluri sociale ce definesc o persoană adultă este cel profesional. El este precedat de statutul și rolul instructiv educativ care se desfășoară de-a lungul întregii personogeneze în paralel cu procesul de maturizare psihică a individului. Atât în perioada educativă, cât și în cea a exercitării unui rol profesional, subiectul e cuprins într-un microgrup, cu care realizează contacte, relații sau chiar legături. Prin rolul profesional, omul își manifestă competențele sale, realizează performanțe, se înscrie în funcționarea instituționalizată a unei socio-culturi. Și tot în acest domeniu el poate fi creativ. Tulburarea psihică reduce aproape prin definiție randamentul în rolurile sociale. Și prin aceasta, integrarea interpersonal-comunitară a subiectului. Alte roluri importante sunt, la vârsta adultă, cele de soț și părinte, precedate de cele de copil, membru al unei familii de origine și, apoi, tânăr pe cale de intrare în adolescență, în marea societate. Și în acest plan sunt prezente multiple relații și legături interpersonale ce se derulează, de obicei, la un nivel mai intim-familiar decât în cazul altor statute și roluri sociale. Legăturile de tip dragoste se desfășoară în acest context. Dar, pot exista relații strânse, familiare și cu minimă afecțiune de tip dragoste, cu tensiune interpersonală sau chiar ură. Persoana se integrează social și ca cetățean, ca participant la treburile și evenimentele cetății, ca membru al diverselor asociații, cluburi, partide politice, biserici, precum și prin prietenii pe care le are, personal sau împreună cu familia sa. În sfârșit, el mai exercită statutul și rolul social de „locatar“, de proprietar sau simplu locuitor al unui apartament sau case, în care-și petrece viața intimă, singur sau împreună cu familia, în care se gospodărește și se autoîngrijește, se retrage, se simte în siguranță. În toate aceste domenii, existența se desfășoară diacron prin cicluri, ce au un început, o perioadă de stare, pregătindu-se apoi o schimbare și care implică diverse contacte, relații și legături sociale, care, prin dinamica vieții, ajung să se schimbe. Tânărul se educă trecând de la o școală la alta, exercitând apoi o profesie, în diverse instanțe sociale și cu diverse grade de responsabilitate, putând ajunge, uneori, șomer, pensionar, subiect fără statut profesional etc. De asemenea,

persoana ce crește în mijlocul familiei sale de origine, își întemeiază apoi propria sa familie, mai mult sau mai puțin stabilă; subiectul poate divorța și, ulterior, să se recăsătorească, poate avea copii, de educația cărora se ocupă sau nu; și care pot și ei pleca de acasă la diverse vârste ale membrilor ciclului familial. Propria locuință nu este totdeauna de la început dată. De multe ori, ea este visată, construită, progresiv mobilată, îngrijită apoi. Locuirea presupune curățenie și cumpărături, relații cu vecinii, posibilitatea retragerii în izolare, igiena intimă, aranjarea garderobei. Cursul existenței unei persoane poate fi parțial descris prin succesiunea manifestărilor și întâmplărilor ce se petrec în 4 mari cicluri:

1. Ciclul familial, ce începe cu familia de origine și continuă cu cea proprie;
2. Ciclul instructiv-profesional
3. Ciclul locativ, al gospodăriei, al vieții intime și al relației cu vecinii;
4. Ciclul relațiilor sociale, de prietenie, de cetățean, relații de hobby, cu biserica, asociațiile sociale etc.

Aceste cicluri se suprapun, pe de o parte, peste caracteristicile de bază (de neschimbat, „fixe“) ale persoanei (rasă, sex, genetică, sarcină, naștere, limbă maternă, dezvoltare până la 3 ani) și se relaționează cu elementele structurale ale persoanei (nevoi, atitudini, capacități etc.). Propunem o sistematizare a acestor domenii și a interrelațiilor dintre ele (fig. XX).

Existența persoanei, între naștere, maturizare, îmbătrânire și moarte, se realizează prin exercitarea în cadrul nișei ecologice umane proprii, formate din diverse relații sociale interconectate, a unor roluri sociale în cadrul acestor cicluri, prin care se evidențiază performanțele persoanei și abilitățile ce ea le câștigă progresiv, și prin intermediul cărora se realizează integrarea sa socială. Dar, tot din interiorul acestui univers uman – al nișei sale ecologice – provin cei mai mulți stresori psiho-sociali ce pot juca un rol în psihopatologie, prin vulnerabilizarea sa lent progresivă, prin creșterea circumstanțială a vulnerabilității, prin determinarea sau declanșarea unui episod psihopatologic. Este vorba atât de „psihotraume“ (de obicei neprevăzute), cât și de schimbări de viață solicitante, eșecuri, frustrări acute – sau repetate, eventual cronice – conflicte interpersonale trenante, solicitări epuizante. Desigur, subiectul conștient își aduce de multe ori, el însuși, contribuția la ceea ce se întâmplă. O serie de schimbări de viață sunt întreprinse din proprie inițiativă sau îi sunt cunoscute cu posibilitate mai mare sau mai mică de a interveni în evoluția lucrurilor. Eșecul rezultă dintr-o acțiune pornită din propria inițiativă, cu o anumită evaluare a șanselor (în ceea ce privește propriile capacități, sprijinul posibil din partea altora, cumulara dificultăților etc.); frustrarea este, și ea, corelată cu așteptările, dorințele,

*Date bazale fixe*

A	I. Rasă	comentarii	interpretări
	II. Sex		
	III. Genetică		
	IV. Sarcină, naștere		
	V. Limba maternă		
	VI. Dezvoltare până la 3 ani		

*Dinamica biografică*

	→ → →		
B	I. Ciclul dezvoltării psihologice		
	II. Ciclul familial		
	III. Ciclul profesional		
	IV. Ciclul locativ		
	V. Ciclul social		
	VI. Competențe		
	VII. Rețea socială		
	VIII. Solicitări, stresuri, satisfacții		
	IX. Boli somatice		
	X. Toxicomanii		
	XI. Crize și boli psihice		

*Structura*

C	I. Nevoi	
	II. Atitudini	
	III. Capacități	
	IV. Inteligență, valori cognitive	
	V. Trăsături morale	
	VI. Echilibru structural	
	VII. Vulnerabilitate	

Figura XX. Imaginea de ansamblu a matricii și a principalelor interrelații (după Lăzărescu, bibl.15)

pretențiile (legitime) ale subiectului. Tot de subiect – de perspectiva subiectivității persoanei – mai depinde, parțial (căci intervine, desigur, și mediul), situația stresant-epuizantă ce rezultă din conflictul intrapsihic. În sfârșit, aceeași zonă a nișei ecologice și a celor 4 cicluri de viață menționate poate fi sursa de suport, de tampon și de contrabalansare în raport cu stresorii. Aceasta se realizează prin rețeaua de suport social, cu funcțiile sale „instrumentale” și „afective” (de intimanță și suport moral). Și, tot aici se petrece, cu participare mai mult sau mai puțin activă a subiectului, relaxarea, odihna și satisfacțiile de viață, factori deosebit de importanți pentru contrabalansarea stresorilor. Mai mult decât atât, psihopatologia contemporană aduce în discuție și conceptul de „fericire” (happiness), ca factor de echilibrare a stresorilor.

Ciclurile vieții au fost privite mai sus din perspectiva predominant exterioară, a nișei ecologice umane, divizată în 4 zone. Dar, în esență, la baza lor stă însăși desfășurarea existenței persoanei, prin parcurgerea vârstelor.

Psihanaliza clasică a lui Freud a urmărit, în primul rând, succesiunea dezvoltării până la 3–5 ani. Tot din perspectiva psihanalitică, Erikson (134) a sugerat o etapizare a vârstelor, caracterizată prin anumite particularități psihologice dominante. În esență, Erikson distinge 8 etape (21), (fig. XXI).

Problemele comentate mai sus ar putea fi schițate în următoarele scheme:

Etapa psihosocială	Sentimentul pozitiv asociat	Forme de psihopatologie corelate	Predictori pozitivi și negativi ai formării identității	Aspecte de lungă durată ale formării identității
1	2	3	4	5
Încredere vs. neîncredere (naștere ~)	Speranță	Psihoze Dependențe (de droguri) Depresie	Recunoaștere reciprocă vs. izolare autistă	Perspectiva temporală vs. confuzia temporală
Autonomie vs. rușine și îndoială (~18 luni~)	Voință	Paranoia Obsesii Compulsii Impulsivitate	Voința de a fi „el însuși” vs. lipsa încrederii în sine însuși	Siguranță de sine vs. conștiința de sine
Inițiativă vs. vinovăție (~3 ani ~) ↓	Scop	Tulburări conversive Fobii Tulburări psihosomatice Inhibiție	Anticipare de rol vs. inhibiție de rol	Experimentarea rolului vs. fixarea rolului

1	2	3	4	5
Întreprinzător vs. inferioritate resimțită (~5 ani ~)	Competență	Inhibiție a puterii creatoare Inerție	Identificarea sarcinilor vs. sentimentul futilității	Instruirea profesională („ucenicia“) vs. „încremenirea“ în muncă
Identitate vs. confuzie de rol (~13 ani ~)	Fidelitate	Comportament delincvent Tulburări de identitate cu genul Episoade psihotice tip borderline		Identitate vs. confuzia identității
Intimitate vs. izolare (~20 ani ~)	Dragoste	Tulburarea de personalitate schizoidă Distanțare		Polarizarea sexuală vs. confuzia bisexuală
Generalizare vs. stagnare (~40 ani ~)	Grija pentru ceilalți	Criza „perioadei de mijloc“ Invalid prematur		Capacitatea de a conduce și a urma conducătorii vs. renunțarea la responsabilități
Integritate vs. disperare (~60 ani ~)	Înțelepciunea	Alienare extremă Disperare		Aderarea ideologică vs. confuzia valorilor

Figura XXI. Etapele dezvoltării psihosociale, după Erikson (sistematizate de Newton, D.S., în Kaplan 2000)

Ideea de a studia și a înțelege viața individuală sub forma unor cicluri succesive, care se desfășoară între naștere și moarte, a fost reluată cu vigoare de Școala lui Levinson (121), al cărui studiu s-a concentrat pe existența postadolescentină a bărbatului. În conceptualizarea sa – bazată pe un număr de studii cazuistice – s-ar putea imagina următoarea schemă a marilor cicluri ale vieții, înțelese, în sens metaforic, ca „anotimpuri“ (fig. XXII).

Pe de altă parte, a crescut interesul pentru ciclurile vârstei adulte. Echipa lui Levinson a imaginat, pe baza unor studii factologice, o derulare a ciclurilor vieții până la vârsta a treia, într-o manieră schematică, dar sugestivă.

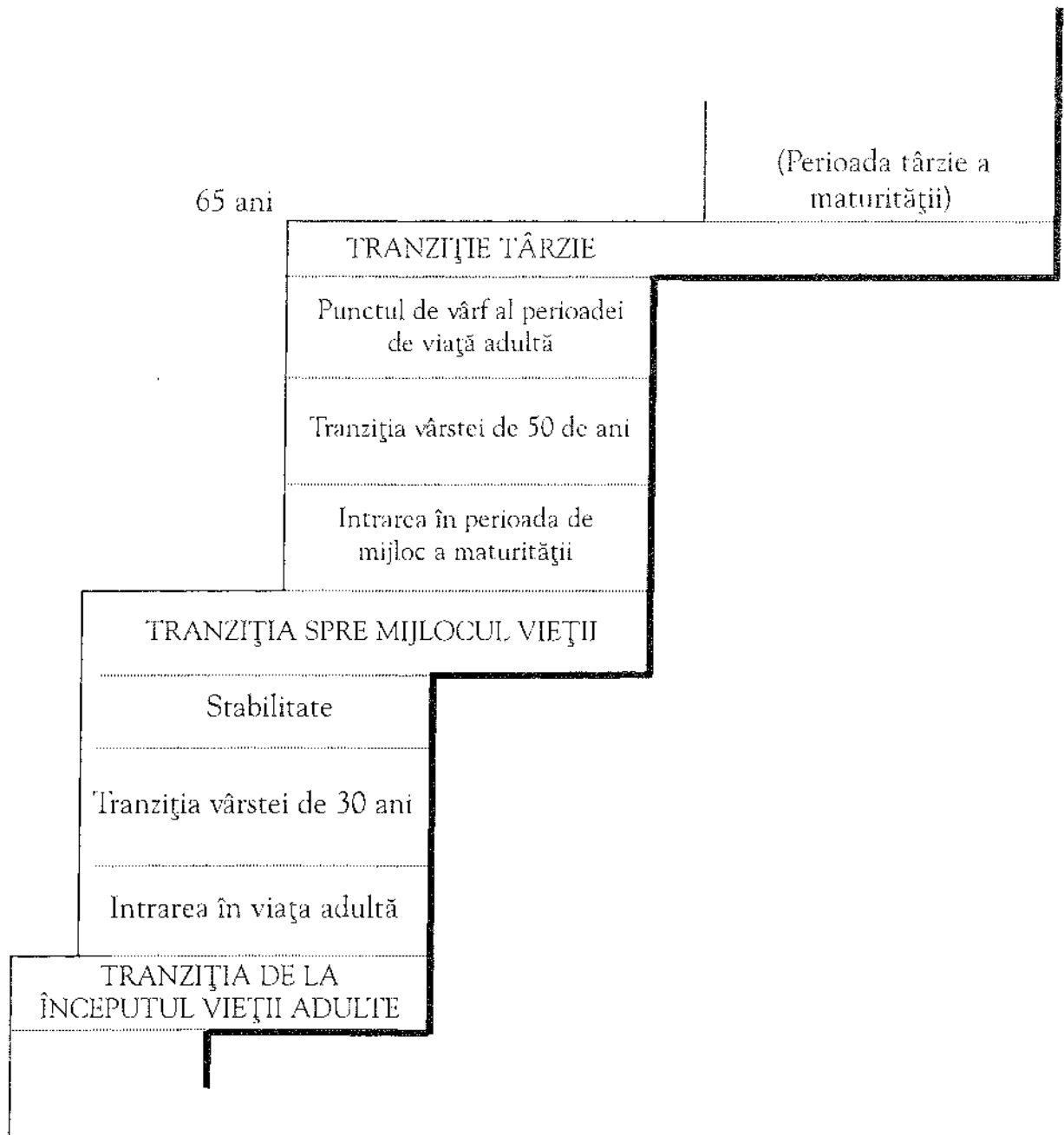


Figura XXII. Perioadele de dezvoltare în perioada timpurie, de mijloc și târzie (după Levinson, 1980)

Pentru a comenta perioadele dezvoltamentale ale ciclurilor întregii vieți, Levinson introduce noțiunea de „structură a vieții individuale” (The individual Life Structure), prin care înțelege, în mare, „angajarea individului în societate”. Analitic, sunt diferențiate 3 perspective:

a) **Lumea socio-culturală a individului, în care acesta trăiește efectiv.** Aceasta presupune variate contexte sociale: clasa, religia, etnicitatea, familia,

sistemul politic, structura ocupațională și instituțională etc., în măsura în care acestea au relevanță și semnificație pentru el.

**b) Anumite aspecte ale propriului sine (self) care sunt implicate în lumea dată.** Acesta include un complex de dorințe, conflicte, anxietăți și căi de a controla și rezolva aceste aspecte; și, de asemenea, include propriile fantezii, valori morale, idealuri, valențe, abilități, trăsături de caracter, modalitatea de a simți, gânduri și acțiuni. „Selful” este un element intrinsec al structurii vieții individuale și nu o entitate separată.

**c) Participarea individului la lume.** Subiectul se implică în lumea ce i se oferă, se angajează în roluri de cetățean, muncitor, șef, prieten, soț, frate, membru al diverselor grupuri. Participarea presupune tranzacția între sine și lume, care este corelată cu anumite semnificații și trăiri.

Felul în care concepe Levinson structura vieții individuale poate fi privit ca o replică pozitivistă a conceptului lui Heidegger: „a-fi-în-lume” (in-der-Welt-sein), desigur, fără conotațiile filosofice ale acestuia (și fără să implice alte noțiuni din complexa structură heideggeriană a „existențialilor”). Levinson consideră că structura vieții individuale se cere înțeleasă în contextul biografiei persoanei, care parcurge lungi perioade, multiplu determinate, între care evenimentele și schimbările majore ale vieții sunt deosebit de importante. Dar, deasupra – sau la baza – acestora stau marile cicluri ale vieții, care sunt condiționate în esență prin caracteristicile de vârstă. Există deci, și în perioada postadolescentină, perioade de tranziție și perioade relativ stabile. În cele de tranziție, importantă este opțiunea fundamentală a persoanei, care poate fi uneori precipitată de evenimente exterioare; iar alteori, e indiferentă față de acestea. La mijlocul vieții, între 40–45 ani, ne aflăm într-o perioadă optimă pentru realizarea procesului de individuație, în sensul lui Jung, prin care subiectul devine tot mai adânc „el însuși”, încorporând și afirmând, după o formulă proprie, arhetipurile „inconștientului colectiv”. În sfârșit, una din tezele teoretice ale lui Levinson – care-l apropie de fenomenologie – este și următoarea aserțiune: „Sinele (selful) este în lume și lumea în sine”. Dacă persoana conștientă cu sinele său reflexiv este o parte componentă naturală și obiectivă a existenței lumii (umane), în aceeași măsură, lumea există în interioritatea subiectivă conștientă a sinelui: „Sinele este parte intrinsecă a lumii exterioare... Și lumea exterioară este o parte intrinsecă a selfului”. Sau, în formularea lui Arthur Miller: „Societatea este în interiorul omului și omul este în interiorul societății”. Bineînțeles că această „societate”, care este în interiorul „persoanei”, implică și cuprinde toate imagourile introjectate ale altora, în relaționările lor reciproce și raportate la subiect, așa cum a fost comentată problema de la începutul acestui capitol.

În acest context, al comentării ciclurilor vieții, se mai cere adusă în discuție problema „individuației” asupra căreia a insistat Jung (135). Aceasta se referă la câștigarea progresivă a unei autonomii și originalități proprii, rezultată nu doar din acțiuni și experiențe, ci și dintr-o tot mai bună așezare a predispozițiilor, dintre care ar face parte și „arhetipurile”. Progresiv, omul devine – sau ar putea deveni – tot mai mult „el însuși”, iar prin creațiile sale, minore, medii sau majore, subiectul se individualizează tot mai mult. Pe măsură ce progresează spre vârsta a treia, el își poate căuta și găsi echilibrul, frumusețea și bogăția interioară, tocmai prin această individuație. Acum sunt luate în considerare nu doar integrările și realizările sociale ale persoanei, ci și cele spirituale valorice. Se definește tot mai accentuat conștiința morală a persoanei, care, așa cum s-a menționat, îl are în vedere pe „celălalt” – după Levinas – ca o realitate transcendentă (care-l obligă la responsabilitate și bunătate, în cadrul unei raportări asimetrice). Pe parcursul ciclurilor vieții, care implică transcendența, se poate trece prin perioade de „criză” a conștiinței morale și de reorganizare interioară, ce favorizează o mai autentică individualitate. Dacă nu se progresează în direcția acestei autenticități, poate persista o ego-distonie, un conflict latent cu sine, predispozant pentru trăiri de tip nevrotic. Jung sugera că persoanele care nu au parcurs în viața lor o perioadă de conflict și tensiune interioară „de tip nevrotic” sunt persoane incapabile de o adevărată șansă a individuației și autenticității. Tot în această direcție, se pot realiza, la câte un moment dat al vârstei adulte, precizări sau definiri spirituale specifice, care au fost demult comentate, sub conceptul de „metanoia”. Anumite „crize spirituale” au fost luate în considerare, tradițional, dar și în sec. XX, într-o perspectivă „terapeutică”, înțeleasă în sens larg. Un mentor spiritual te poate ajuta, în momente cheie ale vieții, să-ți găsești adevăratul (propriul și specificul) drum de viață, să-ți clarifici direcționările neautentice ale existenței, să te orientezi în direcția anumitor convingeri sau credințe, să-ți consolidezi sau să-ți regăsești un sens existențial. Aceasta, deoarece omul poate ajunge în situația în care resimte o lipsă a sensului vieții, un vid existențial, marcat de gol, plictis, inutilitate. Toate aceste probleme au fost abordate în sec. XX, de Frankl, prin proiectul pe care l-a dezvoltat – al „logoterapiei”. Deci, a unei terapii spirituale, dincolo de psihopatologia clasică a nevrozelor și reacțiilor psihopatologice.

**9. Logoterapia și analiza existențială personală.** Logoterapia lui Frankl (136) s-a dezvoltat, inițial, ca un fel de ghid terapeutic spiritual, necesar și eficient în anumite momente ale vieții, în sensul „completării” psihoterapiilor clasice, care nu aveau în vedere dimensiunea spiritualității. (În calitate de

„școală vieneză“ logoterapia a preferat să se plaseze ca o completare a celorlalte două orientări ale acestui centru: – cea a abisurilor inconștiente, dezvoltat de Freud, și cea a autocontrolului stilului de viață a unei persoane ce vrea să se afirme, promovată de Adler). Această orientare inițială despărțea logoterapia de psihoterapia propriu-zisă, centrată pe istoria vieții persoanei (pe biografie); sau pe perioade speciale și semnificative ale acesteia. Noua orientare psihoterapeutică, ce a derivat din logoterapie, se bazează pe analiza personal existențială a biografiei (Existenzanalyse). Este vorba de un demers analitic cu vizare psihoterapeutică ce încearcă să descifreze în ce măsură, pe parcursul biografiei, s-au structurat și sedimentat eficient (sau nu) o serie de „motivații“ existențiale fundamentale, care, în mod firesc, se succed implicându-se reciproc și inter-pătrunzându-se. Acestea ar fi, în esență, următoarele patru (137), (138):

1. Prima motivație fundamentală personal existențială: „A putea fi/temeiul de a fi“. Aceasta presupune o asigurare a înrădăcinării în lume și în sine, a terenului ferm de susținere (antropologică), pentru a te putea reorienta fără grijă, a acționa, a accepta și suporta existența dată, de care, într-un moment al vieții, devenim mai mult sau mai puțin conștienți și responsabili. Subiectul resimte nevoia de a fi ocrotit într-un spațiu existențial ce-i asigură suport și sprijin, încredere în sine și în lume. Deficiențe în acest plan motivațional al asigurării suportului stau la baza anxietății (iar prin supracompensare, a maniei).

2. A doua motivație fundamentală se referă la „pofta“ de viață („mögen“ în germană), ce s-ar realiza prin împliniri, satisfacții, realizări, posesiuni etc., toate fiind, în primă instanță, relaționale – în raport cu un altul și altceva din lume – și derulându-se în timp. Această motivație implică, pentru subiect, apropiere și dedicare, faptul de a se relaționa (cu altul sau altceva) pe parcursul unui timp dat. Desigur, pot rezulta neîmpliniri, eșecuri, pierderi (exterioare și în raport cu stima de sine) toate conducând, în esență, la depresie, mai mult sau mai puțin acceptată și evidențiată direct.

3. A treia motivație existențială se referă la: „a avea voie să fii (așa cum ești)“, deci, la propria valoare din perspectiva autenticității. E nevoie, la acest nivel, de o adevărată percepție de sine a persoanei conștiente bazată pe auto-distantașare, auto-considerație, auto-analiză și auto-evaluare. E necesară o cât mai adecvată și „autentică“ înțelegere, prețuire și justificare a propriei existențe și a celorlalți, bazată pe considerație, pe evaluarea valorii, pe stimă și respect autentic și bine argumentat. Eșuarea în această perspectivă stă la baza neautenticității histrionismului și duplicității existențiale, prin care subiectul poate să fie „ca oricine“ și foarte greu „el însuși“.

4. A patra motivație personal existențială se referă la sensul existenței, la valoarea vieții: „sunt aici! la ce bun aceasta?” La acest nivel intervin puțința și voința de sens existențial, care, la rândul lor, au o dimensiune conștientă (a libertății deciziei de a implementa un sens existenței proprii) și o dimensiune inconștientă (propria existență are în mod natural un sens sau nu are; situație ce se cere analizată în continuare). La acest nivel se plasează vechea doctrină a logoterapiei lui Frankl. Care, însă, în concepția actualei analize existențiale personale, apare ca o suprastructură ce presupune – implicând – celelalte trei infrastructuri motivaționale preliminare ale persoanei, ale structurii sale existențial-biografice.

Viziunea și concepția cuplului Frankl-Längle aduc ceva esențialmente nou pentru perspectiva biografică, de care avea nevoie psihopatologia și psihoterapia. Și anume, ideea unor motivații existențiale personale fundamentale. Dar, acest demers apare la ora actuală, în primul rând, ca deschiderea unui imens șantier de lucru. Ceea ce deja s-a spus și s-a elaborat, se prezintă ca deosebit de interesant și important. Dar, ca orice început, nu poate descoperi, întemeia și consolida întreaga problematică a existenței biografice cu sens a persoanei conștiente, expusă decompensărilor psihopatologice.

Demersul psihoterapeutic ce clarifică instaurarea „normală”, coerentă și solidă (bine ancorată în lume și în sine) a acestor motivații, precum și precaritățile, zonele de inconsistență, de insuficientă articulație dintre ele, stă la baza unui demers care face apel la ceea ce e esențial în persoana conștientă, pentru a trata și orienta terapeutic persoanele aflate în criză, suferință sau chiar „boală” psihică. În această perspectivă, distincția fenomenologică între psihoze, nevroze și crize existențiale se estompează, în împrejurările în care, o cotă parte, suficientă din persoana conștientă, este păstrată, putând fi abordată.

Se ridică, inevitabil, problema: ce s-ar putea înțelege în prezent prin „persoana umană conștientă”? Care este structura esențială a acestei entități pe care o întâlnim perturbată în psihopatologie și pe care demersul (psiho)terapeutic încearcă să o refacă sau cel puțin să o consolideze? Capitolul următor va încerca să abordeze această problemă, chiar cu riscul unei parțiale și temporale îndepărtări (în primele paragrafe) de specificul problematicii psihopatologice. Credem însă, că acesta poate fi, ulterior, înțeles și receptat cu mai multă acuratețe, după prezentările din primele capitole.

Acest demers îl considerăm util și necesar din mai multe motive. În primul rând, doctrina „cognitivistă” (și psihiatria biologică) care a câștigat

progresiv teren, în ultimii ani, are nevoie de anumite repere bine delimitate cu care să se confrunte și față de care să formuleze teme de studiu specific antropologice. În al doilea rând, însăși orientarea psihopatologică fenomenologică (ce încearcă să sintetizeze și orientarea psihanalitică într-o direcție hermeneutică și neo-antropologică) are nevoie de repere care să o articuleze cu tradiția structural-dinamică, evitând accentele puse exagerat pe anumite domenii, în absența unei vizări de ansamblu.

De aceea, cu toate riscurile ce se cer asumate, vom prezenta în continuare, într-o manieră relativ sistematică, o serie de noțiuni fundamentale ce se întâlnesc în psihologia și psihopatologia antropologică (predominant fenomenologică, dar provocatoare pentru cea cognitivistă), urmată de o încercare de prezentare sintetică a principalelor „fenomene” (stări și trăsături) psihopatologice, așa cum apar acestea din perspectiva perturbării și dezorganizării liniilor de forță portante ale persoanei umane conștiente.

## 4. Bibliografie, note, comentarii

96. Hegel, G.W.F., (1971), *Enciclopedia Științelor Filosofice*, Ed. Academiei, București, Partea a treia, *Filosofia Spiritului* (1966), Partea a doua, *Filosofia Naturii*, 1971.
97. a) Aristotel, (1969), *Despre suflet*, Ed. Științifică, București.  
 Concepția despre suflet, a lui Aristotel, este expusă în multe din lucrările sale, dintr-o perspectivă ce urcă dinspre sufletul prezent în bios, spre cel uman și mai departe, spre ceva ce îl depășește pe acesta. Totuși, în esență, sufletul este gândit din perspectiva biosului care, într-un fel, ar centra determinismele fisisului. De aceea, el a introdus și o serie de inovații conceptuale și terminologice, precum cea de cauză finală și „entelechié“. Un comentariu adânc al acestei poziționări îl găsim în:
- b) Heidegger, M., (1988), „Despre esența și conceptul lui Fisis“, Aristotel, *Fizica B*, 1 (1939), în *Repere pe drumul gândirii*, Ed. Humanitas, București p. 211–274. Această viziune se regăsește parțial în concepția despre „endon“ a lui Tellenbach (23).
98. Levoioi, A. O., (1997), *Marele lanț al ființei*, Ed. Humanitas, București.
99. Monacow, C., Morgue, V., (1928), *Introduction biologique à l'étude de la neurobiologie et de la psychopathologie*, Ed. Alcon, Paris.
100. Searle, J. R., (1998), *The Mystery of Consciousness*, Granta Books, London. Autorul consideră că, conștiința e o proprietate „emergentă“ a creierului (în calitatea sa de organ, de „mașină organică“), „conștiința e cauzată de nivelul bazal (lower-level) al proceselor neuronale din creier și este, ea însăși, un aspect al creierului. Această proprietate emergentă poate fi explicată prin funcționarea elementelor sistemului, dar nu prin simpla sumare a acestor elemente. Comportamentul moleculelor de H<sub>2</sub>O explică lichiditatea apei, dar moleculele individuale nu sunt lichidul... Computerele simulează stările mintale, dar nu sunt stări mintale, la fel cum, simularea unei explozii nu e explozia însăși! Autorul acordă o mare importanță intenționalității conștiinței, înțelegând în sens cognitivist.
101. Bolton, D., Hill, J., (1996), *Mind, Meaning and Mental Disorder*, Oxford Univ. Press, Oxford, New York. Cartea este o primă încercare de aplicare sintetică a ansamblului psihologiei, dar, mai ales a filosofiei cognitive în domeniul psihopatologiei, autorii încercând să depășească dichotomia explicare–înțelegere (lansată în psihopatologie, la începutul sec. XX, de către Jaspers, sub influența lui Dilthey), în sensul unei opțiuni integrative a continuumului în care tonul îl dă totuși explicația, înțelegând însă într-un sens foarte larg, în consonanță cu gândirea cognitivă (a se vedea articolele din bibl. 97, 98). Balanța înclină în direcția tradiției aristoteliene. Este ignorată înțelegerea umanului în sensul celor 3 lumi, sugerată de Popper, și pe care am încercat să o dezvoltăm în această carte.
102. Schneider, K., (1961), *Klinische Psychopathologie*, Ed. Springer, Berlin.
103. Binswanger, L., (1971), *Introduction a l'analyse existentielle*, Ed. De Minuit, Paris.

104. Tatossian, A., (1979), *Phenomenologie des psychoses*, Ed. Masson, Paris.

Cartea este o punere la punct, la zi pentru data respectivă, foarte documentată și clară a temei anunțate în titlu; de aceea, vom mai apela la această lucrare clasică. Studii psihopatologice importante, bazate pe fenomenologia lui Husserl, apărute ulterior, inclusiv cele ce privesc psihozele, vor fi citate, mai ales în ultimul capitol.

105. Cociu, M., (1999), *Etologie*, Ed. All, București.

Studiile de etologie s-au relevat importante pentru psihopatologie, mai ales pentru cea developmentală (paragraful 4.3.). Cu mai mult timp în urmă, se discuta despre psihologia animală, domeniu în care, în România, au existat, de asemenea, specialiști. Menționăm:

a) Beniuc, M., (1970), *Psihologie animală*, Ed. Științifică, București.

De asemenea, în ultimul timp, au apărut traduceri ale operelor unor etologi renumiți, pe teme de interes psihologico-psihiatric. Menționăm:

b) Eibl-Eibesfeldt, J., (1998), *Iubire și ură*, Ed. Trei, București.

c) Hayward, S., (1999), *Biopsihologie*, Ed. Tehnică, București.

106. Botez, M. I., (1996), *Neuropsihologie clinică și neurologia comportamentului*, Ed. Medicală, București.

107. Pentru susținerea celor afirmate vor fi invocate două articole dintr-o carte deja citată: Cicchetti & Cohen, D.J., *Developmental Psychopathologie* (21), vol. I.

a) Todd, R.D., Swarzenski B. et al., (1995), „Structural and Functional Development of the Human Brain”, p. 161–194;

b) Courchesne, E., Townsend, J. et al., (1995) „Neurodevelopmental Principles Guide Research on Developmental Psychopathology”, p. 195–226;

108. Guttenplan, S. Ed., (1994), *A Companion to the Philosophy of Mind*, Blackwell, Cambridge, Massachusetts.

Cartea cuprinde articole la toate temele esențiale ale „filosofiei cognitive”, scrise de cei mai remarcabili autori în viață; ea va mai fi citată, prin unele din capitolele sale.

109. Botez, A. Ed., (1996), *Filozofia mintalului*, Ed. Științifică, București.

Este o primă culegere, în limba română, de articole importante din domeniul filosofiei cognitive (mai ales redactate de autori britanici).

110. Prezentarea rezumativă a doctrinei freudiene este temerară și poate părea stranie celor nefamiliarizați cu Freud. Totuși, demersul e necesar. Textul este derivat din informațiile obținute din cărțile lui Freud, din prezentarea acestei doctrine – originale a lui Freud și dezvoltată de urmașii săi – în multe tratate, citate sau necitate. În prezenta lucrare, utilizăm pentru rezumatul realizat două din sintezele clasice ale operei sale:

a) Fenichel, O., (1953), *La theorie psychanalytique des nevroses*, P.U.F., Paris.

b) Freeman, L., (1980), *Freud rediscovered*, Arbor House, New York.

111. Binswanger, L., (1955), *Discurs parcours et Freud*, Ed. Galimard, Paris.

112. Ricoeur, P., (1988), *Despre interpretare, eseul asupra lui Freud*, Ed. Trei, București.

113. Ellemberger, H. F., (1994), *Histoire de la decouverte de l'inconscient*, Ed. Fayard, Paris.

114. a) Searle, J.R., „Intentionality“, p. 379–386.  
 b) Perry, J., „Intentionality“, p. 386–395, in Guttenplan, S. *A companion to the Philosophy of Mind*. (97).
115. Ey, H.(1973), *Des idées de Jakson à un modele dynamique en psychiatrie*, Ed. Radamantre, Privat, Toulouse.
116. Bandura, A., (1999), „Social Cognitive Theory of Personality“, in Pervin (39), p. 154–196.
117. Robins, R.W., Horem, J.K., (1999), „Naturalizing the Self, in Pervin (39), p. 443–477.
118. Bogdan, R.J., (1998), *Temeiuri ale cogniției. Cum este modelată mintea de către comportamentul teleologic*, Ed. All, București.
119. Rutter, M., Ed., (1982), „Developmental Psychiatry“, American Psychiatric Press, Inc., Washington.
120. Lewis, M., Miller, S.M., (1990), *Handbook of Developmental Psychopathology*, Plenum Press, New York, London. Menționăm și această lucrare, pentru a sublinia că, în ultimii 20 ani, apariția cărților cu acest titlu a devenit o constantă, fapt ce indică instaurarea unei noi „paradigme științifice“.
121. Levinson, D.J., Darrow, C.M. et al., (1978), *The seasons of a man's life*, Ed. A. Knopf, New York.
122. Opera lui J. Piaget a marcat o bună parte a sec. XX. Deși s-a centrat pe problema dezvoltării inteligenței și, în general, a funcțiilor cunoașterii, ea a abordat majoritatea problemelor psihologiei dezvoltamentale, motiv pentru care a fost de multe ori confruntată cu psihanaliza, încercându-se și armonizarea între cele două viziuni.

Pentru necesitățile capitolului, vom invoca doar câteva din lucrările apărute în limba română:

- a) Piaget, J., (1970), Inhelder, B., *Psihologia copilului*, Ed. Didactică și Pedagogică, București.
- b) Piaget, J., (1965), *Psihologia inteligenței*, Ed. Științifică, București.
- c) Piaget, J., (1972), *Dimensiuni interdisciplinare ale psihologiei*, Ed. Didactică și Pedagogică, București.
- d) Piaget, J., Chomski, W., (1988), *Teorii ale limbajului, teorii ale învățării*, Ed. Politică, București.
123. Bowlby, J., (1980), *Attachment and Loss*, Basic Books, New York.
124. Stan, V., (1999), *Atașamentul. De la teorie la practică*, Ed. Salvați Copiii, Unicef, Timișoara.
125. Ainsworth, M.D.S., Belehar, M.C. et al., (1978), *Patterns of Attachment: A psychological Study of Strange Situations*, Hillsdale, New York.
126. Cohen, B. S., (2000), *Understanding other Minds. Perspectives from Developmentale cognitive Neuroscience*, Oxford, Univ. Press, New York.

127. Studiile lui Winnicott au nuanțat, prin observații directe, ideile globale ale psihanalizei. Cel puțin două contribuții esențiale pot fi reținute: cele privitoare la „manipularea” copilului în primul an de către mamă și cele privitoare la „obiectele tranziționale” despre care va fi vorba în continuare. Menționăm în bibliografie articole apărute în următoarele culegeri:
- a) Winnicott, D.W., (1992), *Le bébé et sa mere*, Ed. Payot, Paris.
  - b) Winnicott, D.W., (1972), *L'enfant et le monde extérieur*, Ed. Payot, Paris.
  - c) Winnicott, D.W., (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed. Payot, Paris.
128. Mircea, T., (1999), *Psihologia și psihopatologia dezvoltării copilului mic*, Ed. Augusta, Timișoara.
129. Popa, C., (1972), *Teoria Definiției*, Ed. Științifică, București.
130. Beck, A.T., (1976), *Cognitive therapy and the emotional disorders*, International University Press, New York.
131. Perris, C., Blackburn, I. M. et. al., (1988), *Cognitive Psychotherapy*, Springer, Berlin.
132. Zutt, J., (1963), *Auf dem Weg einer antropologischen Psychiatrie*, Ed. Springer, Berlin.
133. McAdams, D. P., „Personal Narratives and the Life Story” in Pervin, (39) *Handbook of Personality*. Personalitatea, individualitatea psihică a omului, se formează în mare măsură prin relatările despre sine, pe care le povestește altora, și prin povestirile evaluatoare și caracterizatoare ale altora despre sine, pe care subiectul le află direct sau indirect. Un rol important este și relatarea (și redactarea) auto-biografiei, parțial sau global, realizată în contextul diverselor solicitări sociale. Acestei probleme nu i s-a acordat o importanță suficientă, până în ultimul timp. În „Ființele intermediare”, problema a fost ridicată. În articolul menționat mai sus sunt sintetizate date de literatură recentă asupra acestui aspect.
134. Erikson, E.H., (1986): *The Life Cycle*, in *International Enciclopedie of the Social Science*, Ed. McMillan, New York.
135. Jung, C.G., (1964), *Dialectique du moi et de l'inconscient*, Ed. Gallimard, Paris.
136. Frankl, V.:
- a) (1970), *Theorie und Therapie der Neurosen*, Ed. Reinhard, München.
  - b) (2000), *Man's search for ultimate meaning*, Pesseus Publishing, Cambridge, Massachusetts.
137. Längle, A.:
- a) (1993), *Personale Existenzanalyse*, in *Werkbegegnung. Phänomene und Methodische zugänge*, GEL Verlag, Wien, Austria, p. 133–160
  - b) (1993), Ed. *Praxis der Personalen Existenzanalyse*, *Erweiter Tagungsberichte*. 2/1993, GLE, Viena.
  - c) (1999), „Die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse”, in *Existenzanalyse*, p. 16, 1, 18, 25.
138. Furnică, C., *Introducere în psihoterapia analitic-existențială*, Ed. Polirom, Iași (în curs de apariție).



## 5. PERSOANA CONȘTIENȚĂ ÎN PERSPECTIVĂ FENOMENOLOGICĂ ȘI COGNITIVISTĂ. ASPECTE NORMALE ȘI PATOLOGICE

Tulburarea psihică afectează individul uman, înțeles ca persoană conștientă. Individul biologic poate prezenta și el o serie de perturbări psihice prin condiționare genetică, în urma afectării funcționării cerebrale și chiar ca urmare a unor situații de viață deosebite. Deși, pentru om, e valabil, în principiu, tot ceea ce intervine în „psihopatologia animală“ (evidențiazabilă, de obicei, la mamiferele superioare), există și diferențe fundamentale care depind de statutul ontic diferit al „antroposului“ față de cel al „biosului“ în care se înrădăcează. În biologie, instanțele de generalitate supraordonate individului sunt specia, genul etc. Pentru persoana conștientă,<sup>23</sup> supraordonată este comuniunea comunitară a „logosului“, realizată prin instanța practico-teoretică susținută de structurile instituționale și de limbajul asertiv-critic, prin care se realizează teoriile științifice, istoriile, povestirile. Și, la fel, este supraordonată instanța cultural-spirituală, vertebrată de axul logico-valoric. Iar dincolo de acestea, judecarea speculativă, reflexiv critică a omului (filosofică în alți termeni), sesizează un halou transcendentalo-transcendent. Persoana conștientă sintetizează tot ceea ce e specific unui individ biologic, ca reprezentant al „biosului“, cu tot ceea ce e specific individualului „umanului“, ale cărui instanțe supraindividuale specifice le asimilează și le exprimă. Psihismul uman este o realitate specifică a lumii, o „entitate“ aparte, chiar dacă se înrădăcează în psihismul individului biologic și trăiește efectiv

---

<sup>23</sup> A se vedea finalul Capitolului introductiv, 1.

Excentricități ale determinismului specific acestei entități ontice întâlnim în cazul sfântului, al geniului, sau al psihoticului „endogen“, problemă ce va fi reluată în paragraful 5.8.

numai în măsura în care „respiră” în permanență aerul supraindividual al logosului și spiritualității. La nivelul acestei entități, determinismul implică și libertatea; și, în orice caz, nu poate fi comentat doar în termenii determinismului biologic.

Starea psihopatologică este pentru psihismul persoanei umane un fel de experiment natural care evidențiază infrastructura conștiinței, liniile sale de forță portante („existențiali” săi, în limbaj heideggerian). Dincolo de detaliile semiologice, aceste elemente structurale fundamentale (a se vedea figura XXIII) ies acum în prim plan, într-o manieră distorsionată, creând configurația esențială specifică „sindroamelor psihopatologice” bazale (în forma în care au fost prezentate în paragraful 2.5.1.). De aceea, în capitolul de față se va propune la început circumscrierea semnificației acestor elemente structurale, specifice conștiinței persoanei (echivalente ca semnificație cu „existențiali” lui Heidegger din „Sein und Zeit”) (179).

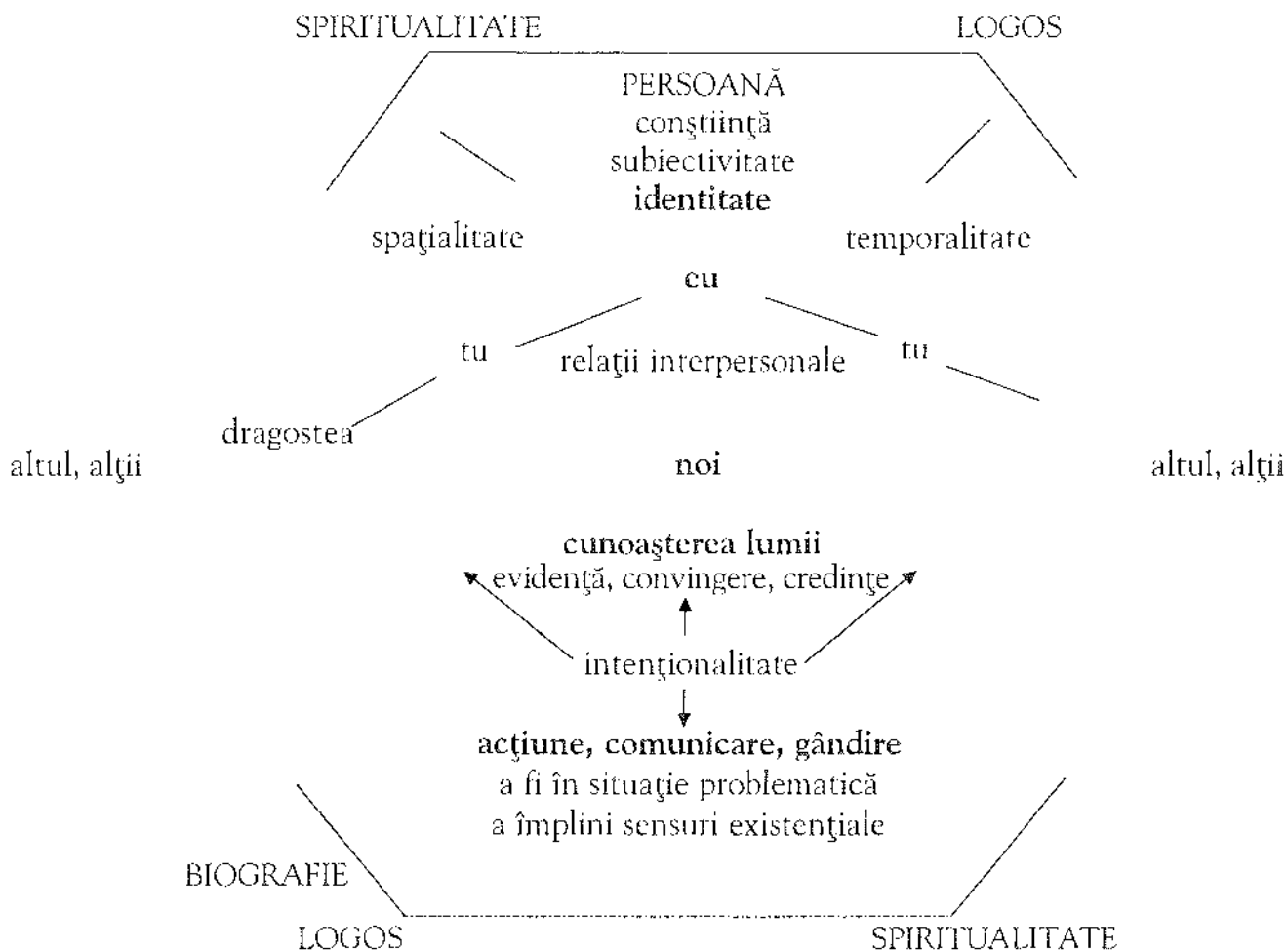


Figura XXIII. Inventar schematic al elementelor structurale ale persoanei conștiente

Ulterior (începând cu paragraful 9), se va proceda la o reexpunere a trăirilor umane anormale fundamentale, au fost descrise, în perspectivă medicală, ca „sindroame” specifice psihiatrice. Prezentarea va fi, de data aceasta, antropologic-fenomenologică, din perspectiva trăirilor și expresiilor persoanei conștiente, dar ținând cont și de o bună parte a perspectivei cognitiviste, care, în prezent, comentează, în maniera cea mai pertinentă, zestrea fundalului bio-psihologic pe care omul o moștenește de la animale; și care are la bază funcționalitatea creierului său (modelabil prin sistemele „Inteligenței Artificiale”). Cele expuse în capitolul privitor la psihopatologia dezvoltamentală, unde se încearcă asimilarea unor aspecte ale psihologiei genetice a inteligenței (după Piaget), ale psihanalizei, precum și a studiilor etologice aplicate la psihismul uman și cele privitoare la ciclurile vieții persoanei, se consideră acceptate și nu se va reveni asupra lor. Pe de altă parte, nu vor fi comentate – în sensul că, recunoscându-se importanța, sunt puse temporar „între paranteze” aspectele disfuncționalității propriu-zise ale creierului, înțeles ca organ al corpului uman viu. Orientarea de bază a acestui capitol este în direcția sublinierii aspectelor specific antropologice ale psihopatologiei, într-un sens fenomenologic și parțial cognitivist, care ar putea constitui provocări și teme de studiu pentru interpretarea „biologico-cognitivă” a unei psihopatologii orientate concomitent și în direcția etologiei, științelor creierului, sistemelor ce modelează „Inteligența Artificială”. Acest fapt va deveni evident încă din primul paragraf, deoarece psihologia, filosofia și psihopatologia cognitivă actuală nu pot opera cu noțiunile de persoană, conștiință, subiectivitate, decât parțial, la limită, reductivist. Următorul paragraf, privitor la identitatea și spațio-temporalitatea subiectului conștient, nu are încă elaborări în cognitivismul actual. O parțială contribuție există, totuși, la nivelul cunoașterii lumii (5.4.), înțeleasă ca teorie mai mult sau mai puțin științifică. Intenționalitatea în perspectiva cognitivă și fenomenologică (5.5.) este distinctă la nivelul fundamentelor; ceea ce nu înseamnă însă, că nu se poate articula. În ceea ce privește perspectiva biografică, aceasta nu e concepută încă pentru cognitivismul actual, deoarece ține, în esență, de instanța logosului și a spiritualității; ceea ce nu înseamnă că nu poate fi și ea o provocare pentru o abordare și cercetare, dialog, reînțelegere și reformulare a unor probleme tradiționale, într-un nou metalimbaj<sup>24</sup>.

<sup>24</sup> Paragrafele 5.1.–5.7. din prezentul capitol sunt, la prima lectură, fără legătură cu psihiatria și psihopatologia; importanța lor pentru o psihopatologie fenomenologică „provocatoare” se va evidenția începând cu paragraful 5.9. Dar, și până atunci, pe parcurs, vor fi făcute constant trimiteri la fenomenele psihopatologice.

## 5.1. Persoană, conștiință, subiectivitate (139), (140), (141), (142)

Conceptul de persoană este specific uman și nu poate fi comentat în termeni de psihologie animală, sau în termenii abstracti și generici ai „sistemelor cognitive ce se autoreglează”, așa cum sunt concepute acestea în prezent. În cultura și civilizația Europei, el are o istorie ce ne plasează în extinderea lumii a 3-a a lui Popper; mai precis, în cea a dogmaticii creștine. În acest context, după Conciliul de la Niceea (sec. IV), s-a dezbătut constant problematica „tri-consubstanțialității persoanei lui Dumnezeu”. Atribuirea calificativului de „persoană”, omului muritor, se petrece pregnant de abia în sec. al XVIII-lea, cel al „luminilor rațiunii”. Mai precis, după ce apare cea de a doua Critică a lui Kant (= Critica Rațiunii Practice), în care subiectul-om este calificat ca „persoană”, deoarece are libertatea de a-și însuși, pentru a respecta, prescripțiile imperativului categoric al legii morale. Omul, considerat în ipostaza sa de ființă rațională, poate să participe și să se dimensioneze acum ca individ, prin calificativul de „persoană”, considerat tradițional ca specific lumii transcendente a Zeului. Este avută în vedere dimensionarea valoric-spirituală, care o implică dar și o depășește pe cea a „logosului – social – comunitar”, deschizând orizontul transcendentei, a posibilităților și a creației. De fapt, istoric vorbind, a existat o perioadă de tranziție, de intermediere, când noțiunea de persoană a funcționat în zona practico-teoretică a logosului, denumită drept și justiție. E vorba de doctrina juridică exprimată prin „Dreptul” tradițional, romano-bizantin a lui Justinian, preluat apoi de Europa, în cadrul pulsionilor sale de reafirmare, mereu diferențiatoare întru nou, renaștentiste și post-renăștentiste. Cogito-ul cartesian ce s-a impus în sec. XVII-lea, limitat, cum a fost, la problematica cunoașterii și ignorând tematica juridico-moral-politică, nu putea să includă între atributele sale pe cel de persoană („persona”) în sens de libertate, responsabilitate și demnitate în raport cu celălalt, cu ceilalți, cu „umanul”, așa cum o vor face secolele ce vor urma după impulsul kantian. E de subliniat că însuși termenul de „persona” – „prosopon” în grecește – se referă la față, la apariția și manifestarea publică. În planul logosului comunitar, a vieții în societate, în raport cu alții, persoana-mască poate semnifica acea instanță a individului uman prin care el se exprimă și se expune receptării sale evaluative de către ceilalți. În această perspectivă, fațada măștii poate disimula adevărata trăire a subiectului, pe care acesta o resimte în intimitate, exprimând predominant manifestarea sa ce ține seama de normele statutelor și rolurilor sociale, cu intenționalitățile de manifestare situaționale ale individului

în raport cu alții. Se deschide, astfel, poarta duplicității existențiale ca alternativă sau polarizare față de „autenticitatea“ trăirilor coerente, transparente și/sau creatoare.

Dar și față de univocitatea opțiunilor rigide din fanatismul antropologic și psihopatologia paranoiacă. Instanța persoanei și-a păstrat, până în zilele noastre, locul său prezent în zona spiritualității valorice. Creativitatea reală a unui individ uman e comentată în termeni de personalitate plus valorică, eventual „genială“. Relația etică e analizată și ca în termenii relației dintre persoane. Doctrinile filosofice personaliste din sec. XIX și XX – americane și franceze – au postulat relația nemijlocită dintre om și ființa transcendentă supremă<sup>25</sup>. De aceea s-ar putea spune că termenul de „personalitate“ este o cupolă sub care sunt sintetizate toate aspectele importante ale existenței unui individ uman, real. E de reținut formularea lui H. Ey, care susținea că psihopatologia este, în esență, comentarea perturbărilor persoanei umane.

Conștiința, ca atribut fundamental al persoanei (=ființei umane individuale) a fost caracterizată încă din filosofia sec. al XIX-lea, prin attributele de: – reflexivitate (în sens de cunoaștere reflexivă a lumii și a sinelui); – subiectivitate intențională; – libertate; – sinteză a manifestării și afirmării individului conștient în planul logosului și al spiritualității. Alte caracteristici, precum: fundarea în sine, autodeterminarea, autogenerativitatea, creativitatea întru nou, se regăsesc și la nivelul altor instanțe ontice (de exemplu, la nivelul individului biosului). În general, attributele conștiinței apar comune cu cele ale „eului“, concept lansat, așa cum s-a menționat, tot de Idealismul german și, care, subliniază delimitarea subiectului în raport cu altul (alții) și cu lumea.<sup>26</sup>

Reflexivitatea conștiinței este înțeleasă, în mod tradițional, în dublu sens: a) reflectarea cognitivă a lumii exterioare de către subiect, aceasta devenind o componentă interioară a sa; b) reflectarea de sine a subiectului ce se receptează pe sine ca pe un „obiect-subiect“ ce reflectă realitatea.<sup>27</sup> Reflexivitatea conștiinței ar fi de neconceput în afara vizării intenționale a subiectului.

<sup>25</sup> Caracteristicile generice ale conștiinței – ce face acum corp comun cu persoana – se regăsesc și între determinațiile ființei supreme, a Dumnezeuului religiei creștine.

<sup>26</sup> Conceptul de „Eu“ are un moment culminant în sec. XIX, în filosofia lui Fichte, iar în sec. XX, în cea a lui Husserl.

<sup>27</sup> Aceste două înțelesuri se regăsesc atât în filosofia lui Hegel, în sec. XIX, cât și în cea a lui Husserl, în sec. XX.

## 5.1. Persoană, conștiință, subiectivitate (139), (140), (141), (142)

Conceptul de persoană este specific uman și nu poate fi comentat în termeni de psihologie animală, sau în termenii abstracti și generici ai „sistemelor cognitive ce se autoreglează”, așa cum sunt concepute acestea în prezent. În cultura și civilizația Europei, el are o istorie ce ne plasează în extinderea lumii a 3-a a lui Popper; mai precis, în cea a dogmaticii creștine. În acest context, după Conciliul de la Niceea (sec. IV), s-a dezbătut constant problematica „tri-consubstanțialității persoanei lui Dumnezeu”. Atribuirea calificativului de „persoană”, omului muritor, se petrece pregnant de abia în sec. al XVIII-lea, cel al „luminilor rațiunii”. Mai precis, după ce apare cea de a doua Critică a lui Kant (= Critica Rațiunii Practice), în care subiectul-om este calificat ca „persoană”, deoarece are libertatea de a-și însuși, pentru a respecta, prescripțiile imperativului categoric al legii morale. Omul, considerat în ipostaza sa de ființă rațională, poate să participe și să se dimensioneze acum ca individ, prin calificativul de „persoană”, considerat tradițional ca specific lumii transcendente a Zeului. Este avută în vedere dimensionarea valoric-spirituală, care o implică dar și o depășește pe cea a „logosului – social – comunitar”, deschizând orizontul transcendentei, a posibilelor și a creației. De fapt, istoric vorbind, a existat o perioadă de tranziție, de intermediere, când noțiunea de persoană a funcționat în zona practico-teoretică a logosului, denumită drept și justiție. E vorba de doctrina juridică exprimată prin „Dreptul” tradițional, romano-bizantin a lui Justinian, preluat apoi de Europa, în cadrul pulsionilor sale de reafirmare, mereu diferențiatore întru nou, renașcentiste și post-renășcentiste. Cogito-ul cartesian ce s-a impus în sec. XVII-lea, limitat, cum a fost, la problematica cunoașterii și ignorând tematica juridico-moral-politică, nu putea să includă între atributele sale pe cel de persoană („persona”) în sens de libertate, responsabilitate și demnitate în raport cu celălalt, cu ceilalți, cu „umanul”, așa cum o vor face secolele ce vor urma după impulsul kantian. E de subliniat că însuși termenul de „persona” – „prosopon” în grecește – se referă la față, la apariția și manifestarea publică. În planul logosului comunitar, a vieții în societate, în raport cu alții, persoana-mască poate semnifica acea instanță a individului uman prin care el se exprimă și se expune receptării sale evaluative de către ceilalți. În această perspectivă, fațada măștii poate disimula adevărata trăire a subiectului, pe care acesta o resimte în intimitate, exprimând predominant manifestarea sa ce ține seama de normele statutelor și rolurilor sociale, cu intenționalitățile de manifestare situaționale ale individului

în raport cu alții. Se deschide, astfel, poarta duplicității existențiale ca alternativă sau polarizare față de „autenticitatea“ trăirilor coerente, transparente și/sau creatoare.

Dar și față de univocitatea opțiunilor rigide din fanatismul antropologic și psihopatologia paranoiacă. Instanța persoanei și-a păstrat, până în zilele noastre, locul său prezent în zona spiritualității valorice. Creativitatea reală a unui individ uman e comentată în termeni de personalitate plus valorică, eventual „genială“. Relația etică e analizată și ea în termenii relației dintre persoane. Doctrinile filosofice personaliste din sec. XIX și XX – americane și franceze – au postulat relația nemijlocită dintre om și ființa transcendentă supremă<sup>25</sup>. De aceea s-ar putea spune că termenul de „personalitate“ este o cupolă sub care sunt sintetizate toate aspectele importante ale existenței unui individ uman, real. E de reținut formularea lui H. Eysenck, care susținea că psihopatologia este, în esență, comentarea perturbărilor persoanei umane.

Conștiința, ca atribut fundamental al persoanei (=ființei umane individuale) a fost caracterizată încă din filosofia sec. al XIX-lea, prin atributele de: – reflexivitate (în sens de cunoaștere reflexivă a lumii și a sinelui); – subiectivitate intențională; – libertate; – sinteză a manifestării și afirmării individului conștient în planul logosului și al spiritualității. Alte caracteristici, precum: fundarea în sine, autodeterminarea, autogenerativitatea, creativitatea întru nou, se regăsesc și la nivelul altor instanțe ontice (de exemplu, la nivelul individului biosului). În general, atributele conștiinței apar comune cu cele ale „eului“, concept lansat, așa cum s-a menționat, tot de Idealismul german și, care, subliniază delimitarea subiectului în raport cu altul (alții) și cu lumea.<sup>26</sup>

Reflexivitatea conștiinței este înțeleasă, în mod tradițional, în dublu sens: a) reflectarea cognitivă a lumii exterioare de către subiect, aceasta devenind o componentă interioară a sa; b) reflectarea de sine a subiectului ce se receptează pe sine ca pe un „obiect-subiect“ ce reflectă realitatea.<sup>27</sup> Reflexivitatea conștiinței ar fi de neconceput în afara vizării intenționale a subiectului.

<sup>25</sup> Caracteristicile generice ale conștiinței – ce face acum corp comun cu persoana – se regăsesc și între determinațiile ființei supreme, a Dumnezeuului religiei creștine.

<sup>26</sup> Conceptul de „Eu“ are un moment culminant în sec. XIX, în filosofia lui Fichte, iar în sec. XX, în cea a lui Husserl.

<sup>27</sup> Aceste două înțelesuri se regăsesc atât în filosofia lui Hegel, în sec. XIX, cât și în cea a lui Husserl, în sec. XX.

Elemente reflexive care asigură pentru individ o cunoaștere a lumii (înconjurătoare) centrată de sine, însoțită de o autopercepție ce permite orientarea în ambianță și acțiunea eficientă, posedă, într-o manieră sintetic intențională, și mamiferele superioare aflate în stare vigیلă. Acest concept a fost denumit prin termenul de „self“, „selbst“. Pe de altă parte, însăși vigilitatea – opusă somnului sau comei – prin care se asigură un nivel crescut de funcționare a psihismului, poate fi considerată ca un primordiu al conștiinței, fără a se confunda cu specificitatea conștiinței umane, a cărei semnificație nu se cantonează la acest nivel. Și aceasta, deoarece individul uman, în ansamblul trăirilor sale, este inserat în lumea a 3-a a lui Popper, înțeleasă în sens lărgit. Aceasta presupune implicarea limbajului asertiv-critic care, la rândul său, face posibilă relatarea propriilor expectanțe, re-prezentarea, comentarea, caracterizarea și evaluarea nu doar a altora, ci și a propriului sine, prin intermediul limbajului descriptiv-evaluativ, deci, și rememorarea biografică, reprezentarea de sine, dialogul interior. Pe această cale se edifică – cu sprijinul logosului și spiritualității – identitatea propriului eu, ca suport al conștiinței reflexive și a subiectivității conștiente.

Conștiința, prin funcția sa intențional sintetică, asigură coerența, comprehensiunea aserțiunilor semnificante și acțiunilor cu sens, ce se afirmă în interiorul lumii umane. În spatele acestora funcționează coerența sau sinteza (în sens de unu-multiplu) eului; care, prin identitatea cu sine a subiectului, articulează conștiința de persoană. Libertatea asigură conștiinței capacitatea de a opera cu posibilele (imagarul) în perspectiva sintezei creative ce se articulează cu – și se proiectează în – universul spiritual al valorilor. Dar și responsabilitatea morală ce rezultă din evaluarea cu discernământ a consecințelor propriilor acte, pentru sine și pentru alții, din perspectiva valorii de bine și a unor criterii acceptate. Încă de la impunerea sa în filosofie, conștiința morală, la Kant, a invocat instanța transcendenței. Conștiința umană este ancorată, la fel ca și instanța persoanei, în nivelul spiritual valoric al umanului.

Dacă persoana conturează existența conștientă a individului-eu în direcția apariției, a manifestării în instanța logosului și spiritualității, la un pol opus se situează **subiectivitatea**. Aceasta își are locul și se desfășoară în intimitatea reflexivă a eului conștient, înrădăcinat în sine, instaurându-se pe baza „distanțelor interioare“ pe care identitatea cu sine, precum și spațio-temporalitatea, ce-i este specifică, le face posibile în lumea umană, în raport cu celălalt, ceilalți, cu noi și globalitatea funcționării umane. În intimitatea subiectivității se diferențiază atitudini, raportări, dialogări și un comerț specific cu altul, cu alții, care sunt interiorizați și fac parte nu doar din propria memorie și reprezentare, ci din

propria structură (așa cum s-a comentat în paragraful 4.3.2.). De asemenea, au loc dezbateri interioare ale persoanei cu sine însăși, luarea deciziilor, resimțirea intuițiilor, a spontaneității, dorințelor și intențiilor, ecluziunea pulsionilor și sentimentelor. Și tot la acest nivel se păstrează, deliberat, secretul personal, e resimțită culpa, muștrarea de conștiință, vocea conștiinței morale. Subiectul conștient, eul, se reflectă pe sine, distanțându-se, în același timp de sine – în maniera judecării, evaluării – fapt ce devine posibil prin celelalte elemente structurale ale persoanei conștiente, precum identitatea, judecarea evaluativă, inserția și afirmarea în zona logosului și spiritualității etc. Iar aceste instanțe „exterioare”, în raport cu intimitatea subiectivității conștiinței, pot reprezenta – dacă nu un criteriu – un reper de referință funcțional. Intimitatea conștientă este sediul unor trăiri pe care nu le cunosc alții, nu le știe oricine, uneori, nimeni altul decât subiectul. Ea reprezintă unul din polii diagramei intim-public propriu ek-sistenței oricărei persoane. Și care face posibilă atât duplicitatea, cât și sinceritatea, autenticitatea existenței omului. Dragostea – dar și ura – sunt resimțite în intimitatea subiectivității, chiar și atunci când nu sunt exprimate – sau sunt mimate duplicitar prin contrariul lor – crescând pe solul constitutiv al prezenței celuilalt, a altora, în structura propriului psihism (așa cum s-a comentat în capitolul precedent). Celălalt, cel iubit, e prezent în mine, îi resimt prezența, mă raportez constant la el, chiar dacă, fizic, se află departe, peste mări și țări. Și la fel, cel pe care-l urăsc.

Subiectivitatea conștiinței este sediul, nucleul inițial și ultim de pornire al intenționalității reflexive și al oricărui demers metodic, inițiat deliberat de către subiect. Ne referim, la începutul comentariului, în primul rând la trăirea polarizată în raport cu un obiectiv. Subiectul, angajat continuu în situații mai mult sau mai puțin problematice, resimte și înțelege inserția sa orientată în lumea umană. Fapt care, prin reflexivitatea conștiinței subiective, se derulează ca o trăire particulară. Această trăire, în sens de poziționare atitudinală, este esențialmente subiectivă și, în mare măsură, marcată de ceea ce psihologia (și psihopatologia) clasică a denumit afectivitate (în diverse semnificații ale termenului). Dar angajarea subiectului în situații ale căror semnificații le înțelege se conturează prin precizarea unui scop și sens. Trăirile unui subiect se plasează în primul rând pe axa temporalității existenței sale, incluse fiind în biografie, dar implicând toate instanțele constitutive importante ale persoanei conștiente. Trăirea subiectivă se articulează cu evenimentele la care persoana participă, ca angrenată, alături de alții, în viața comunității sociale, marcată de logos și valori. Dar există de obicei și trăiri firești ce pot scurtcircuita sau depăși zona comunității-comunitare, integrând-o; așa sunt: contemplația estetică, muștrările de

conștiință, reflexia speculativ-critică de tip filosofic, invocarea divinității. O mare parte din trăirile psihopatologice ignoră, de asemenea, implicarea efectivă în evenimentele sociale firești și constitutive pentru logosul comunitar, derulându-se într-un registru al nefirescului, al anormalității, chiar în raport cu acest cadru. Prin aceasta, ele plasează subiectul într-un regim, al „alienației“, al patologiei psihismului uman.

## 5.2. Identitatea și spațio-temporalitatea persoanei umane conștiente

### 5.2.1. Identitatea

Identitatea este o caracteristică și a individului biologic care rămâne în fundal același, în spatele relațiilor, evenimentelor trăite și a metamorfozelor sale, dincolo de creștere, maturare, multiplicare și îmbătrânire, stând la baza derulării comportamentelor sale, condiționate genetic sau învățate prin experiențe. Individul uman presupune identitatea cu sine a individului bio-psihic, amplificată și diferențiată specific prin instanța eului conștient.

Eul conștient își are bazele în sinele („self“, „selbst“) autoreflexiv și intențional, cunoscător și auto-reproductiv, prezent la nivelul biosului, al vieții animalelor (superioare) ce se autoafirmă, dezvoltându-se, metamorfozându-se printr-o cunoaștere și inserție relațională în mediul lor ecologic, progresiv mai complex, în corelație cu caracteristicile evolutive ale speciei.

Notă. El poate fi extrapolat sau imaginat în sens pozitiv, specific și la nivelul sistemelor Inteligențelor Artificiale, bazate pe individualități caracterizate prin auto-generativitate. Dar, la acest nivel al modelării, se impun multe reducții și simplificări, nu doar în raport cu echivalentul ce-l reprezintă „persoana umană“, ci și în raport cu cel reprezentat de „individul biologic“; căci, acesta din urmă are, prin definiție și în esență, o caracteristică de multiplicare sporitoare întru specie, ce face posibilă deschiderea perspectivei evoluției, devenirii. Toate acestea lipsesc din circumscrierea unei realități unice – adică a unui individ – dotat cu autoreglare, auto-reflexie și chiar autogenerativitate, necesitând un univers conceptual mai larg, în care „individul“ respectiv să fie inclus; și care, de fapt, să modeleze cel puțin universul ontic al biosului. Când comentăm eul reflexiv, ne plasăm însă într-un alt univers ontic, distinct de cel biologic, într-unul specific antropologic, dimensionat prin logos și spiritualitate.

O primă schiță a eului conștient, identic cu sine, se manifestă în jur de trei ani, atunci când copilul își dă seama că „el“ este sursa actelor sale și a consecințelor acestora, că „el“ rămâne același în spatele interrelațiilor cu alții, a evenimentelor trăite și a metamorfozelor ce se realizează în cursul ontogenezei, a personogenezei sale. Dar, momentul înțelegerii reflexive de la 3 ani e precedat de alte faze ce au fost amintite : adualismul inițial (în sensul lui Piaget), relațiile pre-objectuale (în sensul lui Klein), relația de atașament (în sensul lui Bowlby), începutul dezvoltării funcțiilor semiotice, implicând imitarea celui neprezent și reprezentarea sa prin joc de rol (Piaget), relația cu obiectele tranziționale (Winnicott) și toate fazele comentate de psihanaliza lui Freud. Ulterior, identitatea eului conștient se forjează prin parcurgerea etapelor developmentale, ajungându-se la maturitate, și apoi prin exercitarea rolurilor sociale, prin relațiile și activitățile mai mult sau mai puțin creatoare, prin asimilarea cunoașterii lumii umane și constituirea unei lumi proprii, orientată de opinii și convingeri. Prin proces de „individuație“, în sensul lui Jung, identitatea dar și unicitatea persoanei conștiente se adâncesc.

Identitatea persoanei poate fi privită din perspectivă subiectivă, în sensul sentimentului de a fi și a rămâne în fond același eu conștient, neschimbat în esență și unitar (eu=eu), de-a lungul timpului și în diverse relaționări sociale, eu, ce se raportează într-un mod determinant față de lumea umană proprie. Identitatea se cere abordată însă și dintr-o perspectivă „obiectivă“, în sensul că o persoană anume rămâne aceeași pentru altul, alții și comunitatea în care trăiește. La acest fapt contribuie atât aspectul său fizic, cât și modul său relativ constant de reacție și comportament, deci, dimensiunea sa temperamental-caracterială manifestată și în plan valoric, prin virtuți, talente, particularități ale conștiinței morale. Din identitatea persoanei mai fac parte: statuturile și rolurile sociale asimilate, cunoștințele, concepțiile și credințele personale, rețeaua sa socială, propriile creații, precum și întreg avutul de care se atașează. Și, desigur, biografia și numele său.

Aspectele principale, ce se ridică în comentarea identității eului conștient, sunt: – relațiile sale cu propria corporalitate trăită din perspectiva cvasibiologică a schemei corporale (și a imaginii corporale pe care o are despre sine); – delimitarea sa față de alții în contextul diverselor relații trăite; – coerența și unitatea sa (sintetică), consistența sa interioară atât în perspectivă biografică, diacronă, cât și într-una sincronă, situațională, exprimată în motivație, delibere și acțiune; – menținerea aceluiași (eu=eu) în spatele metamorfozelor devenirii personale; – acordul (conștient și neconștient) subiectului cu ceea ce

intenționează și face. Acest acord se exprimă prin armonia egosintonă interioară, resimțită în subiectivitate și manifestată prin expresii și comportamente (acordul se referă la propriile pulsioni, dorințe, intenții, reprezentări, pretenții, decizii, acțiuni). În normalitate și în psihopatologie e posibil și un dezacord interior al sinelui-eu-conștient cu el însuși, în perspectiva identității persoanei, fapt etichetat ca egosintonie.

Înțelesul bogat al identității cu sine a eului conștient este strâns articulat, la nivelul fundamentelor, cu temporalitatea și spațialitatea proprie; iar la nivelul împlinirii edificiului, cu biografia ce susține și afirmă, în cele din urmă, persoana în lumea sa umană.

Perturbările identității subiectului se regăsesc în multiple tulburări psihice, episodice sau structurale. Domeniul lor nosologic predilect de manifestare este cel al „nevrozelor“, când predomină egodistonia. Dar tulburări ale identității întâlnim și în: depersonalizare, sindromul de transparentă-influență, delir etc. Tot din perspectiva anormalității identității apare și problema egosintoniei aberante. Aceasta se manifestă la multe din persoanele dizarmonic-psihopate și, mai ales la tipul anetopat. O egosintonie nefirească o întâlnim și în delirul paranoic.

### 5.2.2. Temporalitatea

Temporalitatea subiectului, element esențial al structurii identității eului, se diferențiază în prima instanță în prezentul trăit, trecutul rememorabil și viitorul dorit, sperat, imaginat (143), (144), (145), (146), (147).

**1. Prezentul** („actualul“) resimțit și structurat de subiectul uman individual, de persoana conștientă, poate fi circumscris prin trăire activă, în cadrul căreia el rezolva o situație problematică. Se înțelege că, din punct de vedere al timpului fizic, această acțiune durează o anumită perioadă de timp, având și o anumită structură. Pentru a rezolva o problema, subiectul ce acționează implică lumea, lumea sa umană, prezentă în nișa sa ecologică. Iar în prima linie sunt implicați ceilalți, ce se află la diverse grade de proximitate sau distanță psihică în raport cu subiectul. Timpul „trăit“ de subiect se suprapune peste timpul fizico-cosmic al ceasornicelor și calendarelor și se întrețese cu timpul celorlalți subiecți cu care interacționează și cu structurile de temporalitate ce ritmează existența comunității în care el trăiește (ritmul muncii, al săptămânii, al vacanțelor, al sărbătorilor). Este, de asemenea, presupus și implicat timpul biologic care se derulează între naștere și moarte, prin parcurgerea unor etape developmentale și

perioade critice, marcat fiind de evenimente și de diverse bio-psiho-ritmuri (cum ar fi cel somn-veghe). De asemenea, prezentul personal, așa cum a fost mai sus circumscris, presupune o succesiune de trăiri interioare, axate în jurul unui proces de gândire, prin care problema e rezolvată teoretic și – concomitent sau ulterior – practic. Mai este implicat și presupus limbajul, întretesut cu gândirea, ca expresie și comunicare, ca instrument efector și eficient în derularea acțiunii respective, dar și în perspectivă asertiv-critică. Prin limbaj se realizează dialogul, disputa dialectică, interpretarea hermeneutică, aserțiunea, povestirea, discursul. Devine posibilă, astfel, o potențială sau reală repovestire a evenimentului. Janet a sugerat chiar să se circumscrie prezentul trăit de un om prin acel eveniment ce, de la început, este subiect potențial de relatare. Menționăm și concepția lui McIntyre, care interpretează acțiunile omenești, în general, drept „narațiuni în act”.<sup>28</sup> Viitorul eventualei povestiri este avut în vedere de la început pentru a delimita prezentul, de ceea ce va urma să fie. Trecutul este și el presupus de prezent, e implicat în realizarea acestuia; dar se diferențiază prin calitatea sa de premiză, de instanța potențială aflată la dispoziția subiectului.

O circumscriere a prezentului persoanei, așa cum a fost făcută mai sus, este principial posibilă. Dar practic, apar multiple dificultăți de îndată ce se trece mai departe de secvențele unor acțiuni sau reacții evenimentțiale scurte. Sunt evenimente cu serioase implicații pentru subiect, ce se pot rezolva doar în zile sau săptămâni succesive. Mai mult, subiectul se poate angaja – de fapt, totdeauna este angajat – în rezolvarea unor probleme ce evoluează paralel și au diverse amplori temporale. Uneori, aceste șiruri de acțiuni se derulează fără să se intersecteze; dar alteori, ele se pot condiționa reciproc. Relațiile inter-personal afective au și ele o dinamică temporală, fapt ce apare evident o dată ce atenția se concentrează asupra „ciclurilor vieții”. Dincolo de aspectul exterior al constituirii unor prietenii sau relații între sexe, ce pot conduce la căsătorii și la evoluția unui ciclu familial, temporalitatea acestor relații interpersonale afective se desfășoară și în intimitatea subiectivității conștiente a eu-lui. Aceasta poate fi comentată din perspectiva dinamismului procesului de îndrăgostire, ce conduce inițial la o relație fuzională, urmată de o relație temperată dar intensă, din perspectiva trăirilor afectiv-tranziționale; ulterior, e posibilă și deteriorarea progresivă a acestei relații, ajungându-se la dezinteres, indiferență sau ură.<sup>29</sup>

<sup>28</sup> A se vedea paragraful 5.7.

<sup>29</sup> A se vedea comentariile din paragrafele 3.7., 4.3.8., 5.3.

Toate aceste procese interpersonal-afective sunt structurante pentru – și în același timp se bazează pe – temporalitatea internă proprie. Și în același timp, ele se desfășoară și într-un timp exterior fizic. Ar mai intra în discuție și relativa sustragere de la temporalitatea progresiv-metamorfozată pe care o trăiește, aparent continuu, persoana, a zonei neconștiente a psihismului, în sensul unei cvasi-atemporalități a inconștientului. Toate aceste aspecte reprezintă teme de studiu și analiză și pentru psihopatologie. Existența unui om constă în mod firesc din perioade de viață de diverse durate, unele mai ample, ce durează săptămâni, luni de zile ba chiar ani. Mai sunt de menționat și cicluri de viață ce se desfășoară de-a lungul unor perioade îndelungate de timp. Toate acestea sugerează coexistența, în paralel, a unor linii temporale suprapuse și diferite ca amploare temporală, ce se află în variate interrelații, realizând o profunzime și o bogăție intrinsecă a timpului trăit de un om. Iar la limită, întâlnim **durata personală**, ca fundal și sinteză a continuității biografice și **ca nivel de articulare între temporalitate și identitatea persoanei**. De multe ori, starca psihopatologică realizează o aplatizare a profunzimii structurii temporale a persoanei, așa cum întâlnim în reacțiile psihopatologice, în dezvoltarea prevalențială sau în delirul sistematizat, iar uneori, o discontinuitate a duratei identității, ca în stările „disociative de conștiință” (crepusculare), în „fugile patologice”, în cazul dublei personalități.

**Viitorul** are ca punct de plecare prezentul. Dar, mai corect spus, el se bazează pe structura temporală de profunzime a persoanei, pe identitatea subiectului ce se întretese cu durata biografică, dar e ancorat în prezent, fiind inserat în lumea sa umană, cu întreaga ei complexitate. Viitorul se referă la ceva care este dorit, sperat, așteptat, imaginat. Tematizarea viitorului, ca reprezentare, poate avea diverse grade de precizie discursivă. Funcția psihică care susține în mod esențial instanța viitorului este imaginarul. Aceasta operează cu posibilele, implicând cunoașterea lumii ce se bazează pe memorie, pe trecut. Dar și pe elementele logosului asimilat personal, care structurează mai lax sau mai pregnant, pentru fiecare persoană adultă, condițiile de posibilitate nu doar ale unui viitor corelat angajărilor subiectului în proiecte determinate, ci și cele ale unui viitor imaginat, anticipat și proiectat într-o existență posibilă (în sensul în care Blankenburg a comentat problema psihologico-psihopatologică a viitorului anticipativ).

Uneori, tematica viitorului este vagă sau neprecizată, dar deschiderea persoanei spre el, este, totuși, conturată, prin faptul de a spera, aștepta să se „întâmpile” ceva, încă insuficient de clarificat, dar circumscris prin direcția unui domeniu existențial. Subiectul așteaptă să se „petreacă” „ceva” pe care-l presimte

sau e sigur că îl va afecta și implica, dar fără nici o precizare clară. Așa se desfășoară lucrurile în anxietate, în dispoziția delirantă bazală, în sentimentul paradelirant al iminentei petreceri a unei catastrofe. Alteori, tematica este mai precisă, constituindu-se ca o dorință sau ca un obiectiv de atins. În sfârșit, viitorul face parte, așa cum s-a menționat, și din structura propriu-zisă a prezentului, care nu s-ar putea desfășura ca o acțiune ce rezolvă probleme, fără a invoca în permanență ceva posibil și previzibil. Încrederea necondiționată într-un viitor a toate posibil e prezentă în manie; problematizarea sa face corp comun cu îngrijorarea anxioasă; pierderea dimensiunii viitorului caracterizează depresia.

**2. Trecutul** este o instanță la care se poate face apel și la care se apelează efectiv. Accesibilitatea la trecut dă siguranță și certitudine subiectului, susținându-i identitatea. El asigură cunoașterea și abilitățile necesare pentru acționarea eficientă în lume. Când începe o acțiune, subiectul invocă trecutul pentru a-și asigura o pre-cunoaștere a lumii în care urmează să se manifeste. Trecutul poate fi actualizat însă și într-o manieră în care el să constituie tematica principală a prezentului. Caz ce se petrece în reamintiri spontane sau voluntare, în reprezentări analitice sau contemplative, în reverie. Acest tip de prezent, pus în serviciul trecutului, e un prezent „slab” din punct de vedere al acțiunii directe, al unei prezențe active în lume, acum și aici. Dar el e important pentru auto-definirea persoanei, care are nevoie în mod constant de auto-cunoaștere, de auto-evaluări, de auto-analize și de judecare de sine. Astfel de procese judicative se pot derula și involuntar, ca în ruminările culpabilizatoare ale depresivului. În patologia obsesivă, prezentul trăit e invadat, de obicei, într-o manieră sâcâitoare ego-distonă de un trecut repetitiv. Curele psiho-terapeutice operează frecvent cu acest „prezent-slab”, ce activează trecutul.

În final, menționăm că scurgerea timpului subiectiv poate fi resimțită de către persoana conștientă, aflată în situație psihopatologică, ca derulându-se cu mare viteză (în manie) sau lentoare (în depresie).

Notă: În comentariul de față nu este loc pentru analiza unor modalități antropologice particulare ale trăirii temporalității, cum ar fi, pentru prezent: extazul, intuiția, revelația, conversiunea spirituală; sau trăirile corelate convingerilor religioase privitoare la nașterea spirituală, viața de după moarte, sentimentul contopirii cu eternitatea și absolutul. Pe de altă parte, se cere avută în vedere tema „devenirii” persoanei, a metamorfozei sale complexificatoare și creatoare, având ca suport identitatea deschisă spre preschimbare, întru nou, a creativității. În situație psihopatologică, subiectul decade și din această caracteristică sau dimensiune a devenirii.

### 5.2.3. Spațialitatea proprie persoanei

Spațialitatea proprie persoanei, care este și ea un element esențial a identității omului, se bazează în mod specific, pe distanțele psihologice față de alte persoane. Desigur, acestea se detașează pe un fundal generic al spațialității antropologice considerată în general, care are în vedere poziția și înrădăcinarea ființei umane (toposul său de inserție, origine, locuire) orientarea spre... raportul cu... și accesul la... alte instanțe umane și neumane, pe diverse căi, cu diverse vehicule sau sisteme de comunicare, cu variate viteze de străbateră a distanțelor. Această spațialitate se cere comentată într-un sens generic antropologic, care implică logosul comunitar, lingvistic și instituțional susținut de o proprie tehnologie, precum și dimensiunea spiritualității valorice în raport cu care „spațialitatea” și „temporalitatea” sunt puse în termeni specifici (menționăm că maniera în care Heidegger comentează trăirea spațialității de către Dasein, este una limitată și limitativă).<sup>30</sup> Oricum, pornind de la individualul umanului, de la persoana conștientă, problema spațialității are aspecte specifice, desigur, supra-puse peste cele fizice și biologice, și încadrate de cele ale logosului și spiritualității, cu ultimele făcând, de fapt, corp comun. Dacă ne referim la „spațialitatea biologică”, deasupra căreia se structurează cea antropologică – asimilând-o în sens global și în sens individual – atunci se cere menționat că aceasta presupune toposul de locuire, cuibul, viziuna, teritoriul limitrof – și distanțele față de acestea, precum și multe alte aspecte. Și, la fel, spațialitatea antropologică a persoanei se suprapune peste problematica spațialității fizice, mult metamorfozată de tehnologia umană contemporană (problemă pe care nu o comentăm însă la acest nivel).

Revenind la **spațialitatea proprie persoanei**, aceasta are ca **punct de plecare** – ca termen de referință – **intimitatea subiectivă**. Nivel la care subiectul conștient își resimte identitatea cu sine. Și care e înrădăcinată în propriul „corp-eu”, cu toate caracteristicile fizico-biologice dar și psihic-antropologice ale acestuia. În raport cu instanța amintită, pot exista diverse distanțe, la care anumite persoane se află și care le califică pentru subiect, din punct de vedere al

---

<sup>30</sup> În „Sein und Zeit”, Heidegger comentează spațialitatea antropologică – a Dasein-ului – în primul rând din perspectiva accesibilității cuiva (deci a unei persoane) la informații și acțiune pragmatică. E neglijată și ignorată problematica esențială a „spațialității” raportărilor interumane și, în general, specific umane, așa cum vom încerca să o comentăm în acest paragraf.

spațialității ca: 1 = persoane foarte „aproprite“, intime; 2 = persoane apropiate, familiare; 3 = persoane cunoscute dar aflate la o distanță oficială; 4 = persoane necunoscute cu care se intră totuși în contact. La cele două extremități ale seriei s-ar plasa: 5 = persoane complet indiferente pentru subiect; 0 = persoane cu care el se interpătrunde afectiv, pe care le asimilează și le introjectează, ca în cazul prieteniei și dragostei, fără ca, prin acest proces, propria identitate și individualitate să aibă de suferit în ceea ce privește delimitarea ei (148). Toate aceste distanțe implică subiectul din perspectiva afectivității tranzitive. Poziționarea celuilalt (celorlalți) în raport cu intimitatea sinelui, care implică afectivitatea tranzitivă, se cere diferențiată până la un punct de simpla cogniție socială (151). Aceasta introduce și ea unele distanțe, cum ar fi: persoanele bine cunoscute, familiare, ca membrii de familie sau colegii de serviciu, față de care subiectul poate avea diverse distanțe psihice afectiv intime; sau „străinul“ pe care pot ajunge să-l cunosc mai mult sau mai puțin, fără a mă raporta nemijlocit (direct afectiv) la el, în nici o modalitate de trăire. În această poziție pot fi persoanele despre care subiectul capătă cunoștințe prin observația exterioară sau din relatările altora, din dosarele de cadre sau dosarele juridice, dar și eroii de poveste, roman, film. Prin cunoaștere, celălalt devine un personaj, o „temă“ a unui discurs real sau posibil. De fapt, și persoanele concrete care sunt mai mult sau mai puțin apropiate sufletește de subiect, intră în regimul reprezentării și povestirii ca, de exemplu, a comentării sale de către un alt subiect cu un partener de discuție.<sup>31</sup> Se cere făcută o distincție între „celălalt“ în măsura în care acesta se află într-o anumită relație efectivă (și afectivă) cu subiectul; și „celălalt“ în calitate de „temă“, fie a unei povestiri, fie inclus în proiecte de acțiune. Celălalt, în calitate de „temă“, iese din orice problematică obișnuită a distanțelor psihologice „trăite“. El poate rămâne într-un regim relațional cu subiectul, similar cu cel al oricărei alte teme, obiect sau obiectiv de urmărit și atins în contextul logosului asimilat și practicat.

În raport cu distanțele menționate mai sus, se poate identifica și descrie un proces de apropiere progresivă de intimitatea persoanei, trecând prin toate fazele menționate, până la cea ultimă, a identificării reciproce (=0); precum și un proces de îndepărtare progresivă printr-o distanțare afectivă, dinspre intimitate spre indiferență (=5). Aceste poziționări și procese relaționale, evident, sunt diferite de distanțele fizice și cele biologice. Ultimele se articulează parțial

<sup>31</sup> A se vedea paragraful 4.3.7.

cu cele antropologice în măsura în care este diferențiată zona de siguranță a familiei „aflată în cuib“ de zona pericolului maxim, departe de cuib, într-un loc plin de dușmani. Persoanele umane aflate în relație, au o altă realitate, se află într-un alt regim ontic decât fisisul și biosul. De aceea e posibil sentimentul de apropiere și prezență și în raport cu cineva care, fizic, se află la mare depărtare. Sau sentimentul de mare distanță psihică față de cineva care se află în apropiere fizică. De reținut faptul că, în termenii psihologici clasice, sentimentul de ură presupune o apropiere psihologică importantă, net distinctă de cazul indiferenței.

Această situație a distanțelor sufletești face posibilă resimțirea – contactul, interpătrunderea și comunicarea – precum și reprezentarea mult mai ușoară a celui apropiat sufletește – a celui drag și bine cunoscut – în raport cu cel indiferent sau străin, puțin cunoscut. De asemenea, se explică astfel situația deosebită a doliului, în care celălalt – care a fost iubit și familiar – este definitiv dispărut; el continuă să persiste ca prezent în interioritatea și intimitatea persoanei, deși fizico-biologic este absent; și va rămâne absent. Distanțele sufletești au, desigur, și o anumită dinamică temporală, în sensul că anumite persoane se apropie progresiv de intimitatea subiectului, iar altele, de-a lungul timpului, se îndepărtează.

Polarizarea între intimitate și aspectul „exterior–public“ al distanțelor psihice interpersonale nu marchează doar calificarea persoanelor în raport cu subiectul, ci reprezintă și o structură interioară a subiectivității conștiente (150). Aceasta prezintă, la un pol, o zonă a intimității și secretului personal, la care au acces doar persoanele apropiate sufletește; și, uneori, nici acestea. Din această zonă, în care subiectul se află, în cel mai adânc sens al termenului, în raport intim cu sine însuși, eclozează spontaneitatea originală a persoanei, creativitatea sa, care inițial ține de aria secretului intim. Iar la un alt pol, se diferențiază și se manifestă o zonă a manifestărilor și expunerii publice, accesibilă și persoanelor aflate la distanțe psihologice mai mari; sau chiar celor ce sunt indiferente pentru subiect. În acest ultim teritoriu, subiectul își poate pune diverse măști sociale, exersându-și disponibilitățile de existență duplicitară, cărora le poate cădea pradă sau pe care le poate depăși sintetic asertiv. Sau, poate deveni o „temă“ de preocupare pentru alții.

Un alt aspect al spațialității psihice îl constituie **așezarea persoanei în anumite poziționări atitudinale**. Pentru a se raporta la alții (și la lume în general), subiectul are nevoie de o bună așezare, de o „în rădăcinare fermă“ pe un „teren sigur“, având suficiente „puncte de sprijin“. Metaforele amintite se cer luate în serios, ca referindu-se la realități antropologice importante. De obicei,

această bună și fermă așezare rezultă din identitatea subiectului, corelată cu biografia, cu durata sa; și din înrădăcinarea sa într-o familie, într-un clan, în tradiția unei comunități. Buna așezare în lumea umană implică suficiente relații apropiate, „de încredere“, care-i „asigură subiectului spatele“ și-i permit verticalitatea, forța de a sta drept și a manevra rațional și eficient (degajat) raportările sociale în contextul evenimentelor. În acest sens, un mare rol îl are rețeaua socială proximă („rețeaua de suport social“). Așezarea (înrădăcinarea) asigurată a subiectului, în lumea sa umană, este trăită – conștient și neconștient – atât situațional, de-a lungul unor perioade de viață, cât și structural, caracterial. Trăirea presupune și o evaluare a propriei persoane, a celuilalt (celorlalți) și în general a lumii umane, la care acesta se raportează.<sup>32</sup> În condiții firești, subiectul bine „înrădăcinat“ ia cu ușurință anumite „poziții atitudinale“ care se referă la persoane aflate la diverse distanțe psihologice. Sunt favorizate procesele de cooperare și cele de competiție. Situația înrădăcinării poate fi comentată și dintr-o perspectivă mai specială care, metaforic, s-ar exprima prin „înrădăcinarea în sine“. Aceasta ține, pe de o parte, de reflexivitatea constitutivă a persoanei conștiente, iar pe de altă parte, de introjectarea în psihismul subiectului a imaginilor altor persoane, proces care începe cu relația de atașament, comentată în paragraful privitor la psihopatologia dezvoltamentală. Înrădăcinarea în sine se realizează, de fapt, prin propria biografie, identitate și durată. Modalitatea în care e realizată înrădăcinarea, așezarea, poziționarea subiectului, poate condiționa procesul de apropiere, ținere la distanță sau îndepărtare a altuia. Aceste poziționări atitudinale pot fi înscrise și în structura caracterială sub forma „schematelor cognitive“<sup>33</sup> sedimentate ca expresie a experienței biografice. Anxietatea, suspiciunea, încrederea în alții și în sine, curajul, tendința de dominare sau de a se simți valorizat de alții, se corelează cu „poziționările atitudinale“ (și cu schemele cognitive).

Un subiect bine așezat în lume, sigur și încrezător în sine, se manifestă printr-o anumită „ținută“ în lumea sa interpersonal umană.

<sup>32</sup> Aspectele bune înrădăcinării a persoanei (în lume și în sine), comentate mai sus, se articulează cu „prima motivație fundamental existențială“ din doctrina lui Längle (paragraful 4.3.2. – 8). Aceasta însă nu poate fi cantonată la o perturbare a „spațialității“ psihismului persoanei, deoarece are un sens mai larg antropologic. Totuși, credem că cele comentate în capitolul de față, în ansamblu sunt utile și pentru dezvoltarea „analizei personal existențiale“.

<sup>33</sup> A se vedea paragraful 4.3.2.

Notă. Identitatea unei persoane conștiente, centrată de eul său subiectiv – bazată pe o specifică spațio-temporalitate antropologică – prezintă variații în cadrul existenței umane, acceptată ca normală. Astfel, identitatea se află în mignoranță sau tinde spre anulare în împrejurări, precum: – fuziunea interpersonală a dragostei „acute“ (când partenerii „ard în jocul dragostei“); în trăirea extazului estetic sau mistic, context în care subiectul fuzionează cu „ceva“ (cu un fel de realitate), ce îl absoarbe într-o zonă în depersonalizare și o ipostază aparte a identității pentru persoanele ce se roagă sau se află în extaz mistic real; – fuziunea în cadrul unei eclezii, cu ocazia unei slujbe religioase, situația angrenării circumstanțiale în evenimentul unei „psihologii a maselor“ etc. În toate cazurile menționate e vorba de o denivelare a personalității, cu plasarea sa într-o ipostază specială a identității subiectului, printr-o transgresare spre o tematică recunoscută ca validă în universul antroposului, în zonele supraindividuale ale acestuia. Fapt ce susține, direct sau indirect, solidaritatea umană, fie ea superficială sau profundă, în contrast cu izolarea alienantă prelungită din tulburarea sau boala psihică.

### 5.3. Relațiile subiectului conștient cu celălalt, cu ceilalți

Orice persoană conștientă se raportează în permanență la sine, la altul, la alții, în cadrul participării lor la viața unei comunități culturale determinate. Desigur, aceste relații se structurează pe fundalul raportării de ansamblu a subiectului și comunității respective la lumea lor corelativă. Iar în interiorul comunității umane din care subiectul face parte – și care are la rândul său diverse grade de generalitate – EL se raportează, de fapt, în diverse modalități și intensități, la un număr delimitat de persoane (fapt ce variază în timp) și care structurează rețeaua sa socială și nișa sa ecologică umană.

Se cere diferențiat între contact, relație și legătură interpersonal-socială. Contactul se referă la raportarea subiectului la alt om ca atare, la o altă realitate exterioară ce e recunoscută ca ființă umană și cu care se poate intra într-o comunicare specifică. Contactul vizează un nivel superficial al implicării subiectivității conștiente intime, nucleare, polarizată în raport cu zona de manifestare publică a persoanei. Un subiect poate avea zilnic contacte de diverse feluri, cu o multitudine de oameni, cu care nu se va mai relaționa ulterior, niciodată, după rezolvarea problemelor ce l-au făcut să interacționeze circumstanțial. Capacitatea de a realiza contacte cu alții reprezintă sociabilitatea. Aceasta poate fi o trăsătură tipologico-caracterială. Este de menționat și situația în care, în perspectivă developmentală, cogniția socială – deci capacitatea de a recunoaște în

percepție o realitate ca fiind o figură umană ce exprimă și intenționează ceva uman – este de la început blocată, ca în autismul infantil.<sup>34</sup> Sociabilitatea poate crește episodic în manie, poate scădea în depresie, fobie socială, paranoide. Relația socială se referă la un contact repetat, relativ constant cu alții, dublat de comunicare, cunoaștere reciprocă și un mod specific de raportare, de obicei de tip cooperativ; dar, uneori, și competitiv sau de confruntare. Persoana se află la o distanță psihologică medie, într-o poziție „oficială”, lipsind apropierea intimității. În cadrul relației se manifestă de obicei respectul și stima față de celălalt; dar și atitudini negative, precum desconsiderarea sau disprețul. Relația se manifestă mai ales cu ocazia exercitării unor roluri sociale, în special cele instructiv profesionale. Dar există și relații cu vecinii, cu unele „cunoștințe” – care câteodată fac parte din ciclul social al vieții personale. Între membrii unei familii, raportarea poate fi – pentru unii din ei – de tipul relației, păstrându-se astfel o anumită distanță psihologică afectivă; faptul apare evident în relația ambivalentă între soți sau alți membri ai familiei, când ura, comportamentul agresiv, de îndepărtare sau lezare a celuilalt, alternează cu perioade de bună colaborare și tandrețe (deși, în unele din aceste cazuri poate fi vorba de o legătură interpersonală mai profundă). Legătura dintre persoane presupune în plus, față de relație, o interpătrundere afectivă, o reprezentare și asimilare parțială a celuilalt în propriul psihism, astfel încât ceea ce i se întâmplă acestuia îl afectează și pe subiect, ambii „rezonând” afectiv, reciproc. Persoanele ce se află în legătură afectiv-psihic-socială își confesează intimitățile și secretele personale și țin – sunt profund atașați – unul față de altul. Este vorba, în principiu, de afecțiune, prietenie, dragoste. **Dragostea** este un fenomen uman nuclear, un element definitoriu pentru raportările interpersonale; ea nu poate fi explicată în esența sa și nici înțeleasă, ci doar constatată și dezvăluită fenomenologic, la fel ca celelalte elemente constitutive ale individului uman.

Contactul, relația și legătura interpersonală implică în mod diferit spațio-temporalitatea subiectului. Celălalt se va plasa pe una din „distanțele” psihic-afective, ce au fost numerotate între 0 și 5, în paragraful anterior. Prin procesul de apropiere și îndepărtare, distanțele pot fi modificate. Acesta se cere înțeles ca direcționat biunivoc, deoarece e vorba de o **interrelație** între persoane, mișcarea, într-o direcție sau alta, putând fi inițiată de ambii parteneri, în sens convergent sau divergent. Întreg procesul se bazează și pe faptul că, fiecare subiect

<sup>34</sup> A se vedea paragraful 4.3.2.

are în interioritatea sa un topos al asimilării, introjectării celuilalt, parte dintr-o structură relațională intrapsihică complexă. Poziția 0, cea a interpătrunderii reciproce, se realizează prin activarea acestei instanțe de către un altul. În raport cu un „celălalt“, relaționat și asimilat în modalitatea de legătură sufletească, subiectul poate resimți nu doar simpatie și dragoste, ci și ambivalență sau ură. Modurile raportării față de „altul – alții“ se cer precizate și într-o perspectivă temporală. În principiu sunt posibile următoarele ipostaze: – situația circumstanțială strict determinată prin conjunctură și, deci, delimitată temporal, scurt; – situația prelungită a unui proces existențial dramatic, sau a încadrării într-un ciclu existențial<sup>35</sup>; – situația prelungită a unei coexistențe în care raportul apare ca și constant, pentru o perioadă îndelungată de timp, fără un final previzibil; această eventualitate se înscrie destul de profund în structura caracterială a persoanei. Ultimele situații menționate se referă mai mult la relații sau legături.

**Modalitatea** raportărilor interpersonale poate fi variată, unele forme fiind concomitent prezente, în raport cu o anumită persoană. Menționăm: raportarea de susținere, de sprijin, grija (în variate înțelesuri ale termenului), cooperarea (ce presupune toleranța, înțelegerea reciprocă, coordonarea acțiunilor, camaraderia), competiția, confruntarea în situația opoziției (de luptă a unuia împotriva celuilalt), dominarea, și supunerea, indiferența etc. În desfășurarea acestor modalități relaționale intervin diverse strategii, sunt implicate atitudini, evaluări și stări afective tranzitive, specifice. Toate modalitățile menționate pot avea și variante anormale, patologice, atât circumstanțiale, cât și structurale (reamintim că nucleul ce caracterizează un tip de personalitate anormal-patologică se referă tocmai la maniera sa constantă de a se raporta la altul, la alții).

Raportarea interpersonală, mai ales în varianta contactului, dar și în cea a relației, poate să se manifeste cu un accent crescut, pus pe modul de apariție, care să atragă atenția și să impresioneze pe alții. Toate felurile de raportare presupun comunicarea, extraverbal-expresivă, verbală sau realizată prin diverse coduri semi-otice. Manifestarea expresivă „în situație“ este, de obicei, spontană fiind prezentă în cele mai autentice trăiri ale subiectului. Uneori, acesta chiar evită deliberat prezența în fața altora, pentru a nu se remarca trăirile sale deosebite, ale căror expresivitate nu este motivat să le inhibe sau să le schimbe. În alte împrejurări însă, expresivitatea ce impresionează pe alții poate să convină subiectului, care o montează și o „joacă“ (în sens de hiperexpresivitate „teatrală“) în mod deliberat.

<sup>35</sup> A se vedea schema din paragraful 3.2. privitoare la ciclul familial.

Acesta este un aspect al duplicității existenței omenești. În psihopatologie întâlnim hiperexpresivitatea ce impresionează pe alții – realizată prin manifestări corporale sau discurs situațional colorat și confabulat – în cazul histrionismului caracterial și a patologiei psihice care a fost tradițional etichetată ca histerică.

În derularea raportărilor, un rol important îl joacă evaluarea, judecarea evaluativă. Aceasta se referă în egală măsură la sine și la celălalt, ceilalți; și în plus la faptul că subiectul evaluează, într-un anumit mod, felul în care consideră că este evaluat de către alții. (În perspectivă structurală, relaționarea și poziționarea interpretativ-evaluativă interioară sunt reprezentate de schemele cognitive, prezentate în paragraful 4.3.1.–5).

O modalitate specială a relației cu ceilalți apare atunci când aceștia apar subiectului dintr-o perspectivă care le depășește individualitatea și se afirmă sub forma unei comunități a „noi-tății” („wirheit” în germană) (149). Subiectul se poate raporta integrându-se în această comuniune a comunității supraindividuale până la a-și estompa sau chiar pierde identitatea cu sine, individualitatea, pentru perioade scurte sau prelungite. Un exemplu ar fi participarea la ritualurile unei eclesii bisericești, (alte exemple au fost menționate în nota ce a încheiat paragraful anterior). Merită menționat că această instanță suprapersonală a „noi-tății” sau a comunității supra-personale mai mult sau mai puțin generală (și abstractă), e și ea reprezentată în interioritatea structurii psihismului conștient, la fel cum e reprezentată instanța celuilalt, a „celorlalți”.

Tot o raportare specială e cea dintre subiectul conștient și reprezentările de tip personal pe care le vehiculează logosul; așa cum sunt eroii de poveste; de istorisire, de roman. Subiectul se poate, parțial, identifica și cu ființe ideale, le poate lua ca model, le poate asimila în cursul forjării propriei identități. De fapt, toate relațiile interpersonal sociale articulează subiectul de existența practico-teoretică și cultural-spirituală a comunității umane.

În sfârșit, un aspect cu totul special este **relația etică**.<sup>36</sup> În acest caz, „celălalt” (152) apare pentru persoana conștientă integră, în marginea transcendenței, ca fiind cu totul altul și independent în raport cu subiectul; și totuși, raportându-se față de acesta, ca o persoană ce sintetizează nu doar toate caracteristicile unui individ uman, ci cu o valoare generică, reprezentativă pentru ansamblul persoanelor, pentru ceea ce e esențial uman. În această ipostază, el este din principiu stimat și respectat (ca ființă-umană – „în sine”) fiind depășită

<sup>36</sup> Raportarea etică o vom rezuma în consonanță cu viziunea lui Levinas (152)

facticitatea interrelațiilor uzuale, în cadrul cărora, oamenii devin, inevitabil, și mijloace – mai mult sau mai puțin manipulate – pentru atingerea scopurilor personale. Și la fel, fiind depășită situația în care „celălalt” este „tematizat”. Modalitatea de raportare se derulează acum sub semnul valorii de bine, constând din grijă, sprijin, susținere a celuilalt – aflat sau nu în dificultate – pentru ca acesta să se poată realiza cu sens valoric pozitiv. Se manifestă astfel „bunătatea” persoanei în vederea realizării binelui pentru celălalt (la acest nivel contează nu doar a fi „cu celălalt”, ci a fi „pentru el”). În variantă negativă, raportarea etică constă din atitudinea și acțiunea ce au drept consecințe ceva marcat de valoarea de rău pentru altul: ne-ajutor, abuz, lezarea aspectelor fizice și psihice ale persoanei sale, lezarea stimei de sine, a bunurilor ce-i aparțin. Dar și indiferența față de celălalt. Afectivitatea tranzitivă a dragostei e posibilă în contextul relației etice, dar nu e definitorie pentru aceasta. Relația etică situațională se articulează cu aspectul structural-caracterial al virtuților, pentru a defini profilul moral al persoanei.

Raportarea menționată stă la baza acțiunii etice care este urmată de o judecare evaluativă, ce califică actul personal pe o diagramă între bine și rău. De aceea, raportarea etică este de la început dimensionată prin responsabilitate și discernământ, prin evaluarea consecințelor propriului act pentru alții și pentru sine; ceea ce implică manifestarea responsabilității și a culpei. Subiectul poate trăi rușinea, mustrarea de conștiință, sau sentimentul pozitiv al împlinirii unei datorii morale. Prin judecarea morală sunt evaluați etic, însă, și alții, acțiunile altora. Atitudinea și actul etic se referă și la urmărirea împlinirii de sine, în direcția valorii transcendente de bine, a fericirii proprii. Orientarea etică în raport cu propria persoană și persoana celuilalt (celorlalți) se cere a fi în echilibru.

La acest nivel a fost comentată doar relația etică responsabilă ce se consumă direct între persoane. Ea poate avea și o expandare socială mai mare, implicând rolul și statutul social al persoanei, intersectându-se cu diverse practici umane, în special cu juridicul, politicul, cu practicile și normele religiilor (dar și cu medicina, educația etc.). În acest caz, și responsabilitatea etică se distribuie, îndepărtându-se treptat de nucleul central al eticului. Din perspectivă psihologică, sentimentul de responsabilitate-vinovăție este supus unor „prelucrări”, „manipulări” sau decizii libere, chiar la nivel intrapsihic. Acestea sunt parțial conștiente, parțial inconștiente. Esențialul acestui demers constă din tendința de a „disculpabiliza” subiectul în raport cu intențiile și acțiunile întreprinse, fapt

ce se realizează atât prin procese intrapsihice, cât și prin procese de proiecție și inserție în instanțele sociale, fapt care conduce tocmai la de-personalizare și la distribuția (divizarea între diverși factori ai comunității) responsabilității și culpabilității.

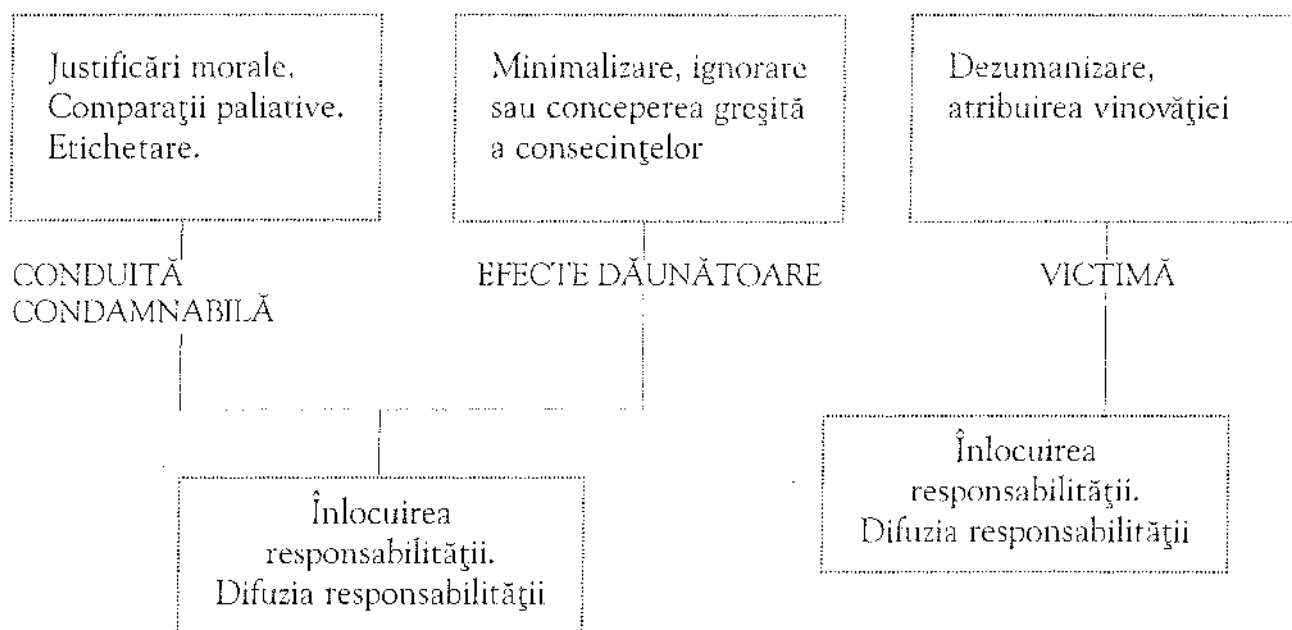


Figura XXIV. Mecanisme de activare și dezactivare pentru auto-sancțiunile morale (după Bandura)

Contactul, relația și legătura sufletească se derulează firesc în cadrul normalității existenței oamenilor, a ființelor conștiente, integrate natural în instanța umană a logosului și spiritualității. Prin însăși specificul antropologic, aceste raportări pot fi mai nemijlocite sau mai mediate. Un om, pe care îl cunoști direct, de care te îndrăgostești, cu care te căsătorești și trăiești împreună, se află în altă ipostază decât cea a eroului de poveste, de film, de roman, deci cea a unui erou ideal care are doar consistență tematică (și, desigur, valorică), dar nu și consistență bio-fizico-antropologică și afectivă nemijlocită. Se cere subliniat că, persoanele cu care un subiect se află în relații intime sau apropiate nemijlocite conțin și consistență tematică antropologică; dar, doar ca un implicat al realității existenței lor în relația cu subiectul. În psihopatologie întâlnim situații în care nemijlocitul relației bogate sufletește dintre persoane se estompează, iar subiectul, ce alunecă spre devianță, tinde să aibă în vedere pe celălalt (ceilalți), tot mai mult ca pe ceva impersonal, ca persoane-tematice, ca „ei”, care reprezintă „ceva”: o instituție, o instanță etc., și care nu au realitatea nemijlocirii. Acest

fapt se petrece, evident, în cazul delirului, când celălalt (ceialți) devin subiecți depersonalizați, teme ale unei instanțe supraindividuale, derivate din logos, care sunt prezenți în conștiința deficitară și distorsionată a subiectului bolnav psihic, doar într-o modalitate abstractă (în sensul ideii lui Hegel „de a cădea“ din concret în abstract). Într-o altă modalitate, această raportare, la celălalt redusă la aspectul tematic, o întâlnim la persoanele dizarmonic psihopate, caracterizate în esență prin amoralitate.

Modificări ale sociabilității întâlnim în stări psihopatologice ca cele ale depresiei și schizofreniei („negative“). Dificultăți și probleme ale relației sunt evidente în patologia fobică (=fobia socială) și în marginea delirului (situația paradelirantă a „relației senzitive“). Modificări ale legăturii afective întâlnim cel mai pregnant în schizofrenie, unde se poate constata o „pustiire afectivă“ (în direcția afectivității tranzitive); dar ea e prezentă și în depresie. O perturbare în sensul „neautenticității“ relațiilor personale întâlnim în tot universul nevrozelor, în cadrul cărora se evidențiază o regresie afectivo-relațională, condiționată în mare măsură de vulnerabilitatea de fond, care constă într-o „imaturitate afectiv-relațională“ mascată, compensată sau supracompensată; situația de dependență-față-de-altul, în care între cel care ajunge în starea nevrotică, este o modalitate abnormă și deficitară a relaționării umane, în toate instanțele sale. Cum este de altfel, în mod central, nuclear și situația personalităților „dizarmonic–psihopate“. Nevroticul este orientat spre sentimentele morale de rușine și culpă, iar psihopatul spre indiferența față de aceste trăiri, cultivând de multe ori deliberat duplicitatea egosintonă. Dar, în realitate, situațiile pot fi mai complexe, la o persoană dată, putându-se cantona și coexista ambele atitudini, cu variate accente.

#### 5.4. Cunoașterea lumii, lumea personală

Într-un anumit moment al existenței sale biografice, subiectul are acumulată o cunoaștere anume a lumii. Aceasta se bazează pe funcționarea structurilor cognitive a psihismului individual (constând din atenție, percepție, memorie, reprezentare, imaginare, gândire, judecată, toate cuprinse în structura de fond a inteligenței) și care derivă din experiențele personale, din învățarea spontană, din influențele instructiv educative, din asimilările cognitive obținute activ de către subiect, prin intermediul diverselor coduri semiotice umane, dintre care

pe prim loc se plasează limbajul natural, în sensul său expresiv, comunicativ și asertiv-critic (în sensul lui Popper), vorbit, scris sau vehiculat prin diverse mijloace mas-media. Din cunoștințele persoanei fac parte și o serie de abilități pragmatice, precum și normele deontice, specifice lumii sale umane corelative, prin care se specifică ceea ce e permis, interzis, și obligatoriu. Cunoștințele pragmatice și deontice sunt doar indirect elemente ale cunoașterii lumii, deoarece ele asigură, de fapt, posibilitatea de acțiune, performanța adecvată și normativă a subiectului în nișa sa ecologică umană (înțeleasă în sens restrâns sau lărgit). Din cunoașterea lumii, considerată în ansamblu, face parte și cunoașterea altor persoane; și, nu în ultimul rând, cunoașterea de sine. Lumea cunoscută de persoana conștientă este centrată de „sine“, de eul conștient-reflexiv, aflată într-o permanentă intersecție și schimb informațional cu „lumile“ pe care le centrează celelalte persoane aflate în proximitate, sau la diverse distanțe psihologice (dar făcând toate parte dintr-un univers uman comun). Toate aceste persoane au cunoștințe variate, dar „normale“ (și deci normative) despre lume în raport cu nișa ecologică umană în care trăiesc. Și, în genere, cu ansamblul cunoașterii și concepții dominante despre lumea socio-culturii în care toate aceste persoane sunt inserate.

Cunoștințele despre lume ale unui om pot fi considerate ca fiind articulate sub forma unei „teorii științifice“. Sau, mai bine zis, structurate într-un set interconectat și ierarhizat de astfel de teorii, centrate de respectivul subiect cunoscător. Noile informații sau experiențe întăresc sau pun sub semnul întrebării unele din aceste teorii; sau întregi câmpuri ale ansamblului teoretic al cunoașterii persoanei. Pe această cale, cunoașterea subiectului se reorganizează periodic. Ea se cere a fi în permanență adecvată și integrată, într-un suficient de mare grad, cu universul teoretic de cunoaștere a celorlalți membri ai nișei ecologice umane și a contextului socio-cultural din care el face parte. Căci altfel, comunicarea și comuniunea comunitară devin problematice sau imposibile. Persoana delirantă nu-și mai integrează propria sa teorie asupra lumii cu cea a celorlalți, fiind absorbită de un conținut aberant. Prin aceasta, ea este marginalizată, subiectul devenind mai mult sau mai puțin un „alienat mintal“. La fel, schizofrenul dezorganizat, a cărui cunoaștere și reprezentare a lumii este distorsionată în multiple aspecte formale.

Setul interconectat și integrat al cunoașterii teoretice, a unui subiect conștient, este structurat de liniile de forță ale unor opinii și convingeri, puncte de vedere și credințe, astfel încât el constituie o cunoaștere ordonată și organizată a lumii. Persoana reflexivă centrează prin identitatea eului său, prin sinele

său, prin axul convingerilor și credințelor sale, un cosmos, în cadrul căruia se definește pentru propriul subiect, și pentru alții, poziționarea sa în lumea sa corelativă. Geneza propriilor opinii, convingeri și credințe ale acestei structuri axiale, ce ordonează cunoașterea proprie a lumii, este un proces complex care presupune asimilarea punctelor de vedere comunitare, în urma informării, confruntării, argumentării și a dezbaterii publice avute cu alții, în zona publică, în universul socio-cultural accesibil. Dar, la constituirea sa participă și propriile intuiții și judecări argumentativ-critice, inclusiv judecățile de valoare personale. Acest proces se derulează firesc atunci când se menține constant deschisă capacitatea de receptare și înțelegere de interpretare, dialog și argumentare în raport cu ceilalți. Dar dincolo de toate aceste interacțiuni și condiționări, există, pentru fiecare persoană umană, o instanță proprie și specifică, prin care se instituie evidența, certitudinea, credința. Această instanță poate fi descoperită printr-un proces de îndoială metodică și de construcție (așa cum procedează Husserl, pe urmele lui Descartes și a scepticilor antici). O astfel de „descoperire“ a evidențelor și convingerilor, realizată mai mult sau mai puțin metodic sau spontan nu face decât să ne conducă la concluzia că ea constituie o instanță, un element structural specific conștiinței (persoanei conștiente). Acest aspect al ființării persoanei umane este evidentă în lumea vieții de zi cu zi, pe care o poate descoperi „psihologia populară“ la toți oamenii obișnuiți. Iar faptul că, pentru unele persoane nu există evidențe, certitudini, credințe – fapt posibil și în normalitate și în psihopatologie – nu face decât să arate o altă fațetă, negativă, a acestei instanțe structurale definitorii. La fel ca pentru alte elemente constitutive similare, nu se pune problema nici de a explica, nici de a înțelege fenomenul evidenței, certitudinii, credinței, ci de a-l constata, ca atare, ca nod al unei rețele structurant-definitorii a persoanei conștiente (ca un echivalent de „existențial“ în sens heideggerian).

Pentru fiecare om, individual, lumea (în înțelesul uzual al conceptului) este cunoscută ca fiind centrată de sine și orientată după liniile de forță ce asigură, nu doar o reprezentare, ci o concepție asupra universului („Weltanschauung“) mai mult sau mai puțin articulată și similară cu a celor apropiați și a comunității umane din care subiectul face parte.

Din cadrul cunoașterii lumii face parte și cunoașterea de sine. Aceasta este posibilă prin memorie, prin rememorare deliberată, spontană și provocată. Ea este parțial conștientă, parțial preconștientă sau inconștientă (după mecanismul refulării, în primul rând). Cunoașterea de sine progresa, de obicei, o dată cu parcurgerea ciclurilor vieții, cu împlinirea propriei biografii. Cunoașterea

de sine e filtrată de auto-evaluare interpretativă și susține stima de sine. Păreră, opinia sau convingerea subiectului, privitoare la caracteristicile valorice ale propriei persoane, se înscriu ca o parte componentă a „schematelor cognitive“, prin intermediul cărora se organizează relaționarea sa cu ceilalți și cu lumea umană, în general. Cunoașterea de sine e afirmată în viața cotidiană, implicit sau explicit, sub formă de afirmații, cultivare deliberată a unor valori, practicarea unor comparații, relatări biografice. Ansamblul acestei cunoașteri se înscrie în fondul autobiografic potențial și în autobiografiile parțiale sau cu intenție totalizatoare, pe care subiectul le expune, mai mult sau mai puțin public, în diverse circumstanțe și utilizând variate tehnologii ale logosului. În sfârșit, cunoașterea de sine – care facilitează autocontrolul și autonomia persoanei în perspectiva libertății și metamorfozei creatoare de sine și de lume – este un obiectiv prioritar al oricărei psihoterapii.

## 5.5. Intenționalitatea în perspectivă fenomenologică și cognitivistă

Fenomenologia lui Husserl și cognitivismul contemporan – ambele cu importante răsunete în psihopatologie – au cultivat, în mod aparent ciudat, un termen comun și anume, cel de intenționalitate. Cu toate că bazele de pornire, metodologiile și chiar obiectivele celor două doctrine sunt net distincte, opinăm pentru o interpretare în care ele să fie considerate și înțelese ca într-o posibilă articulare și complementaritate. Am sugerat deja că interpretările și descrierile realizate prin metoda fenomenologică să fie preluate ca teme de rezolvat (ca o provocare) pentru cognitivismul logico-matematizant, căutându-se punți de legătură și limitele până la care interpătrunderea e posibilă, cu sau fără elaborarea unor noi metodologii sau metateorii.

Atât fenomenologia husserliană, cât și cognitivismul au un nivel de ancorare în existența firească, cotidiană a oamenilor, în „psihologia populară“, cea sesizată și avută în vedere în cursul vieții obișnuite, în „lumea vieții“ proprie tuturor (Lebenswelt). Și la fel, ambele urcă până la un nivel metodologic filosofic. Prin îndoială metodică și reducere fenomenologică (epoché), Husserl ajunge până la un nivel pe care-l consideră ultim și cert pentru conștiință, adică la egoul și subiectivitatea transcendentală. Iar cognitivismul face apel, pentru funda-

mentarea sa, la o instanță logico-matematică, coborând de aici până la poziționări și formulări filosofice, ce pot fi plasate în marginea cercului transcendentalo-transcendent al antroposului. De asemenea, ambele doctrine consideră că, între planul fundamentelor și cel al existenței curente, poate fi dezvoltată o psihologie – deci și o psihopatologie – care se bazează pe fundamentarea doctrinării respective și pe experiențe derivate din cunoaștere, analiza trăirilor și observației experiențiale controlate și interpretate. După părerea noastră, intenționalitatea, pe care o cultivă cognitivismul, își are sorginea în teleologia lui Aristotel. Cea a lui Husserl se revendică, prin contrast, explicit de la doctrina lui Descartes, care sintetizează o serie de elaborări ale gândirii medievale (a se vedea doctrina lui Brentano, din care Husserl se inspiră privitor la intenționalitate), punând accentul pe semnificația și sensul ce se relevă subiectivității conștiinței.

**Pentru fenomenologi, intenționalitatea se referă la o dimensiune fundamentată a conștiinței** – a eului-subiectiv – și anume aceea de a „viza” într-o manieră anume (=aspectul „noetic”), o anumită arie a lumii ce-i vine în întâmpinare (în manieră „noematică”), constituindu-se realitatea propriu-zisă, în sensul de conținut al conștiinței. Conform celebrei formulări a lui Husserl: „conștiința este totdeauna **conștiința a ceva**”. Prin analiză fenomenologică s-ar putea descifra structurile fundamentale ale relației noetico-noematice, liniile de forță esențiale ale conștiinței intenționale (transcedentale). Vizarea intențională a conștiinței pe lângă zona sa principală care e reflexivă, are și un nivel de inserție într-o instanță a „cogito-ului pre-reflexiv”. Pe de altă parte, prin vizarea intențională, lumea e „tematizată”, temele respective fiind incluse în suprastructuri semnificante și în orizonturi succesive de sens. Tot prin această vizare intențională se pot sesiza și aspectele esențiale ale datelor lumii, printr-un proces specific de intuire a acestora (Wesenschau).

Subiectul intențional sesizează – (percepe) – realități într-o lume care este, pentru el, exterioară dar și corelativă. În fenomenologia tradițională – Husserl, Heidegger – „transcendența” lumii aproape că se epuizează în corelația noetico-noematică, astfel încât nu mai e vorba de un subiect ce se află în fața unui „obiect” exterior. În ultima perioadă a gândirii sale, Husserl a ridicat problema „alterității”, adică a posibilității fundamentării existenței „celuilalt” în raport cu certitudinea existenței egoului cogitant transcendent. Părintele fenomenologiei moderne a elaborat o explicitare a existenței altor „egouri subiective”, prin constituirea unei instanțe a „intersubiectivității transcedentale”, ce ar sta în spatele praxisului uman, inclusiv a „practicii teoretice”, cea care conduce la realizarea și metamorfoza teoriilor științifice.

Fenomenologia pune accentul pe specificul uman al conștiinței reflexive, ce are ca punct de plecare trăirile conștiente ale persoanei; și astfel, ne permite să înțelegem mai bine o serie de trăiri subiective din psihopatologie; iar prin descifrarea unor structuri fundamentale ale conștiinței, reprezintă un ghid în înțelegerea și interpretarea acestor perturbări. Ea nu acordă însă suficientă importanță derulării acțiunii eficiente, pragmaticii limbajului uman și nici bazelor logico-matematice și biologic cerebrale din psihologia persoanei umane conștiente. De aceea, orientarea cognitivă ni se pare a fi un complementar binevenit.

Fenomenologia husserliană nu ignoră situația intersubiectivă și faptul că un eu conștient, prin manifestarea sa, este expresiv și comunicant pentru altul. Dar e vorba, în primă instanță, de o expresivitate și comunicare „personală“, care spune „ceva“ despre subiectul în cauză. Acțiunile impersonale „de tip obiectiv“ presupun instanța inter-subiectivității care „tematizează“ și stă în spatele teoriilor științifice. Și aceasta, chiar dacă Husserl consideră că fundamentele logicii pot fi deduse din (sau se articulează cu) poziționările tetice ale cogitoului (prereflexiv și reflexiv).<sup>37</sup> Nivelul expresivității comunicante personalizate – care stă la baza faptului de a apărea pentru altul, alții în mod nemijlocit – se poate intersecta cu cel al pragmaticii „jocurilor de limbaj“, care, în esență, derivă din intenționalitatea cognitivă.

Cognitivismul modern s-a dezvoltat, așa cum deja s-a menționat, în urma unor progrese substanțiale obținute de matematică, prin apariția unor noi domenii științifice ca teoria informaticii, cibernetica, teoria sistemelor, a modelării semiotice și diverse teorii lingvistice, teoria teoriilor științifice, prin progresele în elaborarea Inteligențelor Artificiale și a sistemelor cognitive cu auto-reglare și auto-organizare, a creșterii semnificative a cunoașterii în domeniul științelor creierului și a etologiei. În cadrul cognitivismului, intenționalitatea este înțeleasă, în primul rând, din perspectiva rezolvării eficiente a problemelor teoretice și practice, inclusiv cele comunicaționale; adică exact domeniul în care fenomenologia e puțin productivă. Bazându-se, în principiu, pe științele pozitive și pe matematică, cognitivismul urcă înspre psihismul uman dinspre biologie. El se concentrează asupra funcționării creierului uman în care capacitățile de operare, cu informațiile și cunoașterea înnăscută și dobândită, concură la reprezentarea lumii (și la cunoașterea de sine) la formularea de obiective de acțiune

<sup>37</sup> A se vedea bibliografia 128 e.

și la atingerea acestora în scopul prezervării, a creșterii și complexificării propriului sistem. Este avută în vedere utilizarea și prelucrarea informațiilor prin comunicare și acțiune autoreglată. Studiul limbajului uman e încorporat în acest program de studiu, în perspectiva sa sintactică, semantică și pragmatică. La fel, cunoașterea lumii de către individ – de către creierul său – apare ca organizată după modelul teoriei științifice. Legătura între motivație, cunoaștere, intenția de act și actul efectiv este și ea abordată din perspectiva intenționalității. Problemele teoretico-filosofice în fața cărora cognitivismul filosofic se oprește (sau progresează lent) sunt cele specifice psihismului uman, adică, sinele (eul) reflexiv-conștient, subiectivitatea, cunoașterea de sine, judecata de valoare, conștiința, personalitatea. Trebuie precizat că psihologia și psihoterapia cognitivă încearcă să abordeze frontal aceste probleme, chiar în articulație cu doctrina psihanalitică și alte doctrine psihologico-psihopatologice, mai puțin cea fenomenologică.

Polarizarea între intenționalitatea înțeleasă fenomenologic și cognitivă poate fi comparată, până la un punct, cu distincția pe care o făcea Jaspers, în Psihopatologia generală (1911), între trăirile resimțite subiectiv-conștient – interpretabile comprehensibil – și manifestările expresiv-comportamentale (interpretabile „explicativ“). Distanța este mare nu doar datorită complexificării metodologiilor și tehnicilor de înregistrare și interpretare ce au progresat enorm, ci în principiu. Ceea ce aduce în lumină Jaspers, este o constatare și nu un proiect de studiu, situație în care ne aflăm acum. Iar problematica articulării dintre cele două perspective este și ea în continuu progres.

## 5.6. Acțiune, comunicare, gândire, judecare

Persoana conștientă e caracterizată prin intenționalitate, într-un sens dublu și complementar, așa cum s-a comentat în paragraful precedent: a) într-un sens al vizării atingerii unor scopuri, fapt propriu și biologiei, și comentat de psihologia și filosofia cognitivă; b) vizarea intențională a lumii sinelui și celorlalți ca o caracteristică a conștiinței ce surprinde și descifrează semnificații și sensuri, neignorând acțiunea, dar lăsând-o în plan secund, supusă mereu semnificațiilor sale. La un nivel suplimentar al acestui al doilea sens, se plasează expresivitatea comunicantă intențională, ce se bazează de obicei pe manifestarea în apariție a propriei corporalități, dar se extinde și în zona comunicării în planul

logosului, având însă o constantă motivație de afirmare de sine. Vizarea intențională a conștiinței persoanei a fost analizată și dezvoltată amplu în ultimele decenii, în afară de fenomenologia clasică, parțial de semiotică, dar mai ales de hermeneutică, disciplină care și-a declarat explicit articularea cu fenomenologia husserliană și având pretenția de a o dezvolta.

În perspectivă psihologică și psihopatologică, vizarea, în sens de țintire a unui scop, se bazează pe o motivație și conduce la elaborarea unui proiect de acțiune ce ține seama de cunoașterea lumii de către subiect, de informațiile privind situația dată și propriile capacități de acțiune. Se mai au în vedere posibilele evoluții ale situației și măsura în care acestea sunt independente sau dependente de subiect. Urmează decizia de a realiza obiectivul, trecerea la act și realizarea sa efectivă prin strategii ce se autoreglează. Iar în final, se obține o informație inversă, privitoare la faptul că, obiectivul a fost împlinit. „Acțiunea lingvistică“ se derulează, în principiu, după același scenariu.<sup>38</sup> Întreg procesul presupune o înțelegere și o evaluare din partea subiectului, a situației în care el se află, fapt ce implică raporturile sale cu alții și cu lumea sa corelativă. Și, de asemenea, o înțelegere a informațiilor ce-i sunt adresate sau care-i sunt accesibile, formulate în coduri semiotice pe care le cunoaște. Acțiunile (comportamentele), expresiile și actele de limbaj pot fi, la o extremă, spontane, reactive, automate, neelaborate, iar la alta, rezultatul unei deliberări și elaborări mai mult sau mai puțin libere și creatoare. Acționând prin fapte și vorbe – prin expresii și aserțiuni semnificative în interiorul lumii umane – subiectul trebuie să țină cont de regulile sintactice și de valențele semantice ale codurilor semiotice proprii comunității din care fac parte persoanele cărora se adresează. El urmează a se asigura că interlocutorul vizat îl înțelege și că acțiunea sa are sens, semnificație și valoare în lumea umană în care trăiește. Acțiunile persoanei pot avea amplitudini temporale diferite, fiind susținute și susținând, în același timp, temporalitatea proprie. Ele se desfășoară într-un univers al spațialității umane în care ceilalți și, în general, realitățile lumii se află la diverse distanțe nu doar fizice, ci și psihologice, și în situația de a fi accesibile în diverse moduri. În cursul unei acțiuni cu scop și sens, subiectul (care stă în spatele persoanei, intersectându-se cu structura temperamental-caracterială a acesteia) își păstrează identitatea cu sine, astfel încât comportamentul său este previzibil, în mare măsură, pentru sine și pentru alții.

---

<sup>38</sup> În perspectiva „acțiunii lingvistice“ rămân texte de referință lucrările lui Wittgenstein, din a doua perioadă a gândirii sale, în care lansează ideea „jocurilor de limbaj“, acestea sunt invocate explicit de actuala psihopatologie clinică cu orientare cognitivistă.

Acest scenariu se aplică, în primul rând, înțelesului cognitivist al intenționalității. Pentru perspectiva specific umană – pentru sensul fenomenologic al intenționalității – s-ar mai putea adăuga următoarele:

– Proiectul de acțiune poate fi înțeles ca proiect, adică, imaginarul subiectului, folosindu-se de înțelegerea ek-sistenței proprii ca posedând posibilități variate de a fi în lume, se proiectează (se „aruncă”) pe sine într-un viitor cu sens (și semnificație). Realizarea acestui proiect se poate împlini în lumea a 3-a a lui Popper (înțeleasă în sens lărgit), dar și în cea de a doua. Deschiderea prin proiect face posibilă duplicitatea, ce poate fi depășită printr-o sinteză eficientă și concomitent valorică. Prin împlinirea proiectului se poate afirma autenticitatea persoanei și se poate realiza dimensiunea sa valorică.

– Gândirea umană este axată pe rezolvarea unor probleme nu doar practice, ci și teoretice; acest fapt este posibil prin inserția subiectului conștient în instanța suprapersonală a logosului și spiritualității pe care individul le asimilează și în planul cărora se afirmă și se manifestă prin limbaj, implicând logica și evaluarea valoric-spirituală. Limbajul, ca instanță comunitară, este preluat și exercitat de subiect cu toate valențele sale sintactice, semantice și pragmatice, cu valoarea sa nu doar comunicativ-expresivă, ci și asertiv-critică (Popper). Prin limbaj și gândire, subiectul rezolvă nu doar probleme pentru sine, ci și pentru comunitate. El participă la soluționarea situațiilor problematice teoretice ale socio-culturii din care face parte, la evaluările valoric spirituale ale acesteia, propunând, la rândul său, întrebări și probleme, „idei” ce urmează a fi dezbătute, clarificate, plasate în noi proiecte de acțiune teoretice și/sau practice „rezolvate” etc. A formula bine o problemă în cadrul lumii umane – a lansa o importantă „idee” în acest plan – este aproape la fel de important ca faptul de a rezolva o problemă comunitară.

– Gândirea, judecarea, ce se derulează sub cupola conștiinței, asigură o libertate crescută de opțiune, fapt ce stă la baza responsabilității și judecății de valoare; de autoevaluare, heteroevaluare și evaluare valorică a „realului” din interiorul propriei lumi umane.

– Acțiunea persoanei beneficiază nu doar de o motivație, în sensul determinismului, ci – în marginea libertății de opțiune, în interiorul logosului – și de o justificare, pe care subiectul o poate propune altora, oferindu-și-o, în același timp, lui însuși, prin discurs argumentativ, interior și/sau exterior, lingvistic sau simili-lingvistic. Uneori, poate exista o diferență evidentă între motivația reală și justificare.

La baza motivării și justificării acțiunii umane stă nu numai gândirea dublată de limbaj și beneficiind de o crescută libertate de acțiune, ci și judecarea

ce evaluează consecințele pentru sine și pentru alții, a rezultatelor semnificative a propriilor acte. Este prezent, deci, discernământul care presupune intuirea sau cunoașterea normativității socio-culturale, ancorată atât în perspectiva deontică (permis, interzis, obligator), cât și cea valorică (bun – rău). Este, astfel, implicată instanța logosului supraindividual și a spiritualității valorice, care se deschide întru transcendență. De aceea, la acest nivel poate fi validată nu doar judecata obedientă față de normativitate, ci și cea sintetic creatoare, ce depășește acest nivel, instaurând noul, cu valoarea de caz-tipic-exemplar. Acesta este, însă, un teren aparte, în care validitatea și valabilitatea se confirmă doar prin generativitate productivă; care, la rândul său, se reconfirmă retrospectiv, în plan cultural, spiritual.

Din perspectiva acțiunii – căreia îi sunt alăturate comunicarea și gândirea – se pot diferenția două instanțe limită: a) La un pol, faptul de a fi într-o situație (problematică), de a fi angajat în rezolvarea unei probleme ce implică, în diverse grade, subiectul. Această raportare situațională poate scurtcircuita (poate să nu aibă de a face) cu alte persoane, mai mult sau mai puțin reale, ca în cazul contemplației admirative estetice, a rugăciunii sau extazului mistic. De obicei și în majoritatea cazurilor însă, alte persoane sunt implicate, în diverse moduri, cu variate semnificații și în cadrul unor situații ce se plasează pe axe temporale diferite ca durată; b) La celălalt pol e de luat în considerare „situația existențială” particulară și extremă, prin care persoana este angajată în împlinirea unui sens existențial. Desigur, aceasta face corp comun cu biografia (a se vedea paragraful următor); dar însăși faptul, de a resimți că propria existență are un sens, ne scoate din circumstanțialitate, plasându-ne în alt plan. Nevoia de sens, faptul de a construi sau de a te agăța de un sens sunt variante pe această temă ce se învârtte în jurul unui element personal, esențial și fundamental: faptul de a exista întru împlinirea unui sens (rost) existențial. Bilanțurile existențiale făcute în anumite momente ale ciclurilor vieții, sentimentul de fericire sau nefericire pe care oamenii îl resimt de multe ori în viață, precum și anumite forme de psihoterapie (cum ar fi „Logoterapia”) se articulează cu această problematică, elementară și ultimă, a nevoii de sens pentru individul uman.

## 5.7. Biografie, structură și tulburare psihică

Orice tentativă de abordare științifică a existenței persoanei conștiente are ca punct de plecare nivelul experienței naturale a existenței individului uman, angajat în situații problematice, în mijlocul lumii sale. Acest nivel se deta-

șează de pe un fundal structural-diacron, care se complexifică, se îmbogățește și se metamorfozează de-a lungul ciclurilor vieții, structurând personalitatea proprie. Experiențele trăite de subiect se succed și se conjugă, constituind o istorie a vieții personale, ce poate fi comentată ca biografie. Prin biografie, subiectul se constituie ca un „personaj“, ca o entitate complexă și coerentă, ce globalizează ființa sa, atât pentru sine, cât și pentru alții.

Ca să poată apărea în ipostază biografică, subiectul trebuie să se manifeste în contextul relațiilor sale cu alții care-l receptează, în interiorul unei nișe ecologice umane și a unei socio-culturi. Prin manifestări, el este receptat de ceilalți, atât direct, cât și indirect (prin rezultatul acțiunilor sale, prin opere) și este evaluat. Există și un aspect subiectiv al trăirii biografice, ca bilanț retrospectiv al propriei istorii de viață, realizat prin rememorare, prin introspecție analitică și interpretativ-evaluativă, de către un subiect ce se află în situația actuală.<sup>39</sup> Sinteza biografică propriu-zisă nu e posibilă însă, decât din perspectiva unei a treia persoane, a unui „el“ plasat în poziția de „noi“, deci depășind nu doar subiectivitatea, ci și intersubiectivitatea. Materiale importante pentru această sinteză sunt, totuși, în mare măsură și mărturiile pe care subiectul le face public, jurnalele intime, expunerile auto-biografice.

Notă: De fapt, biografia s-a impus treptat de-a lungul istoriei, pe măsură ce tema individului uman – a individualului antroposului – se diferențiază și se impunea. În această perspectivă, un moment crucial este considerat autobiografia spirituală a lui Augustin („Confesiuni“), care impune ideea structurii narrative a existenței individuale subiective (în contrast cu istoricitatea umanului considerat în ansamblu, pe care, în conformitate cu propria concepție teologică, a expus-o în *De Civitas Dei*). Textele autobiografice s-au înmulțit simțitor în Europa, după Renaștere. În vremile actuale, ponderea crescută o capătă, din nou, relatările, mărturiile, depozițiile, jurnalele de tip gazetăresc – ca un fel de revenire (la un nivel superior) la demersul inițial al lui Herodot și Strabon, cu trecerea în plan secund a turnurii ce s-a petrecut între Tucidide și Augustin, și ca un fel de refuz al mișcării autobiografice și de consemnare a intimităților subiective ce s-a derulat în Europa, între Renaștere și sec. XX; este, probabil, un aspect al ascensiunii orientării cognitive, care, însă, nu se poate descurca în zilele noastre fără complementarea sa fenomenologică.

<sup>39</sup> Această perspectivă subiectivă a sugerat, lui Binswanger, ideea „biografiei interioare“ pe care a comentat-o în 1928, din perspectivă fenomenologică (ca și curs al Dasein-ului între ancorarea în situație și proiect de ek-sistență-în-lume, recte proiect-al-lumii).

O biografie nu se redactează în raport cu fiecare om real. Dar modelul biografiei, așa cum apare el în cele scrise despre oamenii de seamă, este o instanță de referință ce se poate aplica oricui. Într-o modalitate mai accentuată decât cea pe care o invocă instanța „persoanei“, individul uman se afirmă și se dezvăluie acum din perspectiva supraindividuală a logosului. Căci, o biografie rămâne posibilă și pentru cei ce nu-și mai amintesc bine viața sau pentru cei care au murit deja.

Orice biografie trebuie să se înscrie în anumiți parametri standard care îi ordonează structura. Dintre aceștia menționăm: succesiunea evenimentelor, parcurgerea vârstelor, relațiile cu părinții, cu partenerii de viață, cu cei educaționali și de afirmare, împărtășirea subiectului din concepția despre lume a unei socio-culturi date, decupată și interpretată într-o manieră personală, inventarul celor întâmplări și a realizărilor specifice, trăirile și manifestările ce derivă din conștiința moral-valorică, cosmicitatea antropologică în care istoria de viață personală a unui om se înscrie. O parte din aceste aspecte au fost teoretizate și aplicate încă din sec. XIX de cei care au promovat ideea de „Bildungsroman“. Ele sunt, de altfel, prezente în orice biografie scrisă și publicată, mai mult sau mai puțin romanțată, despre personalitățile de seamă pe care comunitatea socio-culturală le receptează și le interpretează. Pe lângă aspectele sau capitolele menționate, orice biografie trebuie să surprindă unicitatea existenței nemijlocite a fiecărei persoane umane, indiferent de statutul și valoarea sa antropologică.

La baza biografiei stă realitatea existenței desfășurate în timp, dar și organizată structural a unei persoane umane date; aceasta depășește atât ceea ce e resimțit și redactabil din punct de vedere interior, ca trăire circumstanțială, rememorare și autobiografie posibilă sau redactată, cât și ceea ce e constatabil din perspectiva strict exterioară a lumii umane a persoanei ca succesiune de evenimente, comportamente, expresii, producții, opere. Este vorba, în primul rând, de tot ceea ce caracterizează identitatea persoanei (așa cum a fost comentată această temă la sfârșitul paragrafului 5.2.1.). La care se adaugă toate aspectele comentate din perspectivă dezvoltamentală (paragraful 4.3.2.), precum și cele menționate în prezentul capitol până la acest nivel. Se diferențiază o perspectivă structurală, distinctă și interconectată cu cea diacron-biografică, în sensul că se generează concomitent și se condiționează, până la un punct, reciproc. Această realitate structural-dinamică a persoanei implică propriul corp, eul – identic cu sine și conștient – aspectele temperamental-caracteriale, statutele și rolurile sociale, concepția despre lume și sine, persoana morală și spirituală, creativitatea. Ea este doar parțial evidențiată prin demers introspectiv

sau prin construcție biografică, putând fi sondată pe multiple căi umane, mai ales prin psihoterapie – analitică, cognitivă, existențială etc. fără a putea fi epuizată. Aspectul structural-dinamic al persoanei umane se cere a fi considerat o realitate, ce are un subiect și un dinamism propriu<sup>40</sup> și care e descifrată și interpretată în diverse maniere prin școlile și doctrinele ce abordează înțelegerea persoanei umane. Dintre acestea, pentru psihopatologie, considerăm ca tentative importante și semnificative organo-dinamismul lui Ey (155) și abordarea structural-dinamică a lui Janzarik (156). Problema relației între aspectul structural diacron al personalității și episodul, tulburarea sau boala psihică continuă să fie dezbătute fără încetare (160).

Aparent, elementul central al biografiei este temporalitatea proprie subiectului. Aceasta este așa de strâns interconectată cu propria identitate și spațio-temporalitate antropologică, cu relațiile întretesute cu celelalte persoane proxime, cu acțiunile mai mult sau mai puțin creative în contextul unei cunoașteri proprii a lumii (umane) care implică logosul și cultura, încât temporalitatea trăită poate fi considerată doar ca poartă prin care se deschide perspectiva acestei teme. În plus, chiar din punctul de vedere al temporalității antropologice, se cere reamintit că ceea ce susține instanța biografiei, adică durata identității proprii, se află la un nivel limită, la celălalt pol plasându-se „faptul-de-a-fi-în situație” (problematică). Iar aceasta, la rândul său, implică angajarea subiectului în evenimente, în acțiuni și în relații interpersonale ce au semnificație și sens. Și care, toate, se articulează între ele, într-o succesiune constitutivă de persoană, conștiință, subiectivitate, de biografie și de lume corelativă subiectului.

În continuitatea celor menționate mai sus, vom puncta importanța și semnificația fundamentală a logosului, pentru existența și afirmarea persoanei umane înțeleasă ca biografic, fapt deosebit de important pentru psihopatologie. Ne vom referi, pentru început, la unele comentarii ale lui McIntyre (154). Spicuum dintr-o lucrare a sa următoarele formulări:

„... (nu doar) conversațiile în particular (ci) și acțiunile omenești (pot fi considerate) narațiuni în act (s.n.) Barbara Hardy a scris că „visăm în cheie narativă, după cum, tot în cheie narativă, visăm cu ochii deschiși, ne amintim, presimțim, sperăm, deznădăjduim, credem, ne îndoim, plănuim, revizuim, criticăm, construim, învățăm, urâm și iubim prin povestire”... Poveștile sunt trăite înainte

---

<sup>40</sup> Realitatea structurală dinamică a psihismului persoanei a fost menționată și în introducerea prezentului capitol.

de a fi povestite... forma narațiunii e cea mai potrivită pentru a înțelege acțiunile celorlalți... cineva poate descoperi că apare ca personaj în mai multe narațiuni în același timp, dintre care unele sunt inserate în altele... Fiecare din noi, fiind personajul principal al propriei sale drame, joacă roluri secundare în drama celorlalți... O acțiune este un moment într-o istorie posibilă sau reală sau în mai multe asemenea istorii... Autorii sunt și personaje... Personajele nu încep niciodată „ab initio“... începutul fiecărei istorii e gata făcut de ceea ce a avut loc înainte... Nu există prezent care să nu fie pătruns de o imagine a unui viitor, o imagine care se prezintă totdeauna sub forma unui telos... Imprevizibilitatea și teleologia coexistă ca părți ale vieții noastre... narațiunile pe care le trăim au un caracter imprevizibil și, totodată, parțial teleologic... în esență, omul este în acțiunile, practicile și ficțiunile sale, un... povestitor... Dacă îi lipsești pe copii de povestiri, ei rămân niște bâlbâiți, nearticulat și anxioși în acțiunile și vorbirea lor. Deci nu putem face pe nimeni să înțeleagă nici o societate... fără fondul de povestiri care constituie rădăcinile sale dramatice inițiale. Mitologia – în sensul său virginal – este miezul tuturor lucrurilor... A fi subiectul unei narațiuni care se întinde de la naștere și până la moarte înseamnă... a fi răspunzător pentru acțiunile și experiențele din care se compune o viață ce poate fi povestită... Identitatea personală este deci acea identitate pe care o presupune unitatea de caracter cerută de unitatea unei narațiuni. Fără această unitate nu ar exista subiecți despre care să se poată spune povești. Celălalt aspect al nivelului narativ constă în faptul că nu doar sunt eu însumi răspunzător, dar sunt și cineva care poate cere celorlalți socoteală, care poate pune pe alții în discuție. Fac parte din povestea lor, tot așa cum fac și ei parte din a mea. Narațiunea oricărei vieți face parte dintr-un șir de narațiuni ce se interpătrund... Unitatea vieții umane este unitatea unei căutări narative... care ne face să înțelegem locul integrității și sta-torniciei în viață...

Citatele de mai sus sunt extrase dintr-un „Tratat de morală“ care caută locul și fundamentarea virtuților în existența omenească. Ele subliniază pregnant importanța logosului – instanță supraindividuală, asimilată și practică de persoana conștientă împreună și făcând corp comun cu instanța spiritualității – în structura biografiei, înțeleasă ca și cheie de boltă a identității subiectului, a persoanei umane, în general, și a persoanei morale, în special, care se afirmă în primă instanță prin virtuți. Studiile prospective ale psihologiei și psihopatologiei developmentale și cele ale ciclurilor vieții contribuie progresiv, tot mai mult, la „înțelegerea“ și „explicarea“, considerate ca un continuum, a unei persoane date,

mai mult sau mai puțin vulnerabile mai mult sau mai puțin anormale sau deficiente, aflate într-o perioadă de criză psihică, într-un episod psihopatologic scurt sau prelungit, eventual într-o stare defectivă ce urmează acestora. Și la fel, la același obiectiv pot contribui diverse demersuri analitice retrospective. Înțelegerea persoanei, prin analiza biografiei sale, poate aduce la lumină organizarea motivațiilor sale existențiale fundamentale, poziționările sale atitudinale bazale față de sine, alții și lume, concepția sa despre propria poziție în lume și în raport cu transcendența, structura sensurilor sale existențiale și măsura în care își înțelege și evaluează propriul destin.

Atât cercetările prospective, cât și cele analitice retrospective conduc la concluzia organizării și reorganizării progresive și concentrice a personalității. Stresurile biologice și psihice trăite în copilărie sau adolescență, punctuale, secvențiale sau prelungite pot vulnerabiliza persoana. Dar, pot fi și stimulative pentru construirea unor suprastructuri performante, protective, care anulează expectanța inițială negativă (în conformitate cu conceptul de elasticitate – „resilience“ – a lui Rutter). După transversarea unor evenimente semnificative de viață, a unor perioade critice firești ale dezvoltării sau o dată cu parcurgerea marilor cicluri ale vieții, subiectul se poate reorganiza nu doar din perspectiva cunoștințelor, ci și din cea a structurii, a identității și disponibilităților, atitudinilor și capacităților sale fundamentale (față de sine, alții și lumea umană în general), ajungându-se astfel la parțiale metamorfoze ale persoanei. Tocmai de aceea, se diferențiază fondul temperamental de structura caracterială, ce derivă din experiențele semnificative trăite – conștient sau inconștient – și care determină subiectul să decanteze, să decidă și să afirme câte un nou mod personal de a fi în lume. Se constituie astfel progresiv personalitatea adultului care este o sinteză între istoria evenimential-biografică, organizarea identității eului conștient, structura temperamental-caracterială, conținut și concepție cognitivă, capacitate creativă; și, în sfârșit, structura și raportarea morală la alți oameni. În acest context, tipologia temperamental caracterială este doar un aspect, desigur, strâns interconectat cu celelalte (fig. XXIII).

Procesul de metamorfoză și reorganizare firească a persoanei de-a lungul biografiei, comentat pe scurt mai sus, stă la baza unor nivele concentrice și intersectate ale eului caracterial. Un individ, care temperamental este pasiv-dependent, poate ajunge, prin experiențe de viață liminare, prin învățare sau parțial prin exercițiu și autoformare, să devină o persoană activă și întreprinzătoare. Ceea ce nu înseamnă că, în spatele acestui strat de suprafață, structurat și construit de-a lungul vieții, potențialul pasiv-dependent nu poate să persiste, să fie continuu

prezent. Sau, un individ emotiv în relațiile sociale poate ajunge să prezinte o fațadă de om sociabil, chiar îndrăzneț în anumite împrejurări, păstrându-și fondul temperamental intim și profund, de om hipersensibil la relaționări, modalitate la care revine deseori. Multe persoane curajoase din punct de vedere social și oficial, pot fi în adâncul sufletului timizi și fricoși, iar persoane hiperactive pot resimți, constant sau periodic, o profundă astenie abulică care constituie, de fapt, fondul temperamental al personalității. Prezența a două nivele în plan temperamental-caracterial a fost de mult sesizată, prin noțiunea de „normal vulnerabil“ a lui Khan, sau, prin descrierile lui Kretschmer (152), care a comentat persoana „stenică“ cu un nivel – o zonă, un „spine“ – astenic și invers. Problema rămâne de actualitate în perspectiva teoriei contemporane a vulnerabilității. Mai ales că pot fi luate în considerare nu doar două, ci mai multe nivele structurale construite biografic ale personalității, exercitate în funcție de împrejurări. Psihoterapiile și programele de reabilitare psiho-socială au drept obiectiv tocmai organizarea unor astfel de straturi de suprafață ale unei „personalități secundă“ care completează, corijează și compensează defectele de relaționare și inserție socială ce rezultă din evenimentele psihopatologice. În paralel cu ceea ce se poate construi, mai mult sau mai puțin deliberat ca suprastructură și fațadă, parțial elaborată și manipulată de subiect în direcția expresivității și apariției sociale posibile și de dorit subiectiv, se realizează constant nivelurile de profunzime, preconștiente și neconștiente ale persoanei, care, toate, se eșalonează ierarhic. Este meritul istoric al psihanalizei lui Freud, de a fi identificat zona inconștient-refulată a psihismului individual, cea care nu pătrunde până la nivelul conștiinței reflexive, fiind reprimată de către supraeu. Și unde se cumulează o serie de complexe, în sensul lui Freud și Adler, constituindu-se un fel de „centru de acumulare pentru un „eu secund“, profund și neconștient, domeniu amplu abordat apoi, de către Jung. Această instanță a „eului secund“ neconștient se poate înstitui ca un punct de absorbție – ca o zonă de colecție – pentru toate trăirile ce nu pot fi „metabolizate“ firesc de către psihismul individual, pentru a fi transformate în trăiri neutre, pur și simplu memorabile. Psihotraumele acute sau prelungite, evenimentele de viață cu o semnificație deosebită, intră și ele în acest regim; o perioadă de timp sunt memorate involuntar și în manieră obsesivă (ca în reacția de stres posttraumatic). Ulterior, ele se pot articula cu alte trăiri „nemetabolizate“ ce rămân ca un „corp străin“ intrapsihic, articulându-se mai mult sau mai puțin cu zona psihică refulată (în sens psihanalitic), astfel încât manifestarea acestui „complex-motivațional“ afectiv-tematic va deveni tot mai dificilă în mod direct, căutând căi derivate de expri-

mare și descărcare și stând la baza unei ego-distonii psihice (153),(154). Deci, a unei insuficiente concordanțe cu sine a subiectului, a unei insuficiente transparențe și coeziuni interioare care subminează sinteza armonioasă a identității subiectului făcându-l, dinspre profunzime, mai vulnerabil. Această situație se desfășoară și poate fi evidențiată în zona abisală a cercurilor concentrice ale persoanei (prin raport cu duplicitatea sau multiplicitatea comentată inițial în zonele proiectiv-afirmative, de elaborare secundă ale acesteia).

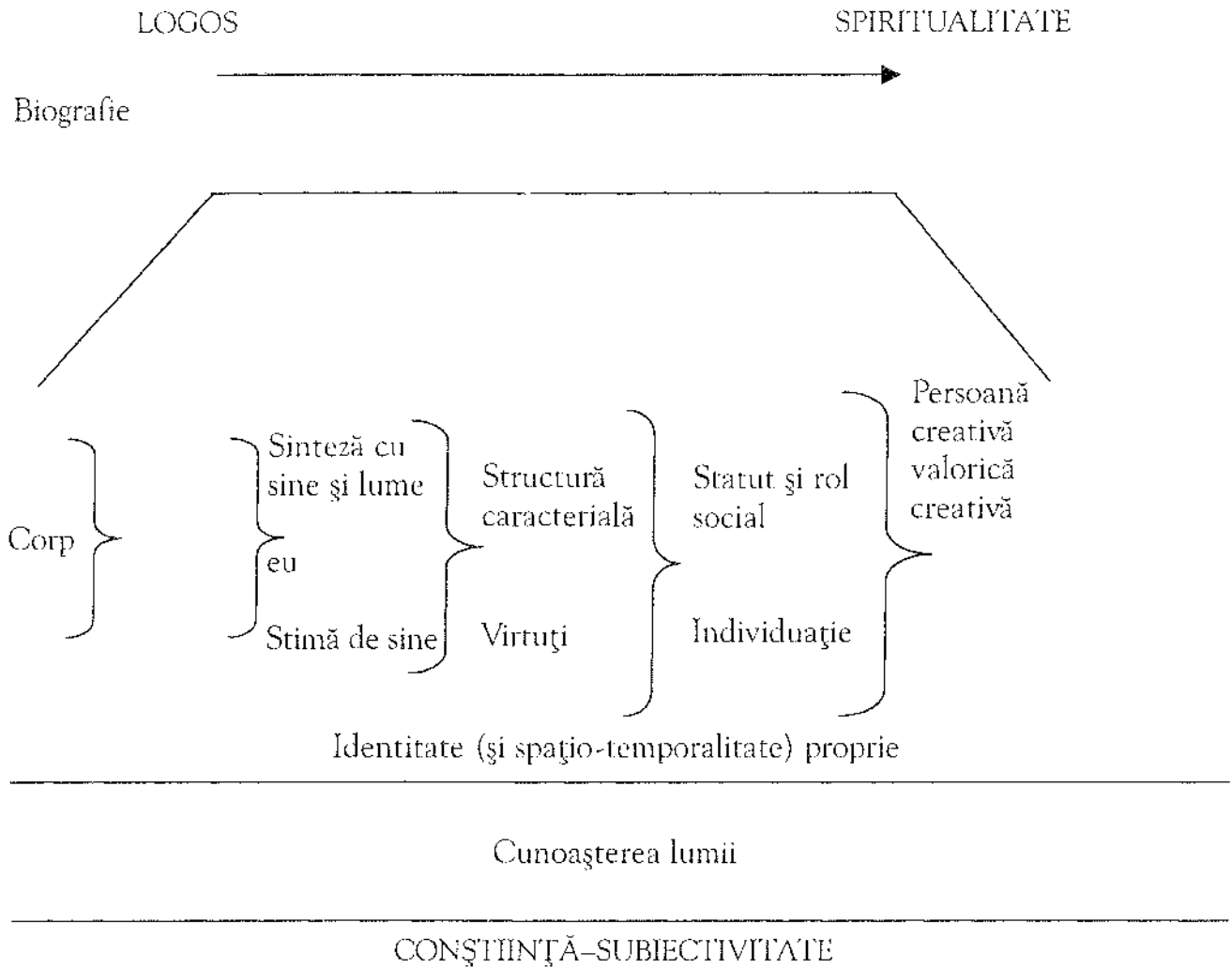


Figura XXV. Aspecte structural-dinamice ale persoanei

Persoanele predominant „ego-distone“ sunt mai înclinate spre patologie de serie nevrotică, iar cele mai „ego-sintone“, spre tulburări de personalitate de tip psihopat și delirant paranoiac.

Revenind la perspectiva diacronă a existenței personale, se poate afirma că biografia se realizează, existența personală se împlinește prin parcurgerea unor situații de viață, mai mult sau mai puțin problematice, care se desfășoară de-a lungul liniilor de forță configurate de proiectele existențiale ale subiectului; și, în același timp, derivând din solicitările „lumii-vieții” umane în care el e inserat. Aceste situații-de-viață sunt, de obicei, trăite ca evenimente, comprehensive și cu sens, implicând în mod variat infrastructura neconștientă a persoanei. Înșirăm, într-o suită predominant existențială dar care poate fi utilă și din punct de vedere al psihopatologiei, următoarele: – angajarea într-o situație problematică ce se cere rezolvată pragmatic sau teoretic, în diverse perioade de timp; – angajarea și implicarea subiectului în procese relaționale interpersonal-sociale, afective și pragmatice (aria este extrem de vastă, grupând aproape toate evenimentele și trăirile ce se realizează în cadrul statutelor și rolurilor sociale, în toate marile arii ale ciclurilor vieții ce au fost deja menționate); – implicarea în procese de cercetare, și/sau creație valorică în contextul logosului uman; – angajarea în programe de sărbătoare și joc comunitar; – petrecerea timpului personal în programe de meditație și contemplație (admirative, de extaz,); – implicarea în trăiri și evenimente ce vizează transcendența sacrului; – derularea vieții intime, interpersonale și cea a firescului vieții de zi cu zi. Menționăm și trăirea unor situații reactive negative, condiționate de evenimente de viață psihotraumatizante, tensionate de aspect psihodramatic care, prin semnificația lor, afectează profund subiectul, inducând trăiri, precum: anxietatea, frica, tristețea, obsesia, euforia, furia. Astfel de reacții psihice excesive, anormale, ce pot fi etichetate, uneori, ca „psihopatologice”, nu întrerup continuitatea biografică a persoanei, la fel cum nu o face nici somnul, cu visele sale. Sunt însă posibile și episoade de viață în care psihismul persoanei este suspendat sau distorsionat, într-o astfel de măsură, încât, se ridică problema unei discontinuități – sau a unor evoluții pe drumuri paralele – a straturilor structurii biografice a subiectului.

## 5.8. Reacție psihopatologică, nevroză, psihoză endogenă, psihopatie

O reacție psihică, dacă devine anormală ca intensitate și durată, oricât de comprehensibilă ar fi, îngustează dimensiunile existențiale ale subiectului în toate coordonatele sale esențiale. Timpul trăit își pierde structura de profunzime tinzând să devină un prezent atemporal prelungit; spațialitatea interpersonală și

general antropologică e aplatizată în structura sa și în disponibilitatea atitudinală a subiectului față de ceilalți; cunoașterea lumii nu mai progresează dată fiind preocuparea subiectului, centrată pe tema evenimentului petrecut, trăită fie în manieră prevalentă, fie obsesivă; acțiunea și comunicarea sunt și ele limitate. Identitatea subiectului se menține însă ca o pânză de fond. Deși, după unele reacții psihopatologice deosebite se pot produce anumite metamorfoze în structura biografică a persoanei.

Situația de mai sus are în vedere reacția psihopatologică comprehensivă standard, așa cum a fost comentată la începutul secolului XX, de către Jaspers. Aceasta are două variante: a) Reacțiile acută și subacută, condiționate direct de evenimente, cum ar fi spaima sau pierderea a ceva de care subiectul este intens atașat (de exemplul, doliul patologic); b) Dezvoltarea reactivă prevalențială, în care evenimentul psihotraumatizant este doar (cel mult) pe jumătate condiționant, restul depinzând de structura și biografia persoanei (care, în limbaj actual, este considerată ca vulnerabilă); acestea sunt, de fapt, dezvoltări reactive, care durează un timp îndelungat. Jaspers a impus ca și cadru nosologic doar prima variantă. Totuși, a folosit-o și pe cea de-a doua, pentru a diferenția „procesul psihopatologic“ endogen (și organic) de modificările psihopatologice intense apărute reactiv, printr-o interpretare umană distorsionată cognitiv (evaluativ) a semnificațiilor evenimentului trăit de către o persoană particulară sau dizarmonică (cazul comentat de Jaspers se referea la gelozia patologică). Diferențierea între „dezvoltarea prevalențial reactivă“ și procesul endogen – delirant, în cazul nostru – constă tocmai în faptul că al doilea realizează o ruptură a continuității identității biografice, apărând ca „incomprehensibil“ (în sensul distincției lui Dilthey).

Pe tot parcursul sec. XX a fost constant comentată diferențierea dintre nevroză și psihoza endogenă. Acest comentariu a fost „pus între paranteze“ în jurul anilor '80, pentru ca, în prezent, să reentre în actualitate. Calificarea celor două „entități nosologice“ a fost considerată ca fiind condiționată – concomitent – pe de o parte, de intensitatea și forma tulburărilor psihice, pe de altă parte, de condiționarea lor etio-patogenică. Aceste două stări psihopatologice, deși delimitate în timp, sunt de durată prelungită și pun sub tensiune identitatea persoanei.

În cazul tulburărilor de tip nevrotic, dacă abordăm această problemă din perspectiva intensității perturbării, aspectul semiologic (simptomatic-sindromatologic) este de natură să nu modifice grav percepția și înțelegerea lumii de către subiect; deși acesta se detașează din relaționarea firească față de lume și supra-evaluează unele aspecte ale realului; esențial e faptul că el e inhibat și suferă intens interior, în diverse modalități; iar prezența sa în lume și relaționarea sa

interpersonal-socială este distorsionată. Totuși, persoana poate coabita cu lumea sa umană, cu toate că se simte în inferioritate, solicitând în permanență ajutor, sprijin, suport, protecție.

Starea de nevroză se caracterizează printr-o marcată egodistonie. Simptomatologia cea mai frecventă constă din anxietatea, fobie, depresie, obsesionalitate, conversie somatică, stări disociative de conștiință, astenie, tulburări somatoforme.

Tulburarea psihotică se caracterizează, din punct de vedere semiotic, printr-o gravă tulburare a percepției și înțelegerii lumii, cu consecințe asupra argumentării și realizării comportamentului, fapt ce determină, o „alienare“, în raport cu lumea umană comunitară. Simptomatologia specifică psihozelor ar consta din: „halucinații, delir, transparență-influență, stare maniacală sau depresivă (ultima fiind marcată de o calitate aparte a trăirii) și alte perturbări grave ale trăirilor persoanei.

Tulburările reactiv-comprehensibile au, de obicei, o intensitate și formă nevrotică. Deși, în unele cazuri, ele pot îmbrăca și o formă și intensitate psihotică. În prezent, acest fapt este „explicat“ prin raportul dintre vulnerabilitate, intensitatea stresorilor și a condițiilor ambientale de suport și compensare.

În perspectivă etiopatogenică, există o împărțire clasică ce grupează tulburările în predominant (sau determinant) condiționate psihogen, organic și endogen.

Condiționarea „psihogenă“ depășește, în psihopatologie, limitele reacției psihopatologice comprehensibile și e prezentă în zona stărilor de dezadaptare, a nevrozelor și chiar a psihozelor. Pentru apariția unei tulburări de tip nevrotic standard, ar fi necesare pe lângă un teren vulnerabil și cumulul în timp a unor stresori, precum: schimbările de viață, eșecurile, frustrările, conflictele intrapsihice și exterioare; toate, în contextul unei reduse compensații prin rețeaua de suport social, prin satisfacții, relaxări. Evenimentele psihotraumatizante ar juca doar un rol declanșator. Oricum, nevroza standard se instalează lent, progresiv.

Condiționarea organică intervine direct asupra structurilor cerebrale ce susțin funcționalitatea normală a psihismului. Manifestările clinice condiționate direct și specific prin suferințe organice cerebrale ar fi cele din delirium, sindromul dismnestic și deteriorarea cognitivă de tip demential<sup>41</sup>; dar sunt posibile și manifestări simptomatice ce se întâlnesc în psihozele endogene și în nevroze.

<sup>41</sup> A se vedea paragraful 2.5.1.

Determinismul „endogen“ este cel mai misterios din psihopatologie și din antropologie, în general. Desigur, în prezent am progresat mult în înțelegerea patologiei considerată tradițional ca „psihoză endogenă“, datorită teoriei vulnerabilitate/stres. Este clar că, în cazul condiționării endogene, avem de a face în primul rând cu modificarea terenului, fapt care se petrece în timp, prin cumul non-linear al unor determinisme genetice, biologice, psihologice interpersonale și psihosociale. Dar se mai are în vedere faptul că psihismul individului uman conștient este o entitate ontică aparte, distinctă de psihismul animal sau cel propriu eroilor de poveste. Lui îi este caracteristic un determinism special ce implică și libertatea. Pe acest teren se joacă drama tulburărilor condiționate endogen, care nu poate fi înțeleasă dacă se ignoră inserția persoanei în instanțele umane supraindividuale ale logosului și spiritualității.

În psihozele endogene nu mai apare în mod evident nici determinismul psihogen, nici cel organic, deși, sunt indicii că ambele participă într-o manieră indirectă. E de presupus și acceptat o **zonă de tranziție și articulație, de interpătrundere, susținere și fecundare reciprocă, între ceea ce e specific individului biologic și a celui uman din perspectiva prelucrării informației, ca semnificație și sens.**

Această interpătrundere trebuie să fie, la acest nivel, profundă și întretesută după coduri ce se cer descifrate, realizând nu doar un principiu de translație, ci și de corespondență cu dublă funcție. Schneider a numit această zonă a persoanei ca „mezo-genă“, ea putând fi influențată și modelată lent, progresiv, atât din perspectiva biologică, cât și antropologică (fapt pe care tocmai îl studiază actuala psihopatologie developmentală). Tellenbach, care a realizat ultima mare sinteză psihopatologică privitoare la „endogen“, a subliniat nu doar aspectul structural, ci și cel dinamic al acestei instanțe intermediare și de articulare între bios și antropos, prin luarea în considerare a bio-ritmurilor și ciclurilor vieții înțelese, însă, într-un sens lărgit. Adică prin impregnarea individului, de către bio-psiho-ritmurile antro-po-cosmice, cu constituirea zonei „endonului“, care se afirmă prin „endo-kinezie“. În limbaj mai modern, tema a fost preluată de teoria vulnerabilitate/stres, care poate beneficia mult de tradiția psihopatologiei clasice germane, menționată mai sus. Și care se cere transcrisă și în termeni fenomenologico-cognitiviști, specifici psihismului uman.

Zona amintită se cere bazată pe un „subiect“ (în sensul grecesc de „hipokoinenon“) care, în acest caz, este subiectul individului uman, zona de articulație și tranziție între instanța globală a biosului și cea a antroposului. Iar subiectul individului uman, marcat de toate caracteristicile menționate la

începutul capitolului, nu este întru totul „conștient“ și „subiectiv“, nu poate fi calificat întru totul ca persoană, nu întreține relații cu celălalt doar în manieră umană, își păstrează o identitate care nu e doar biografică etc. E vorba, deci, de a accepta și a recunoaște o instanță ontică care e nici strict biologică, nici strict antropologică, ci, împărtășindu-se din ambele. Este zona de emergență în individual a specificului antroposului, parțial conștient, parțial neconștient, cu un determinism în același timp fizico-biologic și specific uman, dar decupat din acestea, ca ceva specific, ca o realitate „endogenă“ (a „endonului“ în sensul lui Tellenbach) sau „mezogenă“ (în sensul lui Schneider). De fapt, această instanță activă face parte din lumea umană; dar înrădăcinată cum e în bios, nu se poate dezice de acest fundament și de această mixtură. Zona endogen-mezogenă, ca specifică individualului antroposului, stă la baza derulării „spontancității“ vieții ek-sistente a persoanei umane, la diverse nivele de valoare și modalitate, de la marea creativitate și opțiunile „iraționale“ în direcția fanatismului politic sau a sfințeniei, până la formulele monstruos psihopate amorale pe care le exprimă unele persoane. Ideea lui Tellenbach, cum că, în cadrul zonei endogene – a „endonului“ – am avea de a face cu ceva ce transgresează instanța bio-antropologică în direcția uneia cosmice (a „fisisului“ grecesc) rămâne interesantă și provocatoare. Esențială este **distincția** între două universuri ontice – cel al biosului și al antroposului – și **joncțiunea** lor la nivelul individului, care e, în același timp, reprezentant al individualului biologicului și al umanului.

La o tulburare psihică „endogenă“ se ajunge lent, prin modificarea progresivă și adâncă a structurii persoanei, până la un punct în care, un moment declanșator (stresori psihosociali, biologici, crize ale ciclurilor vieții, crize existențiale etc.) realizează o mutație din regimul existenței curente a persoanei inserată în a sa „lume a vieții“ într-un alt regim, liminar atât pentru individul biologic, cât și pentru eul psihologic conștient. Adică, un nivel la care, ambele aceste instanțe, în mod firesc interpătrunzându-se, se află la limita de unde, mai departe, s-ar dezintegra (dezorganiza) împreună, așa cum se petrec lucrurile în delirium sau demențele organice. Din punct de vedere biologic este vorba de „sinele“ (Selful) individului, ce asigură fundamentul reflexiv și prospectiv al realizării sale întru specie. Din punct de vedere antropologic este vorba de limita la care conștiința se delimitează ca instanță ultimă a individualului umanului (reflexiv și intențional). Și care poate fi considerată ca analoagă cu ceea ce Husserl identifică ca zonă a „eului transcendental“, obținut prin „epoché“. De aceea, psihopatologii fenomenologi, cei pentru care punctul de plecare este conștiința subiectiv reflexivă în înțelesul lui Husserl, au făcut distincția dintre

„eul empiric“ și „eul transcendențial“. În psihozele endogene s-ar realiza un „experiment natural“ care înlătură suprastructura existențială prin care în mod obișnuit persoana umană se inseră în lume, există-în-lume, adică în lumea umană, în „lumea-vieții-umane“. Subiectul rămâne la un nivel limită a persoanei conștiente înțeleasă și ca realitate bio-antropologică. **În psihoza endogenă eul (transcendențial, deci liminar) rămâne prezent în fața lumii în care nu se mai poate însă insera, lipsindu-i pârghiile de legătură (așa se petrec lucrurile în depresia majoră, în schizofrenia negativă și dezorganizantă); sau, este absorbit de transcendența lumii, în spatele căreia, eul diminuează până la a deveni o schemă ne semnificativă, neliberă, care plutește (ca în cazul maniei) sau care e dominată de o temă (ca în delirul halucinator). Atunci când se atinge intensitatea perturbării psihice din psihoza endogenă, calitatea trăirii este alta, deși ea se poate plasa în continuitatea unor trăiri comprehensibile.** Depresia melancolică are altă calitate decât tristețea reactivă sau nevrotică; într-un fel, ea „împietrește“ subiectul, care nici măcar nu mai poate fi trist, nu mai poate plânge. La fel, anxietatea psihotică scoate subiectul din lume și nu-l mai poate menține agățat de aceasta, ca în cazul reacțiilor comprehensibile sau a nevrozelor. Maniacalul „plutește“ prin lume fără suport, dincolo de varianta euforiei sărbătorești; iar delirantul paranoiac este „devorat“ de idee (de tematica delirantă care-l poziționează rigid în raportarea sa interpretativ-comunicativă și de acțiune cu lumea umană).

Tulburările (psihotice) endogene apar de obicei sub forma unor episoade maladive, a unor perioade de viață în care pentru subiect se întrerupe continuitatea biografică, în sensul că existența sa se desprinde de cea comunitară, iar identitatea se metamorfozează. Dacă se obține o remisiune completă, cursul biografiei se poate relua; dar „eul psihotic“ odată configurat, nu mai dispare complet. El se poate reinflama periodic și poate depăși din nou „eul normal“, cu ocazia unui nou episod de discontinuitate biografică. Sau, cele două euri se pot mixta, caz în care identitatea subiectului e perturbată pe lungă durată sau definitiv. Și în aceste cazuri de „defect psihotic“ e posibilă o reconstrucție a unui eu de față, prin programe de reabilitare psiho-socială, astfel încât subiectul să se poată integra comunitar. În unele cazuri, eul normal și cel psihotic pot coexista ca în tulburarea ce a fost denumită „parafrenă“. În orice caz, situația din psihozele endogene e distinctă de ego-distonia nevrotică, în care nu avem la nici un moment o fractură, o mutație la nivelul identității biografice. Eul secund, din nevroze, rămâne în permanență sub cupola identității globale a persoanei, chiar dacă o tensionează, fapt ce nu mai e valabil în psihozele endogene.

În psihozele endogene e afectată – aplatizată și distorsionată – structura psihismului conștient. Aceasta apare ca simplificată, marcată de scheme de trăire general-impersonale, diminuată evident din bogăția și specificitatea identității sale. Subiectul tinde să devină un „oricine”. Toți maniacii și deliranți halucinatori au ceva comun. În delirul paranoid, deseori, subiectul se simte urmărit și persecutat de instanțe abstracte și suprapersonale, precum mafia, teroriștii, serviciile secrete, extraterestrii; uneori, delirantul chiar formulează sintagma: „ei vor să mă distrugă” nereușind să precizeze cine sunt acești „ei”. Specificul persoanei, la fel ca și comerțul său intim și reciproc dialogant cu cei din jur, se reduce sau dispare complet.

În psihopatologie se întâlnește și o altă modalitate de perturbare a structurii caracteriale, și anume, devianța pe care o întâlnim în tulburările de personalitate. Acum nu avem însă de a face cu „episoade”, cu „stări” în care se dezorganizează structura caracterială, ci de edificare diacronă, biografică a unei persoane cu „trăsături” dizarmonice în plan structural; adică temperamental, caracterial și moral. Persoanele psihopate au un mod constant de raportare deviantă la alții, sine și lume, fără a se desprinde în mod major, de relații și comunicări cu alții, cu societatea. Ele se caracterizează prin trăsături de personalitate exagerate, anormale, care condiționează un comportament interpersonal și în raport cu societatea care este disocial în diverse moduri.<sup>42</sup> Aceste trăsături se articulează cu principalele modalități sindromatice de tulburări psihice ce se întâlnesc în episoadele maladive ca, de exemplu: anxietatea, fobia, suspiciunea, depresia, mania, indiferență (schizomorfă), perfecționismul ritualic (de tip obsesiv), hiperexpresivitatea (de model histrionic histeric), apato-abulia. Până la un punct, se poate încerca o sistematizare relațională între sindroame, persoana dizarmonică și „fenomene psihopatologice” (așa cum vor fi comentate acestea, începând cu paragraful 5.9.). Persoanele cu trăsături anormale sunt mai predispușe, mai vulnerabile pentru a dezvolta reacții și episoade maladive de tip nevrotic sau psihotic, fapt ce a fost, de asemenea, menționat în cap. 2. Pe de altă parte, în varianta psihopată, persoana dizarmonică are o importantă carență morală atât din punct de vedere al virtuților, cât și al raportării etice la celălalt.<sup>43</sup>

Devianța structurală pe care o exprimă personalitățile dizarmonice psihopate are la bază o distorsiune a tetradei intrapsihice care orientează raportarea subiectului față de alții, sine și lume, așa cum a fost comentată aceasta la nivelul

<sup>42</sup>A se vedea paragraful 5.8.3.

<sup>43</sup>A se vedea paragraful 5.3.

schematelor cognitive (în paragraful 4.3.2.) și cum va fi reluată în finalul acestui capitol. Aceeași modificare o întâlnim, într-o variată gravă, de ruptură a identității și continuității biografice și în psihozele endogene, mai ales în delirul sistematizat paranoiac. O dată cu această problematică, se revine la tema adusă în discuție de Jaspers, la începutul sec. XX, a diferenței – dar a unei diferențe minime, marcată doar prin depășirea unei trepte – dintre delirul de gelozie paranoiac endogen și dezvoltarea reactivă prevalențială de gelozie a unei personalități dizarmonice, de tip suspicios, paranoic, comentariu ce a stat la baza dezbaterei realizate în secolul trecut, între reacția psihopatologică, „boala“ psihică endogenă și structura dizarmonică de personalitate.

Stările și trăsăturile psihopatologice pot fi grupate în câteva clase:

- a. Aspecte deviante ale poziționărilor atitudinale (afective), exprimate prin anxietate, depresie, euforie, agresivitate, indiferență;
- b. Perturbări evidente ale raportării globale a subiectului la lumea umană: derealizarea și depersonalizarea, dispoziția delirantă și alte trăiri paradelirante, indiferența apato-abulică majoră;
- c. Deficiențe ale raportării intenționale (în sens fenomenologic-cognitivist) față de lume: fobiile, obsesiile, comportamentele impulsive, explozive;
- d. Perturbarea majoră, la limită, a intenționalității, tendința sa de structurare tematică față de lume, așa cum o întâlnim în delirul nehalucinator și halucinator, în dezorganizarea sintezei ideo-verbale și motivațional comportamentală, în autismul cataton.

Perspectivile psihopatologice menționate mai sus pot fi corelate și integrate cu cele de tip nosologic, ce țin seama de etiopatogenie și forma tulburării, a căror cadre generale au fost comentate în acest paragraf: reacția psihopatologică comprehensivă, dezadaptarea și nevroza, tulburările psihotice endogene, tulburările de personalitate psihopate și tulburările condiționate direct organic cerebral.

Modul în care aceste modificări psihopatologice sunt prezentate în perspectivă medicală, ca sindroame standard și trăsături ale personalităților dizarmonice, poate fi dublat de o comentare și înțelegere din perspectiva antropologică, fenomenologico-cognitivistă, în care putem vorbi, însă nu de „sindroame“ – în sens medical –, ci de „fenomene“ în sensul unor trăiri comprehensive specific umane.<sup>44</sup> Aceasta implică descifrarea semnificațiilor și sensului trăirilor și

<sup>44</sup> A se vedea comentariile lui Tattosian, din lucrarea citată, pe care autorul le-a reluat și dezvoltat ulterior, cu insistență.

comportamentelor, ținând cont și de condiționările specific umane ale acestor moduri de trăire particulare, anormale, aberante. Ca și texte de referință pentru următoarele paragrafe, menționăm: lucrările deja menționate ale lui Tellenbach (104) și Lăzărescu (139), precum și textul sintetic recent al lui Kraus (159).

În continuare vom face o nouă prezentare a majorității sindroamelor psihopatologice – a celor comentate în paragrafele 2.5.1. și 2.8.2. (exceptând pe cele legate direct de condiționarea organic cerebrală) – „sindroame” înțelese acum ca „fenomene umane” în ideea mereu repetată că faptul psihopatologic astfel descris se poate constitui ca o provocare, o temă de meditație și elaborare pentru psihopatologia și psihologia orientată organicist și „bazal cognitivistă”, care are în vedere, în primul rând, funcționarea creierului și a sistemelor de autoreglare a Inteligențelor Artificiale (această precizare e necesară, deoarece o parte din orientarea cognitivistă, în aspectele sale psihologic umane, este nu doar acceptată, ci integrată în expunerile ce vor urma).

Prezentarea fenomenelor umane care urmează include atât elemente specifice stărilor, cât și trăsăturilor psihopatologice, cât și a elementelor de condiționare a lor, specific antropologice. Prin aceasta, provocarea față de psihiatria și psihopatologia centrată pe biologice – ca mecanism și condiționare – se vrea subliniată și potențată.

## 5.9. Modalități particulare și anormale ale subiectului de a fi în lume

### 5.9.1. Anxietatea

Anxietatea exprimă în mare măsură: deficiența trăirii lumii ca spațiu ce susține și orientează actele intenționale semnificative și pragmatice.<sup>45</sup>

Trăirea anxietății acute poate fi comparată cu sentimentul căderii în abis (într-un gol fără capăt), cu alunecarea în direcția dispariției (morții) proprii ființe; sau cu cea a strivirii sale de către lumea ce se precipită spre el (termenul de anxietate și angoasă derivă de la cel latin de „angustia” însemnând îngustare).

---

<sup>45</sup> A se vedea paragraful 5.2.3. și nota de subsol din finalul acestuia.

În derularea dramei anxietății, subiectul trăiește sentimentul unei vulnerabilități crescute a ființei sale față de pericolele posibile, dar nedefinite, ce pot veni de oriunde și oricând, iar „pericolul“ conduce la ceva rău pentru subiect, în final, la ancantizare, la moarte (163), (164).

Pentru a proiecta o acțiune – a o viza intențional și a o realiza eficient – subiectul conștient trebuie să se poată sprijini pe lumea în care viețuiește și care îi este familiară, ca pe un teren ferm, stabil, cu suficiente „puncte de susținere“, cu o suficientă „acoperire a spatelui“, cu repere sau coordonate care să orienteze clar și sigur direcțiile acțiunilor posibile. Toate acestea presupun o bună cunoaștere a „nișei ecologice umane“ în care subiectul e inserat, din care face parte; precum și accesul la informațiile necesare, în caz de nevoie. În același timp, subiectul trebuie să se resimtă ca bine înrădăcinat în sine, sigur pe sine, să cunoască posibilitățile sale efective de acțiune. Adică, abilitățile sale, instrumentele aflate în posesie sau abordabile, șansa de a avea, la nevoie, aliați sau sprijin extern.

Este anxiogenă – sau reprezintă un factor ce ar putea induce, favoriza sau potența anxietatea, – **orice condiție care reduce informația despre lume, accesibilă subiectului; sau accesul la ea**, în perspectiva acțiunii. Întinericul este o astfel de condiție, deoarece omul, la fel ca alte animale, își bazează informațiile, în cea mea mare, parte pe văz. Plasarea bruscă într-un spațiu nefamiliar, necunoscut sau – pentru om – într-unul neaccesibil lingvistic, realizează aceeași situație. La fel, călătoria pe un drum lipsit de indicatori orientativi, cum ar fi rătăcirea pe un munte fără marcaje sau unde ceața face ca acestea să nu poată fi reperate. Transpoziția bruscă a subiectului într-o lume nouă, necunoscută, e cu atât mai anxiogenă, cu cât lipsesc elementele de orientare și de acces spre surse de informații utile sau spre toposuri protectoare. Pornind de aici, se poate înțelege simplu, faptul că, instalarea bruscă a noutății, a unei noi realități ambientale are valențe anxiogene. Mutarea peste noapte a unui bătrân din casa în care a locuit o viață întreagă, într-un spital impersonal (lipsit de toate reperele ce-i erau familiare) este anxiogenă, mai ales dat fiind nivelul redus de readaptare, de reorganizare a universului informațional ce se instalează o dată cu vârsta. La alt nivel, dar pe aceleași coordonate, modificările rapide și brutale pe care le-a introdus industrializarea și informatizarea, mai nou, schimbările rapide de funcționare „normală“ a societăților, potențează, de asemenea, anxietatea, la nivelul unor anumite grupuri umane, care nu pot ține pasul sau nu se pot readapta, din mers, acestora. În toate cazurile menționate, se estompează sau dispar coordonatele ce ordonează existența cu sens a persoanei; și care, odată bine constituite, se refac, pentru unii, cu multă dificultate.

În rândurile anterioare a fost subliniată deficiența cognitivă care, subminând condițiile de posibilitate ale acțiunii eficiente, poate sta la baza apariției și întreținerii anxietății. În perspectivă fenomenologică, anxietatea constă din trăirea conștientă a semnificației unui pericol neprecizat. În sfârșit, revenind la specificul intenționalității înțeleasă cognitivist, se remarcă incapacitatea reală de acțiunea firească prin care să se obțină rezultate pozitive, pe care o constatăm în cazul trăirii anxietății. Această articulare dintre perspectiva cognitivistă și cea fenomenologică va fi comentată în următoarele paragrafe ale capitolului.

O altă sursă de anxietate o reprezintă reducerea instanțelor la care poți face apel cu încredere, sperând sau fiind sigur că vei fi ajutat sau protejat. Orice om normal se bazează pe relațiile sale firești cu alții, dintre care unele sunt de competiție, altele de parteneriat, de susținere și protecție, acordându-i într-un fel suport, reazem, sprijin.<sup>46</sup> Dacă dispar partenerii și persoanele protectoare, subiectul se află într-o situație anxiogenă, mai vulnerabil față de pericolele potențiale. Aceasta se poate petrece cu ocazia diverselor schimbări de viață. Dar și prin evoluția existenței, când alții – apropiați sufletește și pe care te poți baza – dispar din viața ta zilnică din diverse motive (moarte, plecare definitivă, noi orientări, îndepărtare fizică.). Cel mai important sprijin, subiectul îl resimte din partea celor „apropiați sufletește“. Lipsa acestora – de exemplu, a unui soț protector pentru o femeie cu potențial anxios – participă la geneza și întreținerea unei anxietăți de fond. Sprijinul efectiv anti-anxios poate veni din partea unor comunități sociale, mai ales religioase, care absorb individul într-o solidaritate de grup. Dar și credința în idealuri sau ființe transcendente pot da siguranță, fiind anxiolitice. De aceea, pierderea unor credințe religioase sau a unor idealuri comunitare poate lăsa individul debusolat, pradă ușoară pentru anxietate. O parte din aspectele menționate ca fiind potențial anxiogene poate condiționa în același timp și o stare depresivă.

Buna dotare a subiectului, cu tot ceea ce îi permite să acționeze eficient, îl asigură față de anxietate. Iar lipsa acestora, îl predispune. Fie că e vorba de lipsa de bani, de familie, de casă, de profesie, de abilități sociale, de sănătate, de părți ale corpului, precum ochii, care îi asigură vederea, picioarele, care îi asigură mersul, deficiența de memorie. Subiectul poate, desigur, să compenseze aceste lipsuri prin mijloace tehnice, prin proteze, printr-un carnetel în care își notează adresele, printr-un cărucior cu care se deplasează. Acestea, la rândul lor, pot fi pierdute, deteriorate.

<sup>46</sup> A se vedea paragraful 5.3.

În perspectivă antropologică, anxietatea poate deriva și din culpă sau rușine (165). Sentimentul de culpă rezultă dintr-un conflict intrapsihic, exprimând dezacordul moral al subiectului cu cele ce le-a făcut. Sunt posibile și alte conflicte intrapsihice în raport nu doar cu actele, ci și cu intențiile de act ce sunt reprimite de cenzorul conștiinței morale, într-o modalitate conștientă, pre-conștientă sau inconștientă. Psihanaliza lui Freud a pus accentul pe această modalitate de geneză a anxietății, considerând formarea „simptomelor nevrotice” ca o soluție surogat a „aparaturii psihice” în vederea diminuării tensiunii anxioase, insuportabile pentru subiect. Culpă și rușinea marchează o temporară cădere, o insuficiență (o amputare) a eului, care nu mai e suficient de sigur pe sine, devenind vulnerabil. Anxietatea poate apărea și atunci când subiectul resimte faptul că nu se poate decide sau nu se mai poate controla pe sine, în diverse perspective ale existenței sale (comportament social, interpersonal, pulsional etc.).

O modalitate specială a anxietății – mai mult antropologică decât psihopatologică – poate deriva din faptul libertății de acțiune. În momentul conștientizării faptului că opțiunea (în vederea acțiunii) cade integral în responsabilitatea propriei persoane, omul se poate simți într-o situație limită, marcat de anxietate (Sartre, care a teoretizat această temă, a formulat sintagma „omul este condamnat la libertate”) (166).

Reluăm în discuție, pentru că e necesar, faptul că, în trăirea anxietății, subiectul se simte desprins de lume, alunecând din ea spre abisul neființei. Se poate reveni la metafore, precum: „pământul fuge de sub picioare”, „parcă mă prăbușesc în gol, într-o prăpastie fără fund” etc. Chiar dacă aceste trăiri au și o bază biologică („reflexul de ascensor”), trăirea anxietății ca o cădere în abis, în neființă, a putut fi comentată în mod pertinent (de către Heidegger) ca exprimând o mixtură între ființare și nimic (=neant, neființă) (167). De fapt, e vorba de sentimentul alunecării spre moarte, așa cum e acesta trăit în atacul de panică; iar moartea conduce, evident, la neființă. Relația între ființă și nimic (neființă), pe care anxietatea o relevă (mai ales în formele sale paroxistice de tipul atac de panică), este o temă de meditație care articulează psihopatologia nu doar de antropologie, în sens generic, ci și de ontologie (127), (128).

Omul, ce trăiește anxietatea, se află, de obicei, într-o situație care reduce cunoașterea lumii umane la care are acces, înțeleasă, în primul rând, ca spațiu al unor acțiuni posibile. Sentimentul dominant e cel al trăirii unui pericol neidentificat ce duce, pe diverse căi, spre moarte; iar formula cea mai brutală și scurtă e sentimentul prăbușirii în gol, resimțit ca prăbușire în neant. **Temporalitatea trăită se ratatinează pe un prezent minuscul, orientat exclusiv spre un viitor**

**imediat și incert**, de care subiectul se agață și în care proiectează, imaginar, posibile întâmplări nefavorabile pentru el și pentru cei ce-i sunt apropiați sufletește. Viitorul e trăit sub semnul unei continue îngrijorări. Individul e nesigur de sine, uneori cu sentimentul pierderii identității, a depersonalizării. Această trăire anulează toate structurile ierarhice ale persoanei, care se simte acum redusă la corporalitatea sa, aflată, și aceasta, în tensiune și pericol. Câtă vreme anxietatea nu e majoră, corpul e menținut într-o continuă stare de încordare, tensiune, de hipervigilantă investigatorie. Mușchii nu se pot destinde, privirea caută în toate direcțiile, auzul surprinde orice zgomot; individul nu poate sta locului – nu se poate relaxa – explorând perpetuu ambianța, dar fără a putea întreprinde și realiza acțiuni eficiente. Când ne apropiem de angoasă, de atacul de panică, inima bate cu putere și neregulat (cu sentimentul subiectiv că s-ar putea opri dintr-un moment în altul), respirația e accelerată, subiectul parcă se sufocă, picioarele tremură – împreună cu întreg corpul ce e cuprins de transpirații – tonusul mușchular scade (parcă „se taie picioarele“), apare senzația de vertij, de cădere în gol. Trăind anxietatea, subiectul resimte intens nevoia de a apela la un „altul“, protector. De unde, o aparentă hipersociabilitate. Vizarea și formularea de obiective, precum și angajarea în acțiuni cu scop și sens, sunt foarte grav deteriorate (practic, scoase din discuție). La fel, evaluările valorice, responsabilitatea și creativitatea.

Anxietatea, așa cum a fost prezentată, ca anxietate anticipativă, este o instanță limită a unor trăiri normale, anormale sau marcat psihopatologice, ce se agregă într-un pol al trăirilor anxioase. Deși acestea vor fi comentate în paragrafele următoare, menționăm însă, de la acest nivel, câteva aspecte: trăirea cea mai apropiată de anxietate este fobia, în care pericolul resimțit de subiect este mai mult sau mai puțin concretizat în teme – elemente, „obiecte“ ale lumii, ce pot fi identificate și dinspre care emană ceva rău, agresiv, distructiv pentru subiect. Există multiple împrejurări în care anxietatea și fobia se conjugă, cu predominanța uneia sau alteia; așa e, de exemplu, cazul anxietății de separare și de contact evidențiabile deja după 8 luni și în decursul întregii copilării. La nivel de intensitate nevrotică, distincția e, de cele mai multe ori, posibilă. Fobicul alunecă în anxietate, pe măsură ce se apropie de zonele antropologice în care obiectul fobogen poate apărea cu mai mare probabilitate. Astfel, în plină normalitate, anxietatea poate crește cu cât se apropie ziua unui examen important sau a plecării într-o călătorie plină de necunoscute, iar în agorafobic, ea crește pe măsură ce subiectul se îndepărtează de casă.

Dacă ne mutăm din perspectiva situațională înspre cea structurală (caracterial-biografică), anxietatea se articulează cel mai strâns cu nesiguranța

de sine, cu lipsa de încredere, de înrădăcinare, de sentiment al identității cu sine. Evident, personalitatea se află acum în minus, la nivelul său structural. Dar acest minus e prezent în toate ariile fundamentale psihopatologice, ceea ce e specific la acest nivel – al anxietății – este sentimentul constant al nesiguranței și neîncrederii în sine, al orientării spre nevoia de protecție, sprijin, suport etc., exterior, din partea altora. Fapt ce poate difuza în direcția unor multiple tipuri de personalitate dizarmonică.

Anxietatea e corelată cu trăirea depersonalizării – a sentimentului pierderii identității cu sine – atât în normalitate, cât și în patologie, ca fază tranzitorie spre clarificarea sau descoperirea unei alte identități (sa a unui alt fel de a fi, mai precis determinant). Ea face corp comun și cu trăirea derealizării, mai ales dacă aceasta evoluează în direcția unei „dispoziții delirante“, a presentimentului apariției unei catastrofe. Depresia și anxietatea se conjugă în aproape jumătate din cazuri, deși, în forma lor pură, paradigmatică, între ele există multiple diferențe (între altele, anxietatea e trăită în manieră adânc paranoidă, de negare a propriei existențe).

Modalități aparte de conjuncție între anxietate și fobie întâlnim în cazul „fobiei sociale“, a persoanelor evitante și a trăirilor de tip relațional în care subiectul are impresia că „ceilalți“ îl privesc în mod deosebit și-l comentează nefavorabil. Cele mai particulare combinații le întâlnim în aria tulburărilor paradeli-rante de tip paranoid, când subiectul se simte pus sub supraveghere; apoi, în cea a delirului paranoid. În acest caz, predomină însă fobia, anxietatea fiind doar un acompaniament al acesteia. Și aceasta deoarece acum este clar, pentru subiect, că împotriva sa se acționează dinspre lumea exterioară, în zona și prin elementele ce le poate identifica; în cele din urmă, chiar când aude halucinații care-l amenință cu moartea, el este predominant fobic și doar secundar anxios.

Prezența anxietății în alte arii psihopatologice, cum ar fi cea a obsesio-nalității, va fi menționată în paragrafele respective. Pentru moment, credem că e de reținut caracterul specific al tulburării anxietății propriu-zise, care antrenează, în modalitate impersonală, existența subiectului într-un vertij negativ, în direcția aneantizării.

### 5.9.2. Fobia

Prin fobie se înțelege o frică patologică intensă, insuficient sau deloc motivată conștient, necontrolabilă în condițiile confruntării cu obiectul fobogen, dar beneficiind de conduite de evitare și asigurare. Astfel, apare fobia în tulburările

de intensitate și formă nevrotică. Dacă are loc întâlnirea cu obiectul sau situația fobogenă, se poate declanșa o anxietate acută, un atac de panică sau comportamente ce nu mai pot fi controlate de subiect. Fobia în forma sa ușoară și medie menține persoana mult timp și în multiple arii ale lumii sale umane firești de existență, diferențându-se astfel, până la un punct, de anxietatea anticipatorie. Atât doar că lumea interrelată pragmatic (cunoscută, reprezentată, imaginată) a subiectului se divide acum în două zone distincte: a) cea în care „obiectul fobogen” nu există, nu apare, nu e previzibil și așteptat; prin aceasta, zona (spațială) existențială respectivă rămâne una a securității, liniștii, a refugiului în caz de pericol și în care subiectul poate acționa degajat, neperturbat; b) zona (spațială) în care „obiectul fobogen” este prezent de obicei sau poate apare cu importantă probabilitate; și care deci este o zonă existențială a nesiguranței, așteptării tensionate, hipervigilenței, aflată sub cupola anxietății anticipatorii; contactul cu „obiectul” fobogen ce declanșează atacul de panică; această zonă (spațială) a lumii personale este una în care acțiunile eficiente se desfășoară cu dificultate sau sunt chiar inhibitate. Cele două lumi există concomitent pentru subiectul marcat de fobie, el mișcându-se între ele cu un anumit grad de libertate de acțiune, mai mare sau mai mic (168) (169). Partajarea menționată ridică în prim plan – la fel ca și în cazul anxietății și poate într-o manieră mai subliniată – problema perturbării spațialității existențiale. Temporalitatea trăită e alterată doar în incidența în care ea era manifestă și în anxietate.

În mod firesc, toposurile lumii sunt, pentru orice persoană, diferențiate prin semnificația lor: biserica e diferită de piață, școala de teatru, casa de stradă sau de locul de muncă. Mai ales, casa e un topos special, prin faptul că e o zonă intimă, familiară (și familială), de obicei cu valențe protectoare. Până la un punct, la fel e și locul de muncă, dacă e unul stabil, cu persoane cunoscute și de încredere. Mai pot exista și alte locuri cu care subiectul e bine familiarizat și în care întâlnește de obicei persoane cunoscute și prietenoase. În toate acestea, el se simte în siguranță. În schimb, strada, piața și zonele publice, în general, sunt marcate de prezența unor oameni necunoscuți și de riscul de a se petrece evenimente neprevăzute, poate chiar periculoase, reprezentând spații antropologice mai nesigure. Se poate structura astfel, una din cele mai frecvente și cunoscute fobii, și anume, agorafobia înțeleasă în sens larg, ca frică de spații publice. Deplasarea singur prin acest „domeniu” (170) induce o anxietate ce poate culmina cu un atac de panică. Și de aceea, subiectul evită această zonă sau se asigură când e nevoită să o parcurgă. De fapt, la structurarea agorafobiei concură mai mulți factori. Copilul, de după 8 luni, trăiește o anxietate la separarea de

mamă și o anxietate (ce se apropie de frică) la simpla apariție a unor persoane necunoscute. Anxietatea de separare se poate amplifica și diferenția ulterior, în sensul de a se manifesta ori de câte ori individul se îndepărtează de locurile familiare și protectoare, de casă, de exemplu. Iar anxietatea de contact poate apărea în toate locurile necunoscute, noi, departe de casă, unde apar mereu persoane și situații necunoscute, imprevizibile, de necontrolat. Persoanele care realizează în copilărie un atașament sigur față de mamă (prin „inner working model“, deci printr-o reprezentare în propriul psihism a imagoului matern ca „al cuiva“ securizant) sunt mai puțin predispuse față de anxietate și fobii. Și la fel, cele care continuă să asimileze imagouri securizante, care, prin identificarea cu părinții, nu preiau de la aceștia un „supra-eu“ tiranic (în sensul psihanalizei), ci modele de autocontrol comprehensive. Dar, tot prin identificare – urmată de învățare (modelare), se pot prelua de la părinți modele comportamentale securizante sau fobogene. O altă sursă de „anxietate – fobie“ poate fi generată de prezența în anumite configurații spațiale fizico-antropologice. Astfel, faptul de a te afla la un moment dat într-un spațiu îngust și fără posibilitate imediată de plecare – cum ar fi o cabină de ascensor – poate declanșa anxietatea, tocmai pentru că blochează șansele de acțiune, de refugiu și fugă, în cazul unui pericol eventual. La fel se petrec lucrurile într-un autobuz sau tren aglomerat, într-o sală de spectacole sau într-un avion. Toate acestea se realizează frecvent în spațiile publice din afara casei. Trăiri anxioase – ce se transformă în fobii – pot apărea la anumite persoane și când trebuie să parcurgă spații largi – o piață goală – fără a avea puncte de sprijin fizice, suficiente; sau când parcurge spații sub care se află adâncimi, pe o punte îngustă, într-o cabină de teleferic. Pe lângă aceste fobii „spațiale“, există și alte fobii speciale ca, cele de animale (câini, cai, șoareci), de foc, apă, trepidații, tunete (172), (173). Uneori, aceste frici pot rezulta din experiențe de viață neplăcute, fiind, de obicei, învățate din experiență trăită; alteori se realizează prin mecanisme de proiecție și fixare pe obiecte exterioare a unor anxietăți ce rezultă din conflicte interioare. Dar oricum – cel puțin din punct de vedere statistic –, șansa de a întâlni obiecte sau situații fobogene e mai mare în afara casei.

O formă specială și frecventă de fobie este aceea în care individul trebuie să se manifeste în fața unor persoane mai puțin cunoscute: să vorbească în public sau să mănânce, să scrie, când sunt de față persoane puțin familiare, să folosească WC-uri publice, să stea într-un prezidiu etc. (174). Fobia de examene – de a răspunde la întrebări în fața unui examinator, în prezența altora – este și ea, în bună parte, o fobie socială. Deseori, în aceste împrejurări, subiectul roșește,

ceea ce duce la fobia secundară, de a nu roși în public (= ereutofobie). Fobiile sociale derivă din sentimentul neplăcut de a fi în centrul atenției altora, care te privesc și, posibil, te evaluează (în presupuziția fobicului, într-o manieră negativă).

Fobia socială apare la anumite tipuri de persoane particulare (patologice), mai frecvent la cea cu trăsături evitante. La aceasta se poate identifica o anumită configurare particulară a tetradei (cognitive) ce marchează structura persoanei, în sensul că, subiectul are în permanență impresia că alții îl evaluează negativ.

Atât în ipostaza circumstanțială, cât și în cea structural-caracterială fobicul resimte că amenințarea, agresivitatea distructivă vine, în mod explicit, de undeva din exterioritatea lumii, fapt ce marchează diferența față de trăirea anxietății. De aceea, el resimte nevoia de a avea un sprijin constant într-o altă persoană, sigură de sine, puternică și protectoare, la care să poată apela ori de câte ori resimte nevoia. Spre deosebire de anxiosul care se „agață” circumstanțial de „oricine” – în sens de altă persoană în care speră sau presupune să găsească o posibilitate de anulare a căderii sale spre neființă – fobicul își dorește și își pregătește, întreține, una sau mai multe relații securizante, care apar sub forma unui „sprijin de braț” ori de câte ori e nevoie. Totuși, orice frică este și ea, în cele din urmă, o frică de moarte, de aneantizare (deși se pot identifica și etape sau nivele ce duc în această direcție, cum ar fi, frica de a se face de rușine – deci de ai scădea demnitatea sau frica de hoală). În general, omul poate muri din diverse cauze ce derivă din lumea în care trăiește: înecat în apă, ars de foc, mușcat de animale, căzând în adâncuri, fiind strivit de peretii ce se prăbușesc peste el etc. Dar forma paradigmatică de situație fobogenă este, pentru om, frica de o altă persoană, de un dușman care-l amenință cu moartea. Confruntarea poate fi situațională, cei doi oponenti fiind gata să lupte pe viață și pe moarte, fiecare încărcat de agresivitate și de frică. Dar, raportarea fobică față de altul – față de dușmanul amenințător – poate fi transsituațională, atunci când subiectul știe că există un dușman care-l urmărește constant, pentru a-l omorâ sau pentru a-i face un mare rău. Cel urmărit se poate afla în defensivă, cu o agresivitate mai redusă dar nu absentă, de vreme ce luptă pentru a supraviețui. Motiv pentru care se află mereu în tensiune, gata de apărare, ripostă, evitare etc.

Persoana ce trăiește în universul fobic, indiferent de tipul de fobie, este orientată spre exterior, spre lumea în care se poate identifica, chiar dacă cu aproximație, zonele cu mare potențial de pericolozitate. O astfel de persoană intră frecvent într-o tensiune de așteptare, crispându-se printr-o adunare psihic interioară – pe limitele propriului său eu-corp, pe care intenționează să le apere,

prin acțiune, de pericolul ce-l amenință. Fobicul tinde spre o delimitare fermă și, în același timp, tensionată, amenințând tot timpul un anumit potențial agresiv propriu. El încearcă să țină realitatea, la care are acces, „sub control“, fapt pentru care dezvoltă deseori programe de punere în ordine, curățenie și clarificare a ambianței. Crisparea sa de autoapărare care îngroașă, prin agresivitate, limitele propriului eu, uneori poate depăși nivelul controlului, prin izbucniri agresive „preventive“, de ținere la distanță a agresorului potențial, imaginat sau real.

Frica de alții poate căpăta intensități majore în delirul relațional în cel paranoid, inclusiv în toate formele paradelerante ce se articulează cu acestea. Subiectul are convingerea „tematică“ privitor la faptul că alte persoane îl privesc special și îl comentează nefavorabil, îl supraveghează, înregistrează, îl țin sub observație sau îl urmăresc, vreau să-i facă ceva rău, să-l aresteze, tortureze, închidă, să-l omoare într-o anumită formă. Deși, se combină strâns cu anxietatea, fobia psihotică domină scena trăirilor. Spre deosebire de fobia „nevrotică“, ea nu mai e așa de intens legată de anumite toposuri ale lumii înconjurătoare, depășind în mare măsură și caracteristicile situaționale ale acesteia. Totuși, referirea la exterioritatea lumii se menține. Unii deliranți resimt că sunt priviți jignitor pe stradă, alții sunt convingși că, la serviciu, colegii își fac semne între ei și discută despre el, batjocorindu-l în lipsa sa. La fel, urmărirea are loc de obicei pe stradă, supravegherea e realizată prin camere video, prin microfoane implantate în ușa sau prin persoane substituite, otrăvirea se produce prin mâncare. Și totuși, sentimentul pericolului, al agresiunii ce vine din partea altora, e mai puțin precizat – tematic și spațio-temporal – decât în fobia nevrotică. De aceea și mixtarea cu anxietatea – care și ea capătă o formă de trăire specială – este deosebit de importantă. Această invazie fobic-anxioasă din partea „celorlalți“, ce populează universul delirant, frânge de obicei continuitatea biografiei, ceea ce în situație nevrotică nu se petrece.

În afara conjuncției cu anxietatea – în formula nevrotică și în cea psihotică – fobia nu are multiple alte articulări psihopatologice. Ea nu se corelează în depresia, în care subiectul e dezinteresat de lumea exterioară care este principala preocupare a fobicului. Există însă intricări cu obsesia, în cadrul căreia sunt prezente o serie de „fobii anancaste“, corelate compulsiilor și ritualurilor. Astfel, e fobia de microbi – murdărie, ce conduce la ritualul spălărilor repetate a mâinilor, cea de obiecte ascuțite (pentru a nu le folosi împotriva altora), de înălțime (pentru a nu se arunca în gol). Se relevă un tip special de fobie, sub forma fricii de sine însuși, de a nu face ceva necontrolat și nedorit (tot aici se plasează fobia anancastă, de a nu-și omorâ propriul copil).

În concluzie, universul fobiei plasează omul în mijlocul lumii, dar cu o intenționalitate frântă. El se află mereu în defensivă, nu se poate manifesta spontan, degajat, proiectiv-creativ. El stă crispat (pe sine, dar) în fața lumii, pe care intenționează să o țină sub control, se asigură mereu și apelează multe precauții, pentru a se asigura că nu este invadat de pericolul, mai mult sau mai puțin știut, ce vine dinspre exterioritatea lumii.

În continuare vom comenta trăirile centrate de obsesie. Se cere subliniat că patologia comentată ca fiind propriu-zis – restrictiv-anxioasă cea fobică și cea obsesivă (împreună cu altele, cum ar fi „reacția de stres posttraumatic”) sunt reunite de unele școli într-un grup al „tulburărilor anxioase în sens larg”. Aceasta, deși obsesionalitatea pare a fi mai apropiată de depresie decât de anxietate. O abordare contemporană, larg deschisă spre interpretare, o întâlnim într-o carte recent apărută în România (174).

### 5.9.3. Obsesia

Dacă în cazul anxietății, problema acțiunii nici nu se poate pune, subiectul simțind cum alunecă din lume, iar în condițiile fobiei, el trăiește în mod constant crispat, în poziție de apărare (fugă sau evitare), în contextul unei lumi polarizate, între zone periculoase și sigure, – fapt ce modifică viața firească, activă a omului – o dată cu obsesionalitatea, ne plasăm în însăși inima perturbării acțiunii. E prezentă, acum, o blocare, o disfuncționalitate a intenționalității, în sens de vizare semnificantă, dar mai ales în sensul derulării acțiunii eficiente. Atât în perspectivă fenomenologică, cât și cognitivă, subiectul obsesiv se decide cu multă dificultate, e în dezacord cu unele din trăirile și motivele sale, trece cu greu la act, se răzgândește frecvent și, cel mai des, nu finalizează ceea ce a început, „învârtindu-se în cerc” și ne-progresând spre realizare. Spre deosebire de fobic, depresiv, maniacal, histrionic, delirant etc., el nu are o poziționare „thetică”, care să orienteze într-o anumită direcție raportarea sa la lume, preselectând sau interpretând distorsionat informațiile (a se vedea comentariul ce se face în paragraful 5.10. privitor la delir); atitudinea sa în raport cu lumea, cu realitatea, este una „imparțială”, obiectiv – recte, constatând și în același timp dubitativ, fiindu-i foarte greu să ierarhizeze valoric datele lumii pe care le receptează. Timpul trăit este rotitor (175), lumea trăită ca spațiu al acțiunii posibile apare ca fiind greu accesibilă, identitatea e incertă, dată fiind duplicitatea ego-distonă, „celălalt” e ținut la distanță, sub semnul politeței și ambivalenței.

În prim plan, nu sunt perturbate atât „semnificațiile“ intenționalității în raportarea la lume, ca în fobic, ci blocată, dedublată și fragmentată șansa realizării obiectivelor actului intențional (176).

Indecizia, nehotărârea, ambivalența, ambitendența sunt marca inițială și bazală a obsesionalității, înțeleasă atât ca modalitate de existență a persoanei – deci în sens structural, personalistic, al „tulburărilor de personalitate“ –, cât și în sens circumstanțial, evenimential, al stării de „episod psihopatologic“. Lipsesc spontaneitatea trecerii de la motivația și argumentarea ce vizează obiective și sensuri, la acțiunea capabilă de a le realiza. Indecizia se corelează strâns cu nesiguranta; de unde, o posibilă apropiere de anxietate. Aceeași corelație o mai întâlnim la capătul acțiunii obsesivului, când subiectul nu e sigur că ceea ce a făcut e bine terminat, fapt ce conduce la repetate verificări. În plus, o anumită anxietate fobică poate deriva din conținutul terifiant al unor trăiri obsesiv-compulsive, fie că e vorba de reprezentări catastrofice, fie de intenții de acte agresive în raport cu altul și cu sine; și pe care subiectul le resimte înspăimântat, cu profundă dezaprobare conștientă, ego-distonă. Obsesia este, în esență, o trăire conștientă ce se impune eului ca derivând din sine, dar fără intenția, dorința și acceptul său propriu. Subiectul luptă fără succes împotriva ei; astfel încât, respectiva trăire revine recurent, el consumându-și existența în această confruntare continuă și repetată cu ceva ce emerge din el însuși și de care, în același timp, se dezice. O amintire sau o reprezentare obsesivă repliază persoana pe sine, sustrăgând-o de la preocuparea raportării active, pragmatice și cu sens (semnificație) la lume. Și la fel, o ruminare ideativă obsesivă ce se derulează de obicei sub forma unor întrebări pe subiecte abstracte și fără răspuns evident sau testabil: există Dumnezeu? există viață după moarte? există extraterestri?!...

În obsesionalitate, individul uman trăiește într-o paletă distorsionată, raportarea sa la lumea ce îi este corelativă; prevalează nu atât preocuparea pentru lumea manifestărilor exterioare, comunitare, productive și atenția majoră și persistența acordată lumii, pe care subiectul a interiorizat-o, care face parte din propria-i persoană (ca amintire, reprezentare, imagine, intenție, proiect eventual). Oricum, legătura cu lumea umană „exterioară“, cu cea față de care ar trebui să se articuleze prin acțiune, în mijlocul logosului comunitar, este perturbată, fiind greu de atins.

În sensul celor afirmate mai sus, sunt parțial corelate cu acțiunile posibile și reale, ruminările care prefigurează derularea unui eveniment și comportamentul subiectului în situația eventuală respectivă. De exemplu, în cazul unei întâlniri importante, subiectul imaginează ce va spune, ce eventualități de răspuns

va primi, cum va reacționa el, la acestea, în variate moduri. Pentru ca, în final, totul să se deruleze altfel decât a fost prefigurată și analizată zile în șir. Iar ulterior, ruminarea să reia cele întâmplate, într-o continuă analiză retrospectivă: ce s-ar fi întâmplat dacă aș fi făcut sau răspuns cutare sau cutare lucru? De ce nu am reacționat așa sau așa? În această perspectivă, obsesivul trăiește frecvent ruminării morale. Pregătirea intențională a actului, prin care subiectul e prezent în lume și își structurează actualitatea trăită – precum și analiza retrospectivă a celor trăite – ocupă un loc preponderent în conștiința prezentului trăit. Aparent, axa temporalității proprii apare în prim plan ca perturbată. Obsesivul trăiește aproape în permanență un „prezent slab“, prin care prepară viitorul sau analizează trecutul ce-i revine mereu, fără voia sa, în conștiință (situația standard în normalitate a trăirii obsesive poate fi considerată „muștrare de conștiință“ „ruminația morală“ în raport cu cele făcute). Pentru înțelegerea trăirilor obsesive, această referință la perturbarea trăirii temporalității și a ineficienței acțiunii efective e aproape mai importantă decât cea a trăirii lumii ca „spațiu-al-acțiunilor-possibile“, așa cum se petreceau lucrurile în anxietate și fobie.

O arie importantă a trăirilor obsesive se apropie de situația acțiunii propriu-zise, fără ca aceasta să se realizeze efectiv, performant. E vorba de compulsii și ritualuri. Trăirea compulsivă constă în faptul că, subiectul resimte cum, din interiorul ființei sale se manifestă o intenție de act, de obicei agresivă și reprobatoare (de a înjura în biserică sau în zone publice, de a lovi pe cineva aflat în față, de a folosi un obiect ascuțit sau tăios pentru a agresa pe altul sau pe sine, de a rupe sau sparge ceva, de a da foc, de a-și omorî propriul copil. Desigur, el se luptă cu aceste tendințe și nu cedează compulsiei; sau, realizează actul doar într-o manieră simbolică, deviată de la orice finalitate reală. Lupta cu compulsiile ocupă aproape tot timpul existenței sale, care pierde șansa unei structurări temporale ferme a prezentului trăit, pentru care esențial este actul în derulare și cu un final realizat; astfel încât, obsesivul trăiește într-o cvasi-temporalitate circulară. Această circularitate neprogresivă a timpului trăit (175) de o persoană obsesivă devine și mai evident cu ocazia ritualurilor. Acestea sunt „mini-acte“ fără scop eficient, sau cu unul aberant, cu valoare magic simbolică, așa cum ar fi număratoarea unor aspecte din cele percepute și/sau făcute: de exemplu, a scării urcate; număratoarea până la o cifră sau multiplul acesteia (care poate crește exponențial), înainte de executarea unui act, chiar banal; un ritual obsesiv poate fi și faptul de a executa unele mișcări corporale de câteva ori, a merge trei pași înainte și trei înapoi, a învărti limba în gură de 2x2 ori înainte de a deschide ușa, sau de a pune o placă pe magnetofon.

Cel mai cunoscut ritual este cel al spălării repetate pe mâini (ablutomania). Subiectul resimte cum persoana sa, la nivel corporal, a devenit vulnerabilă pentru murdărie, microbi; și încearcă, prin repetiția spălării, să se purifice. (Și Macbeth, din piesa lui Shakespeare, după crimă, se spală pe mâini!) Tot în formele maligne de obsesionalitate a fost descris așa-zisul „delir de atingere și contaminare”. Contactul cu o persoană sau cu „ceva”, care este resimțit ca „impur” și murdar, conduce la spălări repetate ale hainelor, la abandonarea acestora, a locuinței chiar, uneori a localității, toposul uman respectiv fiind lovit de malignitatea magică a infestării cu „ceva” periculos.

În esență, obsesivul se consumă luptându-se cu sine, absorbit într-o repliere pe interioritatea lumii sale proprii, articulată doar parțial cu acțiunea, fostă sau posibilă, cu neglijarea sau „punerea între paranteze” a lumii umane în care viețuiește, de fapt; și în care ar trebui să acționeze firesc și în mod continuu. Fobicul, în schimb, se poziționează crispat „în fața” lumii sale umane date, exterioare, care are multiple zone resimțite ca fiind un pericol posibil sau cvasi-real. Între aceste două orientări extreme, cazurile de compulsie menționate, ritual și comportament obsesiv intricat cu fobia reprezintă aspecte speciale care aduc în discuție tocmai delimitarea între interiorul subiectivității conștiinței și exteriorul lumii percepute; în cadrul căreia, subiectul se relaționează și acționează în multiple modalități. La acest nivel se infiltrează un tip special de „depersonalizare” (177), pe care Göppert a numit-o „depersonalizare de fundal” în sensul că, în spatele multitudinii trăirilor obsesive se află un „gol interior” astfel încât, dacă acestea dispar nu mai rămâne decât un vid sufletesc. În acest sens, formele maligne de obsesionalitate se apropie de unele trăiri ale schizofreniei negative, ce vor fi comentate în finalul acestui capitol. Din perspectiva identității persoanei, aceste limite se plasează la nivelul bazal al schemei corporale, ce conturează înspre exterior propriul „eu-corp-subiect”. De unde și tulburările menționate privitoare la fobia de murdărie-microbi (corelată cu ritualul spălării mâinilor), precum și cea de contaminare. Limitele propriului corp se extind apoi spre spațiul intim al interiorului casei sau camerei proprii. Pentru a nu exista pericole în această zonă a „corpului-lărgit”, totul trebuie să fie sub control, curat și bine ordonat. Fiecare obiect din cameră trebuie să rămână în locul său fix, orice schimbare fiind resimțită ca anxioasă, ca o posibilă cale deschisă invaziei pericolelor. Toate trebuie să rămână la locul lor fix, pentru ca, în spate, să nu se ascundă nimic necunoscut și pentru ca orice pericol să poată fi la timp neutralizat eficient! Odată pornit pe acest drum, nu mai există limite: tacâmurile la masă trebuie așezate mereu în aceeași poziție, anumiți pantofi trebuie să stea doar

într-un anumit loc etc. Persoana ce trăiește obsesional, atât în perspectivă situațională, cât și structural-caracterială este invalidă în ceea ce privește performanța în acțiune, domeniu care este chiar cel de care subiectul este preocupat prevalențial. Gospodina ce spală mereu totul și face continuu curățenie se poate spune că are trăsături caracteriale de personalitate „fobic-anxios-obsesionale“. Ea nu este însă o „Hestia“ care să fie focul de întreținere eficientă și calmă a unui cămin liniștit, securizant, bază pentru reculegere într-o atmosferă de siguranță. În cazul în care obsesivul, totuși, acționează – depășind nesiguranța sa anxios-fobică – el o face într-o manieră algoritmic rigidă, fără a se mai abate de la proiectul inițial, pentru reevaluări și modelări ale strategiilor, așa cum se petrec lucrurile în orice sistem cibernetic cu autoreglare, inclusiv în cazul persoanei umane. Dacă acționează, obsesivul este ordonat, rigid, perfecționist, inflexibil, la fel ca și destinul (de unde și expresia de „anankast“, pe care psihopatologii germani au atribuit-o acestui gen de acțiune, pornind de la semnificația greacă a cuvântului „Ananké“).<sup>47</sup>

Aspectul menționat – o dată cu prezentarea problematicii contaminării – în care subiectul își simte limitele corpului-eu ca fiind vulnerabile, se manifestă și în cadrul relațiilor interpersonale. Anxiosul se bazează oricând pe ajutorul altuia, chiar necunoscut, pe care-l solicită pentru a-i fi aproape și a-l proteja. Fobicul resimte mereu nevoia unei persoane de încredere care să fie lângă el, a unui „sprijin de braț“ continuu.

Obsesivul însă resimte apropierea psihologică (chiar afecțiunea sufletească) a celuilalt în raport cu sine ca un pericol. El pretinde, și în acest domeniu, ordine și distanță față de celălalt, pentru a nu fi invadat de imprevizibilul anxiogen cu care sufletul unei alte persoane l-ar putea contamina. De aceea, anankastul îi ține pe alții, în mod constant, la o anumită „distanță psihologică“ prin politețe, prin identificarea sa cu roluri sociale care-i permit să se prevaleze în permanență de norme, reguli, regulamente și diverse strategii prin

---

<sup>47</sup> „Relațiile de ordine“ stau într-un fel atât la baza „spațialității“, cât și a „temporalității“, fapt intuit de Leibniz. De aceea, perturbarea lor în obsesionalitate induce perturbări, în egală măsură, în timpul trăit și în spațiul trăit. Și la fel, preocuparea prevalență a obsesivului pentru ordonare, programe, organizare etc., fie că e menținută rigid (în cazul anankastului), fie că e o tentație niciodată realizată (în cazul psihastenului). Nici într-un alt domeniu al psihopatologiei, problematica ordinii nu e la fel de amplu prezentă ca în cazul obsesionalității. La fel, de altfel, ca problematica matematico-aritmetică a numărătorii și încărcăturii magice a numerelor, fapt ce ar putea să aibă legături și cu substratul organic cerebral al acestei perturbări psihice.

care să evite intimitatea; pe care el o îndepărtează, o ocolește de facto, pentru că nu are o proprie intimitate (178), (179), pentru că structura de unu-multiplu a persoanei sale e aplatizată, „celălalt” și ceilalți fiind subsumați categoriei abstracte de „alții”, topită în stataturi și roluri sociale („ceilalți” nu depășesc nivelul „tematic”, pentru a fi în relaționări efectiv trăite). Prezența imagourilor altora în sine, deschisă prin relația de atașament (prin „inner working model”), este, în acest caz, cvasi-absentă. Relația de atașament, nesigură sau dezorganizată – absentă chiar – favorizează tocmai această situație în care se formează cu greu, într-o manieră distorsionată și fragilă, diagrama intim-public, ce ar trebui să definească orice psihism conștient, bine structurat și echilibrat. Această deficiență în relaționarea interpersonal afectivă se realizează sub semnul unui presentiment al propriei vulnerabilități. Deși nu resimte constant că este amenințat din exterior de un pericol, mai difuz sau mai determinat, așa cum se petrec lucrurile în anxietate și în fobie, subiectul nu poate fi relaxat, resimțind lumea exterioară ca fiind periculoasă, prin faptul că nu e suficient de controlabilă. De unde și tentația sa de a controla totul. Dar această raportare se realizează sub semnul unei anumite agresivități. „Ținerea la distanță” a celui alt, prin politețe și formalism, este expresia tocmai a acestei agresivități funciare, ambivalente, deoarece este, în același timp, de apărare și dominare. Modelul de acțiune și raportare interpersonală, rigidă, perfecționistă și formalistă, descris deja la anankast, are și o variantă simetrică ce se înscrie în aceeași zonă de fenomenologie psihopatologică. E vorba de persoana indecisă și ambitendentă ce se apucă, în același timp, de mai multe lucruri, părăsindu-le și reluându-le progresiv, dar progresând foarte dificil spre final (cu repetate reveniri, refaceri ale aceluiași demers activ, cu permanente planificări și organizări ale acțiunii ce nu sunt însă respectate). În acest caz, întâlnim și o importantă dezordine nu doar în comportament, ci și în spațiul și timpul trăit. Această formulă nehotărâtă-împrăștiată-dezordonată, „psihastenă” se însoțește, uneori, de tendințe colecționariste. Spre deosebire de rigiditatea formalistă pe care o exprimă anankastul, psihastenui e mai accesibil, sub formula unui om pasiv ce acceptă sugestiile, dar nu-și onorează promisiunile. Între extremele „pure” de anankast și psihasten se pot identifica multe cazuri și situații intermediare. În ambele variante, persoana e deseori zgârcită, negeneroasă, preocupată de faptul exact, nesuportând ambiguitatea sau posibilele imaginarului.

Obsesionalitatea, ca fenomen uman și psihopatologic, se articulează parțial cu anxietatea și fobia, așa cum deja s-a comentat. Ea se corelează însă, frecvent, cu depresia, în care întâlnim, de asemenea, o repliere pe sine, cu distor-

sionare față de lumea exterioară și de acțiune, chiar mai accentuată decât în obsesie. După unele cercetări, obsesia ar fi mai frecvent „co-morbidă“ cu deprezia decât cu anxietatea (faptul e destul de greu de clarificat de vreme ce și deprezia și anxietatea sunt co-morbide în aproximativ 50% din cazuri). Menționăm că o serie de manifestări obsesive – de la ambivalență, ambitendență la ritualuri și repetiții (stereotipe), încărcate de valențe magice, apropie această patologie și de schizofrenia dezorganizată (și negativă, dată fiind „răceala afectivă“ a obsesivului malign. Ca un aspect particular, obsesia – care e centrată pe perturbarea actului intențional – are o arie de articulare cu zona de psihopatologie mai particulară. Menționăm, de la început, „ticurile“, atât cele banale, cât și cele din boala Gilles de la Tourette. Alte domenii interesate de meditație și studiu sunt: – corelația dintre obsesionalitate și actele impulsive (de tipul cleptomaniei, dipsomaniei, piromaniei); și corelația cu unele tulburări neurologice, precum coreea Huntington. Toate aceste tulburări se pot agrega spre polul anxios, dar, de data aceasta, înțeles prin sens foarte (foarte) larg, cu totul diferit de ceea ce a fost comentat ca trăire (fenomen anxios), la începutul acestei prezentări<sup>48</sup>. Acceptând faptul că realitatea se manifestă plurimorf, ne menținem pe punctul de vedere că există un număr limitat de sindroame (structuri caracteriale) – fenomene psihopatologice, care se cer prezentate în forma lor esențială, nucleară. Ceea ce am încercat și vom încerca să facem și în continuare.

Anxietatea, fobia și obsesia, înțelese și interpretate antropologic, pot avea diverse intensități și forme de manifestare, care le pot plasa în zonele deja menționate ale normalității, reacțiilor psihopatologice, nevrozelor, perturbărilor patologice ale personalității, psihozelor endogene, tulburărilor psihoorganic-cerebrale. În ceea ce privește statutul nosologic al patologiei obsesive, aceasta a fost catalogată, inițial, ca o nevroză și a fost interpretată ca atare de Freud și psihanalistii ce l-au urmat. Totuși, cazuri grave, maligne, intens invalidante de tulburări obsesive au fost înregistrate și publicate în sec. XX. Exemplare sunt lucrările lui Janet și Clerambault. Deși au existat încercări de a desprinde această patologie gravă de cea a nevrozelor, până în anii '90 ai sec. XX nu au existat tendințe ferme ale comunității științifice internaționale de a plasa patologia obsesivă gravă în zona psihozelor (endogene), cu toate că, în acest domeniu de patologie s-a acceptat și practicat neurochirurgia. În ultimul deceniu al secolului trecut, această

---

<sup>48</sup> Aceste trei domenii sunt considerate a face parte din cadrul lărgit al „tulburărilor anxioase“, fapt subliniat în DSM-IV.

problemă a fost însă abordată. În această direcție, pledează și Asociația Mondială de Studiu a Tulburărilor Obsesive, care a propus chiar, la congrese științifice internaționale succesive, acceptarea unei forme obsesive de schizofrenie.

Cele comentate anterior, privitor la anxietate, fobie și obsesie, considerăm că sunt valabile pentru toate paragrafele în care vor fi prezentate și analizate în continuare, care aduc în dezbatere psihopatologia din perspectiva „sindroamelor-fenomene“, corelate cu trăsături de personalitate abnorme.

#### 5.9.4. Depresia

În situația ce se caracterizează nuclear printr-o tristețe anormală, patologică, intenționalitatea care în mod firesc inseră persoana în lumea sa umană este, de asemenea, perturbată în manieră specifică. Fobicul are unul din cele două picioare bine plasat în lumea din jur, anxiosul simte că se prăbușește din ea, dispărându-i orice suport, obsesivul încearcă să facă și un al doilea pas – spre lumea corelativă sau în jurul ei – fără să reușească prea clar. Depresivul e deja distanțat de lumea „exterioară“, renunță la ea și rămâne repliat pe sine, pe propria „lume interioară“. Desigur, avem în vedere modalitatea (psiho)patologică a depresiei; căci în multiplele varietăți existențiale ale acesteia – precum melancolia înțeleptului sau nostalgia celui aflat departe de ceea ce îi este drag – ne aflăm doar într-o parțială și „specială“ „detașare“ față de lume. Depresivul nu-și mai face proiecte de acțiune mereu ambivalente și ineficiente, ca obsesivul, și nici nu acționează efectiv și cu succes în anumite zone existențiale, precum fobicul, (nevrotic), fiind, în schimb, perturbat în altele, pe care le resimte ca interzise. Intenționalitatea sa de act – în înțeles cognitivist – este acum esențialmente blocată, anulată. Și la fel, este anulat orice proiect ce vizează intențional ca sens și ca obiectiv de atins, realitatea vizată intențional, din perspectiva „fenomenologică“, ca semnificație „noetico-noematică“, ce se oferă în sens atractiv pentru subiectul conștiinței.

Se estompează deci, până la dispariție, intenționalitatea în ambele ei sensuri menționate și comentate, interesul față de lume și față de proiectele ce articulează persoana cu lumea sa corelativă umană și cu lumea, în general, și prin care subiectul se proiectează mai mult sau mai puțin eficient în viitor, o dată cu depresia ce anulează intenționalitățile și temporalitatea, precum și identitatea trăită este grav perturbată (188), (189). Nu doar că dispare sau se devalorizează viitorul, așa cum este el resimțit de anxios, ca îngrijorare (eventual, acesta

rămâne valorizat, dar numai cu valențe totalmente negative, putând fi conceput doar ca ruină și catastrofă personală și generală, chin și suferință). Dar, dispare și prezentul trăit. Nu mai există interes și vizare intențională (fenomenologică sau cognitivă) în raport cu lumea umană înconjurătoare, din care nimic nu mai atrage subiectul. Și, deoarece, el nici nu acționează, prezentul e anulat. Persistă doar dimensiunea temporală a trecutului. Dar și aceasta e marcată de negativitate. Subiectul selectează din memorie doar ceea ce poate fi interpretat ca devalorizare proprie, culpă, ca și caracterizare negativă. În anxietate era activă absorbția ființei de către nimic („întru nimicnicie“). În depresie, existența subiectului e capturată de negație. Dar nu de una abstract-logică, ci de una pragmatic-valorică. Depresivul nu acționează, nu e interesat de lume și nu o apreciază, nu se acceptă pe sine ca ființa valorică, ci ca pe una ne-capabilă, ne-utilă, ca o ființă vinovată, ca un nimic, („ce nu merită să facă umbră pământului“, „să primească îngrijiri medicale“, „să trăiască“ = „nimicnicie“). Lumea ca spațiu dispare, timpul personal se ratatinează pe trecutul ce consfințește non-valoarea subiectului, identitatea sa își schimbă sensul dinspre afirmare în normalitate, spre diminuare, anulare de sine, negație. De fapt, negarea de sine e presupuziția ce susține tendința de autosuprimare, suicidul.

Tendința și comportamentul autoagresiv al depresivului, mergând până la comportamentul suicidar realizat (sau automutilare) este una din caracteristicile esențiale ale acestui fenomen uman. În depresie, agresivitatea se manifestă altfel decât în anxietate și fobie, când ea e resimțită ca venind predominant din exterior și, eventual, e suportată de subiect cu greu; sau în obsesionalitate, unde se oscilează între ținerea la distanță a altora și dominarea lor în conjuncție ambivalentă cu masochismul. În cazul depresiei, agresivitatea ia forma tranșantă a autopuniției, obiectul final fiind crima, în sens de sinucidere. Evident, suntem în situația unei devieri a „normalității“ agresivității, ce va fi comentată într-un paragraf ulterior, și care menține subiectul articulat cu lumea sa corelativă, uneori asigurându-i performanțele. În unele modalități extreme, autoagresivitatea depresivului depășește propriile sale limite, revărsându-se din nou spre exterior. Este cazul omuciderii familiale, justificată prin delir melancolic: subiectul, înainte de a se sinucide, își omoară propria familie, cu argumentul ca aceasta să nu trăiască chinurile vieții curente, pe care el le-a resimțit la intensitate maximă.

Identitatea subiectului se dizolvă în căderea anxioasă. Cea a fobicului, fragilă și ea, se menține totuși bine delimitată, uneori cu contururi prea îngroșate, în cadrul crispării sale, de apărare, în fața unei lumi ostile, din partea căreia așteaptă agresiuni, mai ales în anumite zone fobogene, în anumite toposuri

periculoase. Identitatea obsesivului e neomogenă, divizată, ambivalentă, – uneori hiperrigidă, alteori împrăștiată – în cadrul continuei ego-distonii, a permanentului dezacord cu sine. La depresiv, identitatea se retractează – o dată cu temporalitatea duratei sale, centrate pe trecut – pe „ceva“, minuscul, dar esențial: pe valoarea demnității și stimei de sine, aflată și ea la limită, pe cale de a dispărea întru vinovăție și moarte. Depresivul ajunge la această formulă pornind de la tensiunea fobică și rigiditatea ritualului obsesiv al ordinii, dar părăsindu-le în direcția dezinteresului față de lume, de prezența sa în lume. La acest nivel ultim, se pot păstra în intimitatea identității persoanei, imagouri ce-i reprezintă pe cei dragi – dar care nu mai funcționează ca realități efective, la fel ca și restul ideilor în care a crezut. Dragostea și idealurile propulsează în mod firesc persoana spre exterior, prin intenționalitatea proiectivă, prin contactul și comerțul cu o lume în care subiectul ek-sistă, se afirmă, se împlinește prin comerțul cu alții, cu ambianța. În depresia patologică întâlnim reflexul în negativ al acestor modalități (sau feluri) de a fi autentic. Păstrându-le până în extremis, dar pierzând conotațiile firești ale existenței în lumea sa reală cu care se interconectează, depresivul păstrează o parte din puritatea și autenticitatea existenței umane. El coboară existențial, intră în negativ și tinde să piară pe axa acestei autenticități. Aspect care diferențiază trăirea depresiei propriu-zise de cea a obsesionalității nucleare, în care esențială e duplicitatea, inclusiv compromisul (142), (143) și nu autenticitatea capabilă de sacrificiul ultim, pentru care depresivul e pregătit și predispus.

Pentru depresiv nu mai există intenționalitate în direcția actului cu scop și sens; și, ca atare, nu mai are sens lumea ca spațiu al acțiunilor posibile. Timpul, durată trăită, e amputată și recurbată ca o orientare spre trecut; ceea ce face ca celelalte dimensiuni ale spațiului trăit să se estompeze până la a dispărea; sau, să devină malefice pentru subiect. Relația cu celălalt, ceilalți, se retractează; ea se poate păstra în nucleul intimității și identității personale, dar sub semnul devalorizării de sine și a culpei. Întreaga existență evoluează spre negarea lumii și a sinelui, spre retragere din aceasta, în direcția unei disponibilități sau chiar a unei propensiuni întru moarte, în drumul spre sinucidere.

Deși sunt orientate în aceeași direcție și sunt strâns interrelate în cazuistica clinică, anxietatea și depresia se diferențiază fundamental la nivelul elementelor fundamentale ce le caracterizează. În anxietate, subiectul e surprins și este purtat spre aneantizare, în cadrul unui vârtej ce-l absoarbe, a unui dinamism cu sens negativ, ce anulează pentru persoană, lumea; de aceea, anxietatea e trăită într-o manieră impersonală. Ea „se întâmplă“, nefiind în mod evident provocată

de ceva sau cineva din lume, așa cum e resimțită frica patologică, fobia. În cazul depresiei, acest aspect impersonal nu se manifestă cu aceeași valoare și semnificație. Omul devine depresiv pentru că a pierdut „ceva“ care-l lega de lume. Subiectul resimte faptul că a pierdut ceva determinat și identificabil: o persoană dragă, o avere, un ideal în care a crezut, o speranță, o așteptare legitimă (ca în cazul frustrării), puterea de a acționa, stima de sine. Sentimentul pierderii și atitudinii negative sunt caracteristice pentru depresie.

### 5.9.5. Dragostea, indiferența și agresivitatea din punct de vedere psihopatologic

Dragostea dintre două persoane este un fenomen uman natural ce nu poate fi „explicat“, ci doar trăit, sesizat, înțeles, expus și analizat din punct de vedere fenomenologic. Totuși, ea se dezvoltă pe fundalul relației de atașament a copilului care nu doar rezultă din experiențe de viață trăite, dar are și o bază neuro-fiziologică ce permite recunoașterea figurii altei persoane ca fiind o realitate umană, asigură înțelegerea unei mari arii a intenționalității celuilalt în perioada relațiilor preverbale și introjectarea imagoului unei alte persoane, resimțită ca atașată și protectivă (problemă comentată în cadrul teoriei „theory of mind“). Fenomenologia dragostei normale presupune o intenționalitate specifică de vizare a partenerului, apropierea sufletească treptată față de acesta, până la interpătrundere și contopire psihică între cei doi (în faza pătimașă a iubirii, când restul lumii este aproape ignorat) și apoi introjectarea reciprocă a imagoului reprezentativ a celuilalt în psihismul fiecăruia din cuplul implicat, într-o manieră care-l sporește existențial pe fiecare subiect, acesta păstrându-și, totuși, propria identitate, amplificată acum prin această asimilare, care-i crește siguranța de sine, și îi fortifică personalitatea. În perspectiva derulării în timp a „ciclului dragostei“, ea devine, ulterior, treptat, tot mai puțin „pasională“, tot mai clamă, dar cu o mercur crescută rezonanță afectivă interpersonală între cei ce se iubesc. Desigur, e posibilă și apariția ambivalenței, caz în care afecțiunea și iubirea alternează sau există concomitent cu reproșul, ura, respingerea. Și, de asemenea, poate apărea o posibilă scădere a intensității acestei legături interpersonale, până la stingerea dragostei, ajungându-se la indiferența față de celălalt (situație distinctă de ura față de acesta). În situația paradigmatică a dragostei împlinite, ce se desfășoară normal, pierderea – în principiu dispariția, moartea – celuilalt este situația princeps ce condiționează depresia, ca expresie a unei amputări existențiale.

Notă: În cadrul acestei scurte expuneri a situației normale standard a dragostei, se are în vedere și relația, diferită până la un punct, a prieteniei, precum și alte situații ale „simpatiei” reciproce, pe care le-a comentat Max Scheler. Oricum, e vorba de împrejurări în care „celălalt” este considerat o ființă valorică, excluzându-se atât „psihologia masei”, cât și contactul superficial cu „oricine”. De asemenea, se exclude din acest comentariu dragostea pentru personaje ideale (de roman, de film, politico-istorice, imagine) și dragostea față de ființe transcendente (Dumnezeu, și ipostaze derivate ale acestuia). În plus, dragostea nu se confundă cu raportarea etică la „celălalt”, în sensul lui Levinas.

Din cele comentate anterior este evident că dragostea normală se desfășoară intramundan, implicând o intenționalitate specială a subiectului în raport cu elementul nuclear al lumii sale umane, pe care-l constituie o altă persoană. Iar una din caracteristicile sale de bază este reciprocitatea. Dragostea nu exclude, ci implică cogniția celuilalt și acțiunile cu scop, derivate din această legătură interumană specială. În sine însăși, ea nu e, însă, o acțiune, deși se derulează ca un proces dramatic. În plus, aspectele cognitive sunt acum secundare în raport cu semnificația intenționalității și trăirii fenomenologice a iubirii. În normalitate, trăirea dragostei este una din cele mai complexe fenomene și elemente esențiale ale existenței umane pe care literatura – poveștile, poezia, romanele, tragedia, filmele etc. – le comentează continuu, fără a putea vreodată epuiza domeniul.

Dacă trecem spre versantul anormalității, aberației și psihopatologiei, atunci vom putea întâlni: 1. Trăirea de tipul dragostei, resimțită la nivel pasional, dar care nu e împărtășită – uneori nici nu e cunoscută de cel vizat; 2. Convingerea subiectului că este iubit intens de către altul, fără ca acest fapt să fie real, în unele cazuri, celălalt neștiind nimic despre persoana respectivă = erotomanie; 3. Gelozia patologică (nemotivată, motivată anormal, ocupând ansamblul preocupărilor subiectului în manieră prevalentă). Aceste trei situații, în cadrul cărora, subiectul implică intens lumea sa umană, reprezentată de „celălalt”, le vom regăsi și ca posibile teme delirante. Alte aspecte anormale constau din: 4. Incapacitatea de a iubi; aceasta se plasează în continuitatea incapacității de atașament, relație și rezonanță afectivă, în general; (aceasta va fi comentată, în prezentul paragraf, sub titlul indiferenței, și reanalizată în paragraful 5.11.); 5. Pierderea capacității de a iubi a unei persoane ce a fost capabilă de o astfel de trăire. În ambele eventualități, subiectul își poate menține până la un punct relaționarea superficială, de tipul „contactului” și chiar poate, uneori, mima, în unele modalități, afecțiunea față de celălalt.

Ultimele două situații ne plasează în ipostaza trăirii indiferenței. Indiferența poate fi atât normală, cât și anormală, patologică, referindu-se nu doar la raportarea la alte persoane, ci și față de lume, în general. Aceasta înseamnă că subiectul nu mai e impresionat de evenimentele la care ia parte, care-l implică și, eventual, îl vizează, astfel încât, nu-l mai emoționează nimic. În plus, el e indiferent la opinia altora față de sine – fie ea pozitivă sau negativă. Indiferența atinge nucleul identității subiectului, căruia nu-i mai pasă nici de sine, de ce se întâmplă cu propria personalitate, de felul în care arată pentru alții, de faptul dacă face ceva bine sau rău.

Notă: Această indiferență se cere diferențiată de dezinteresul față de lume al depresivului, căruia îi pasă de poziția sa în lume, o evaluează precis și pregnant ca fiind negativă, ca îndreptându-l spre neființă, spre moartea pe care o merită.

Indiferența anormală o întâlnim ca trăsătură de personalitate la persoanele dizarmonice schizoide (sau schizotipale); dar, parțial și la cele anankaste – care problematizează acțiunea – sau la cele sociopat-antisociale (care acționează cu sânge rece și eficient, fiind indiferente față de soarta altora, dar nu și față de propriile interese și pulsioni). În manieră majoră, indiferența patologică o întâlnim însă în schizofrenia negativă. Ea a fost sesizată, la acest nivel, de către Guiraud, care a etichetat-o ca „atimhormie“. Ulterior Wing, Crow și Andreasen au comentat pe larg acest aspect patologic, ca una din trăsăturile de bază ale „schizofreniei negative“ (= macrosindromul schizodeficitar). În acest context clinic, ea se însoțește, în mod curent, de abulie și inactivitate. După cum se știe, e descrisă și o persoană patologică, caracterizată prin pasivitate și dependentă; și care, la rândul său, poate fi marcată de indiferență (a se vedea tipul *Haltlöse*, a lui Schneider). În acest caz extrem, predominant în varianta sa defectiv-psihotică post schizofrenă, întâlnim o absență sau prăbușire a ambelor sensuri ale intenționalității, ce au fost comentate în prealabil, dar fără retragerea din lume, ce se petrece în cazul depresivului.

Dragostea și echivalentele sale mai ponderate au fost introduse în această dezbatere psihopatologică, pentru că reprezintă forme de existență umană exemplară, paradigmatică, în raport cu care pot fi înțelese și comentate trăiri particulare, anormale și „patologice“, precum depresia, indiferența, și agresivitatea. Ultima este adusă acum în discuție, în variantele sale normale, anormale și patologice, înțeleasă, mai ales din perspectivă antropologică. Orientarea intențională a agresivității se opune radical și simetric celei a dragostei, care

„deschide“ subiectul spre întâlnirea și apropierea față de celălalt, în direcția fuziunii și a introjecției, reciproc sporitoare. În cazul intenționalității agresive,<sup>49</sup> celălalt este, în primul rând „ținut la distanță“, împiedecat să se apropie prea mult de intimitatea subiectului (a se vedea în această direcție, rolul pe care-l joacă „politețea“ anankastului, în sensul în care a fost comentată de Petrilowitsch). Apoi, atitudinea agresivă interpersonală presupune și dezvoltă tendința de îndepărtare și/sau supunere a „celuilalt“, care poate ajunge – dacă nu este de la început – o persoană pasivă, obedientă, de care dominatorul poate abuza în variate moduri. Adică, îl poate înjosi, își poate bate joc de el, îl poate disprețui public, astfel încât, să-i coboare la maxim stima de sine. Un aspect special al agresivității specific umane este realizat prin unele aspecte ale râsului. Pe lângă valențele sale de descărcare comunitar euforică, râsul – faptul de a râde de un altul – are o valență denigratoare, de înjosire, resimțită uneori ca o batjocură, fapt exprimat plastic prin locuțiuni ca: „am fost făcut de râs“, „am ajuns de râsul tuturor“. Această temă, care exprimă o decădere din demnitatea și stima de sine, poate fi întâlnită în unele aspecte ale delirului de referință (= delir senzitiv relațional), în care subiectul este convins că toți își bat joc sau râd de el. Tot o modalitate specific umană de agresivitate este cea verbală, atât ca mod de exprimare (ton poruncitor, răstit), cât și în perspectiva conținutului, constând din amenințări, injurii, expresii denigratoare (o variantă mai subtilă și nuanțată este ironia).

Agresivitatea interpersonal-patologică antropologică se poate intersecta cu modalități biologice ale agresivității, caz în care, celălalt poate fi agresat, lovit, maltratat, rănit, omorât. Astfel de comportamente pot fi expresia comportamentului unei persoane psihopate, dar pot fi condiționate, uncori, și de convingeri delirante. Mai poate fi menționată agresivitatea „clastică“, ce poate apărea în unele stări de delirium, când persoana distruge nediferențiat tot ce întâlnește în jur.

Agresivitatea umană intervine în fenomenele psihopatologice, în dublu sens, pe de o parte, ca amenințare pe care subiectul o resimte din partea altuia (altora), a elementelor ambiantei sau chiar neprevăzut; e situația trăirilor fobice și anxioase în sens larg, cuprinzând și trăirile pre sau paradelirante. Pe de altă parte, agresivitatea poate fi expresia subiectului ce se îndreaptă spre lume și

---

<sup>49</sup> În acest paragraf este comentat doar aspectul negativ al agresivității; în antropologie există și un aspect pozitiv al acesteia, în sens de energie răzbătătoare întru realizare; în acest caz, intenționalitatea agresivă este prinsă într-o „bună formă“ semnificantă.

acționează cu această caracteristică, fapt ce-l întâlnim parțial, la obsesiv, major, la psihopatul dissociat, în mod particular, la delirantul paranoiac expansiv. În unele cazuri, cele două aspecte coexistă, ca în unele stări delirante sau chiar la obsesiv. Pe de altă parte, e de reținut faptul că subiectul poate reacționa față de sentimentul de pericol, ca în cazul crispării psihologice a fobicului sau a agresivității „anticipatorii” – a persoanelor timide, ce se simt vulnerabile. Ar mai fi de menționat o modalitate indirectă de agresivitate, ca cea a persoanelor pasiv-agresive care sunt mereu de acord cu partenerul, dar nu realizează ceea ce promet; sau, cea din situația victimologică, în care subiectul se comportă de așa manieră încât, irită constant un partener până în situația în care agresivitatea acestuia depășește o limită și se descarcă punitiv pe cel ce l-a incitat. În sfârșit, reamintim că, în depresie, agresivitatea e repliată pe sine, ajungându-se la auto-mutilare sau suicid.

#### 5.9.6. Mania

Maniacalul, trăind o stare de continuă bună dispoziție, de veselie, euforie, pare a fi cuprins în vârtejul unui excentric joc și dans, al unei „beții” sărbătorești, pe care o abordează de pe pozițiile unei omnipotențe și familiarități nefirești cu celălalt. De fapt, și în viața obișnuită, contopirea subiectului cu manifestările mulțimii „colective” e, în principiu, depersonalizantă. Maniacalul trăiește temporalitatea proprie ca un perpetuu viitor „a toate posibil”, ce i se deschide de pe pozițiile unui prezent superficial, amputat de profunzimea straturilor ce conduc spre nivelul bazal al duratei și care e frustrat de un viitor structurat și realmente posibil. În formele ușoare, maniacalul poate fi activ și performant; dar, și atunci, doar în manieră țintită, centrat de câte o unică activitate prevalentă; ceea ce presupune o structură a personalității încă bine conturată, ce poate ține în frâu expansivitatea pe cale de dezlănțuire. Lipsa de structură și fundament a temporalității din manie e concomitentă cu accelerarea trăirilor subiectului ce mereu se reiau ca proiecte, niciodată realizate. În lipsa acțiunii eficiente, a rezolvării reale a unei situații problematice, nu mai există nici prezent autentic și nici substratul prezentului, ce constă din straturile paralele ale temporalității corelative acțiunilor organizate pe termen mediu și lung; și la fel se estompează sau devine extrem de fragilă chiar și durata, ca instanță ultimă și fundament al structurii temporalității și, în același timp, al identității. În cadrul dezlănțuirii sărbătorești a maniacalului, sunt suspendate multe interdicții, aproape totul devenind,

pentru moment, permis și marcat de semnul unei posibilități efective de realizare. Dar, doar „pentru moment“.

La fel ca și temporalitatea, și poate, mai intens, spațialitatea interumană, pe care maniacalul o trăiește, este aplatizată, redusă la o suprafață continuu mișcătoare. Nu mai există înrădăcinare, așezare pe teren ferm, „puncte-de-sprijin“ și „spate-acoperit“ pentru elaborarea unor raportări de apropiere și îndepărtare psihică interumană, pentru indiferență sau pentru realizarea legăturii de dragoste reciprocă, calmă și profundă. Totul se reduce la un contact superficial cu alții, care-și pierd, în cadrul acestei raportări, specificitatea individuală a persoanei lor, devenind cu toții, în comun, câte un „cineva“, câte un „oricine“. Hiper-socialitatea maniacalului este expresia unei perturbări, a unei distorsiuni a relației, de obicei bine structurată, dintre eu-tu-celălalt-alții-comunitate. Iar pe acest fond, uneori, poate să se manifeste o agresivitate verbală sau o constantă iritabilitate.

Distanțele interpersonale, care structurează spațialitatea specifică psihismului uman, se reduc la minimum sau chiar dispar. Orice nouă persoană, întâlnită întâmplător, devine de îndată una familiară, față de care subiectul se manifestă fără reticențe, căreia i se destăinuie, pe care, eventual, o și critică public, imediat ce-i observă o deficiență minoră; și pe care o antrenează în vârtejul timpului său sărbătoresc.

Perpetua bună dispoziție, sentimentul de valoare și capacitate crescută, toate corelate unui sentiment al victoriei, sunt contagioase. Cei din jur, ceilalți – într-o manieră nediferențiată – se bine dispun și râd, pentru moment, împreună cu maniacalul, contaminați de jubileul carnavalesc și de mascarada acestuia; pentru ca, apoi, să se retragă în universul lor problematic, desfășurând acțiuni cu scop și sens, în lumea lor umană proprie, inserată în logosul comunitar bine structurat. Fapt de care maniacalul nu e capabil.

Identitatea subiectului, aflat în fază maniacală, e și ea redusă la o schemă. El devine un „oareșcare-cineva“ (un fel de „caz“ impersonal), pe măsură ce cul său se amplifică, se umflă ca un balon, se simte hipercapabil și omnipotent. Biografia și particularitățile sale se estompează sau dispar. Acest „cineva-oricine“, care a devenit acum subiectul maniacal, e dezinhibat energetic și pulsional. Lui îi dispăre sentimentul oboselii și îi crește libidoul, devine bogat în proiecte și planuri ce-i par ușor realizabile. Dar în care se angajează doar parțial, schimbându-le mereu. Nimic nu i se pare dificil de realizat. De unde și sentimentul unei libertăți totale; care e, de fapt, o libertate nulă, de vreme ce nu duce la nici o realizare efectivă. Maniacalul se mișcă mult, aproape continuu, parcurge spații largi, cheltuie banii fără o justificare întemeiată și fără a se gândi la consecințe.

Variantele în cadrul larg al „normalității” antropologice, a ceea ce este starea maniacală, comportă limitări și încadrări specifice. Euforia sărbătorească (carnavalească) e circumscrisă la anumite perioade temporale și se desfășoară în cadre sociale bine organizate din punct de vedere al logosului, al derulării programelor instituționalizate ale comunității. Orice sărbătoare comunitară își are regulile sale, la care indivizii care participă se conformează. În sfârșit, din perspectivă tipologico-caracterială, persoanelor cu trăsături hipomaniacale li s-au oferit profesii recunoscute și respectate, cum a fost cea a „bufonului regal” sau cea a clovnului de circ. Când atingem nivelul psihopatologiei, toate aceste variante normale sunt depășite, prin preluarea controlului psihismului de zona endogenă, „mezogenă” (în formularea lui Schneider). Faptul că o persoană, ce trăiește astfel de episoade, poate, ulterior, să și le conștientizeze, să le cunoască și recunoască, să le controleze parțial, ține de programul constituirii unei „personalități secunde” prin efort terapeutic, psihoterapeutic, psiho-pedagogic.

#### 5.9.7. Depersonalizarea

Depersonalizarea este un termen care, în psihopatologie, se referă la perturbarea trăirii identității subiectului (cu sine), în cadrul raportării sale la alții și la lume. Această identitate se realizează printr-o sinteză, ce se petrece în cursul ontogenezei, și vizează multiple instanțe supraetajate, de la trăirea apartenenței la sine a propriului corp – în sensul delimitării, specificității, spontaneității și valențelor sale – până la cea a individualizării subiectului în plan socio-cultural (spiritual). Depersonalizarea se derulează, în primă instanță, în planul perturbării intenționalității conștiinței semnificante (deci, în plan fenomenologic).

Nucleul și baza sentimentului identității sunt, pentru subiect (pentru „eu”), cel al trăirii propriei corporalități, care prin „schema corporală” delimitează spațiul interior (al „corpului”) de cel exterior, a lumii, considerată în general. Dar și în diferențierile acesteia, în cadrul cărora, un loc aparte îl ocupă „persoanele – subiecți”.

Zona limitrofă a schemei corporale, a „eului” care „apare” în raport cu lumea în genere și cu ceilalți, a fost etichetată drept „corp-eu-fisiognomonic-estetic” (expresiv), deoarece, prin aceasta, subiectul se expune percepției și aprecierii valorizante a celorlalți, exprimându-și, în același timp, intenționalitățile de acțiune și comunicare. Depersonalizarea se poate manifesta într-unul din aspectele sale, prin resimțirea deformată tocmai a acestor limite dintre interior și

exterior: propriul corp poate fi perceput ca mai mare sau mai mic (în ansamblu sau în unele părți ale sale), ca insuficient de clar (difuz) delimitat până la indistinția cu ambianța, ca vulnerabil față de agenți perceptibili sau imperceptibili, ce vin din lumea înconjurătoare (fapt ce se corelează cu fobia de murdărie, de microbi, prezentă în patologia obsesivă). Sau, sub forma unor modificări, deformări sau anomalii ale propriei forme corporale, ce ar putea fi percepute de către alții (dismorfofobie), astfel încât subiectul ar putea deveni, în opinia sa, obiectul atenției și comentariului negativ al celorlalți; fapt ce conduce la idei sau delir de referință (senzitiv-relațional). O problematizare a aspectului corporal îl pot trăi persoanele ce prezintă leziuni deformante ale feței sau ale altor porțiuni expuse și vizibile ale corpului, și care-l stigmatizează, de obicei social. Pot apărea „complexe de inferioritate“ însoțite de trăiri tensionate de anxietate și agresivitate în raport cu alții, cu ocazia aparițiilor publice ale persoanei. Tot o astfel de problematizare, se poate întâlni la persoanele cu diverse defecte fizice, la unii obezi, în pubertate, când există modificări corporale, iar interesul subiectului față de felul „cum arată“, cum este receptat de către alții, devine prevalent. În această perioadă, poate apărea anorexia mintală a tinerelor fete, în centrul căreia stă refuzul psihologic patologic al metamorfozei corporale, ce implică creșterea în greutate. Aspectul corporal, perceptibil de către alții, constituie o preocupare deosebită și în isterie sau în manie, pentru că subiectul tinde acum să-și etaleze toate valorile proprii, inclusiv cele corporale. În schimb, el e neglijat în depresie și în schizofrenia negativă, până la modalitățile dramatice ale lipsei de interes pentru igiena și îngrijirea corporală în general.

În spațiul interiorității corporale se derulează procesele fiziologice, care de obicei nu sunt percepute conștient. La acest nivel sunt resimțite și durerile, ceneștopatiile, greața, vertijul. În mod firesc, există o „spontaneitate“ a trăirilor corporale, cărora subiectul nu le acordă atenție, deoarece, în mod esențial, el își îndreaptă intenționalitatea către lumea exterioară, perceptibilă în zona obiectuală. Dar, în spatele percepției și semnificațiilor schimbătoare ale lumii contactate, resimțirea propriului corp este o percepție constantă, chiar dacă neconștientă. Se poate spune că propriul „psihism-eu conștient“ se „înrdăcinează“ în propria-i corporalitate. În anumite condiții de viață, cum ar fi oboseala sau boala, subiectul resimte neplăcut interioritatea propriului corp. Acest fapt se poate întâlni și în psihopatologie. De vreme ce corpul este, în mod firesc, sediul bolilor somatice, preocuparea hipocondriacă patologică îl va avea în vizor (fie că ea se poate manifesta fobic, obsesiv, prevalent sau delirant). Subiectul mai poate resimți, de asemenea, o lipsă de energie, o epuizare, o lipsă de putere și forță

corporală, fapte ce pot, în unele cazuri, să capete o intensitate psihopatologică (ca în tulburarea astenică, în sindromul de epuizare bio-psihică: „burn-out“). Toate aceste trăiri nu înseamnă încă depersonalizare corporală propriu-zisă. Aceasta din urmă este trăită o dată cu sentimentul „devitalizării“. Subiectul resimte cum corpul său este lipsit de viață, inert, preschimbat în ceva cu calități fizice, parcă ar fi de lemn, de piatră, de sticlă, din iască. Metaforele utilizate, deși variate, sugerează același lucru: lipsa „indiferenței“ față de propriul eu-corp, ca doar „implicat“ în trăire; și, resimțirea sa ca o realitate intramundană ce susține și „poartă“ subiectul, dar care acum este marcată de nefiresc: el nu mai e spontan și viu, fiind resimțit ca ceva de tipul „lumii obiective neanimate“, ca un „obiect“ oarecare.

Depersonalizarea psihică e trăită sub forma sentimentului ca „eu nu mai sunt eu“, că parcă mă preschimb, mă metamorfozez ca identitate. Această trăire e resimțită și în normalitate, în perioadele critice ale ontogenezei, mai ales în pubertate, adolescență, dar și în unele momente cruciale ale vieții adulte, sau în perioada meno-andro-pauzei. În perspectiva psihopatologică, sentimentul este trăit penibil și la o manieră pasivă: subiectul se uită în oglindă frecvent, întreabă pe alții dacă nu au observat la el modificări în ceea ce privește aspectul, expresia, comportamentul. Apare nesiguranța, incertitudinea interioară și o anxietate concomitentă.

În depersonalizare, persoana pierde trăirea resimțită a propriei delimitări – în raport cu ceilalți oameni și cu lumea – sentimentul înrădăcinării în sine, între limitele propriului eu-corp, în propria durată biografică, nemaiputând controla zona secretului personal, emergența spontană-din-sine, a intenționalităților cu care se simte solidar. Apare o de-diferențiere globală a psihismului său conștient, cale posibilă pentru imixtiunea în intimitatea sa a lumii „exterioare“ nedorite, ca în fenomenele de transparentă-influență. De asemenea, e resimțită o neclaritate a limitelor propriei ființe, urmată de un sentiment vag de schimbare a identității: „parcă mă preschimb în altcineva“. Această stare reprezintă un pas spre o posibilă metamorfoză negativă, spre obținerea unei noi identități imaginare, care, în psihopatologie, este una delirantă.

Există trăiri psihopatologice care se află înaintea depersonalizării propriu-zise, din care se poate avansa înspre aceasta. Menționăm crisparea agresivă, pe limitele propriului „eu“, ca mecanism de apărare (aceasta o întâlnim în fobie). În obsesionalitate domnește ego-distonia (ambivalența, nesiguranța de sine, indecizia), într-o manieră în care limitele propriei identități se pot realiza doar cu greu, prin efortul unei hiperrigidități formal-perfecționiste. Și formele marcate

de tulburare histrionică (histerică) prezintă, dincolo de egofilie și hiperexpressivitate, o sărăcie a trăirii și rezonanței afective, ce face parte din același spectru al depersonalizării incipiente.

În depresie, depersonalizarea poate parcurge, în funcție de intensitatea fenomenului, diverse etape: de la faptul diminuării identității (subiectul ajungând să resimtă o stimă de sine scăzută, o devalorizare) până la forma negării totale a (valorii) eului, exprimată prin formula: „eu sunt un nimic“! De asemenea, în manie, depersonalizarea este prezentă prin faptul că subiectul devine, treptat (și în final complet), un oricine, lipsit de elementele constitutive (demografice, temperamentale-caracteriale, biografice) ale unui eu propriu și individualizat. O zonă a psihopatologiei, în care depersonalizarea tinde să devină majoră, este cea a indiferenței. În perspectiva semiologic-nosologică ne îndreptăm spre zona „schizotimei“ (și apoi a schizofreniei) în care se întâlnește pierderea capacității de sinteză, manifestată prin dezorganizarea ideo-verbală, ce va fi comentată în ultimul paragraf al capitolului.

Depersonalizarea este, de obicei, prezentă, ca moment esențial, în procesul instituirii delirului. Subiectul care simte că „eu nu mai sunt eu“, nu e încă delirant, deși trăiește intens derealizarea. În momentul în care-și atribuie o nouă identitate și/sau noi calități, el poate fi calificat ca atare: „eu sunt Napoleon“, „eu sunt urmașul lui Alexandru Macedon“, „eu sunt o nouă venire pe pământ a lui Isus și pot face minuni“. În această fază, delirul instituit, depășește depersonalizarea ce l-a precedat. Pe calea depersonalizării corporale se poate ajunge la sentimentul dedublării interioare, care poate, și el, sfârși în delir. La un anumit nivel, subiectul poate resimți sentimentul: „eu nu mai sunt unul singur, unitar, în mine sunt două ființe antagoniste, opuse, unele acționând într-un fel, altele în altul, de obicei contradictoriu. Această „dedublare“ este deseori polarizată între „eul cel bun“ și „eul cel rău“. Subiectul e convins că, în interiorul ființei sale, considerată în ansamblu, deci și corporal, se află două persoane opuse, sau că, în interiorul său se află un spirit malefic, un „diavol“ care-l dirijează din exterior. E posibilă și tematica delirantă a unei posesiuni zoopatice, subiectul fiind convins că, în interiorul corpului său, se află un animal, un șarpe, o broască. Într-o altă direcție, dedublarea personalității se manifestă nu atât „spațial“, cât mai ales temporal. Aceasta e situația „stărilor disociative de conștiință“, ce pot culmina cu „dubla personalitate“.

Trăirile psihopatologice din seria depersonalizării, comentate direct în acest paragraf și indirect în altele, se articulează cu o amplă serie de manifestări ale diapazonului normal ale trăirilor omenești, privite din diverse incidente

antropologice, inclusiv istorico-culturale. Astfel, „crizele de identitate“ sunt absolut firești în cursul personogenezei și a ciclurilor vieții, de la cea a adolescenței până la „individuația“ pe care o tentează persoana matură. O altă perspectivă firească a punerii sub tensiune a identității este relaționarea intim personală, ce poate evolua până la dragostea fuzională; esențial e că, în normalitate, fuziunea interpersonală a dragostei este un „moment“ și un „nivel“ al raportării interpersonale autentice firești, ce este în mod natural depășit și integrat. Problema se pune și la nivelul identificărilor – mai scurte sau mai prelungite – cu alte persoane (puternice, „fascinante“ etc.); această eventualitate poate fi și ea firească, fiind depășită ulterior, fapt ce duce la îmbogățirea diapazonului existențial al persoanei. Depersonalizarea pe care o trăiește circumstanțial o persoană, atunci când e cuprinsă în atmosfera de circumstanță a „psihologiei maselor“, nu are importanță decât pentru persoanele cu un eu slab, ce cad mereu victima acestor situații. În sfârșit, merită să fie amintită situația până la un punct depersonalizantă a extazului mistic. În normalitate, adică în firescul existenței umane ce acceptă și normalitate plus valorică, persoanele, ce fac parte dintr-o comunitate religioasă și sunt adânc impregnate de ideologia acesteia, pot avea momente de contact transcendent mistic, fără ca, prin aceasta, să se alieneze socio-existența. Însă, deviantul va trăi extazul mistic într-o manieră care-l exclude din comunitate.

### 5.9.8. Hiperexpresivitatea și histrionismul

În mod firesc, un om nu trăiește singur. El coexistă și comunică, colaborează și se confruntă constant cu semenii săi. Relațiile dintre persoanele umane se pot realiza nemijlocit, „în situație“, sau trans-situațional, prin intermediul limbajului asertiv critic (în sensul lui Popper). Astfel, oamenii pot comunica și prin scrisori, prin articole publicate în reviste, în care se critică reciproc, direct sau prin care comentează opera celuilalt; sau prin publicarea unei biografii comentate și interpretate, privitor la „cineva“. Evident, în unele dintre împrejurările menționate, raportarea nu mai e direct reciprocă. Există și situații de confruntare directă între două persoane care, abordând teme comunitare sau abstracte – politice, teoretice – fac ca acestea să nu mai fie decât parțial raportări „personale“. În cadrul relaționărilor situaționale, aspectul personal și cel supra-personal – ce ține de logos și spiritualitate – în mod firesc și obișnuit se combină. Și, de asemenea, intenționalitatea este, în aceste cazuri, atât cu particularități

fenomenologice, cât și cognitiviste. Când un orator încearcă să convingă un auditoriu, el se implică cu expresivitatea sa mimico-gestuală, cu tonul vocii și mimarea unor situații sau roluri ce pot impresiona pe cei ce ascultă; dar, în același timp, încearcă să convingă prin argumentele expuse în discursul său, prin ordinea desfășurării acestora, prin invocarea de situații, exemple și eventualități care, prezentate într-un stil convingător, pot realmente impresiona și influența pe ceilalți. În dialogul direct cu o altă persoană sau în expresiile și comunicarea în grup restrâns, aceste aspecte și „efecte“ sunt mai puțin uzitate și utile pragmatic; ceea ce nu înseamnă că nu pot fi – și nu sunt – folosite.

Toate, cele menționate mai sus, atrag atenția asupra a doi poli ai comunicării între oameni, comunicare pe care o polarizăm, pentru început, la împrejurarea situațională:

a) Polul expresivității situaționale nemijlocite, mimico-gestuale: de intonare a vocii, de regizare a modului în care se realizează apariția – esteticofisiognomică – pentru celălalt (ceilalți), uneori prin „joc de rol“ etc. Desigur, exprimarea verbală e prezentă, dar subordonată expresivității ce se vrea receptată de un altul (alții).

b) Polul conținutului structurat logic-noțional-semantic argumentativă a celor prezentate, în cadrul unei expuneri de „joc lingvistic“ dialogal sau în cadrul unei informații oficiale; ambele presupun și corectitudinea gramaticală a expresiilor rostite sau afirmate prin diverse sisteme semiotice, astfel încât, cele comunicate să aibă suficientă comprehensibilitate.

Polul b), menționat mai sus, se continuă cu discursurile suprapersonale și impersonale; acest domeniu va fi abordat din punct de vedere psihopatologic în ultimul paragraf al capitolului, cel care comentează dezorganizarea ideo-verbală. În continuare, ne vom concentra asupra aspectelor ce gravitează în jurul polului a), nivel la care există o preocupare constantă a subiectului, privitor la felul în care el apare și este receptat evaluativ de ceilalți în situație, în cadrul unor evenimente. Această preocupare are, din perspectiva minusului psihopatologic, două direcții importante:

1) Una fobică, în care subiectul e predominant nesigur și anxios ego-diston, tensionat, poziționat în atitudinea așteptării unei evaluări nefavorabile din partea altora, a unor sancțiuni.

2) O altă direcție este cea în care subiectul, este, în principiu, egosinton și cu o bună părere despre sine, astfel încât, așteptările sale sunt ca alții să-l perceapă și să-l evalueze favorabil. Dată fiind această „poziționare atitudinală“ (cognitivistă), subiectul pune accent pe apariția sa, pe faptul că, prin aceasta,

el poate impresiona pe alții, în sensul de a-l considera valoric și a-l admira.<sup>50</sup> Persoana respectivă dorește și se străduiește să fie mereu în centrul atenției celorlalți, astfel încât, cultivă implicarea sa permanentă în evenimente sociale. Se poate spune că el „eveniment” – analizează existența sa și a celor din jur. Această tendință, manifestată la nivelul unei structuri caracteriale distorsionate (psihopate, în sensul lui K. Schneider), a fost etichetată de acest autor cu expresia „geltunsuchtige”. Și aceasta, în mare măsură, pentru a evita etichetarea de persoană „histerică” ce, în mod tradițional, era atribuită acestor indivizi (fapt considerat de autor nu doar stigmatizant dar nefondat teoretic, conceptual). Ulterior, în apropierea zilelor noastre, s-a adoptat, pentru acest tip de personalitate, termenul de „histrionic”, ce face trimitere la un teatralism (o hiperexpresivitate captativă) de joasă speță, deci plasabilă în aria anormalității. Această plasare în zona minus-valorică exprimă și o anumită sărăcie sau goliciune interior-intimă, un fel de „răceală” afectivă (în sensul „depersonalizării” de fundal, similaritatea pe care o sesiza Göppert, la persoanele cu obsesionalitate malignă). Histrionicul nu rezonază afectiv, este sărac în ceea ce privește relațiile interpersonale (empatice), punând mereu accentul pe „contactul” interpersonal prin care să impresioneze pe alții. Deși, aparent, este hiperemotiv, această expresivitate exagerată a emoțiilor este predominant jucată – ca joc de rol emoțional – și nu trăită (în sens de „veçu”, „erlebnis”), în profunzimile afectivității subiectului. De aceea, el nu e capabil nici să transmită altora „căldura afectivă” specifică dragostei. Mai mult încă, deseori, el nu trăiește complet nici plăcerea orgasmului sexual, deși poate face mare caz de multiplele sale relații interpersonal-erotice (de tip Don Juan – Dona Juana) care sunt, de fapt, montate, regizate, construite ca spectacol și relatate cu dibăcie convingătoare, cu unica intenționalitate de a impresiona anturajul. Pentru caracterizarea histrionicului s-au mai folosit expresii ca: „dorește mereu să apară mai mult decât este în realitate (Jaspers); se manifestă în multe modalități și feluri, apare ca fiind oricine, neputând să fie, niciodată, „el însuși”. Oricum, nu contează mijlocul prin care subiectul atrage atenția, aceasta putând fi și compătimirea; e important să fie în centrul atenției, în maniera spectacolului.

Persoana histrionică, tinzând mereu să fie în atenția celorlalți, să se manifeste prin continua apariție percepută direct, întreține constant derularea

---

<sup>50</sup>O astfel de poziționare apare, de obicei, și în manie, unde, însă, nu ocupă un loc central în raport cu ansamblul perturbărilor psihopatologice; în continuare, vom comenta doar varianta histrionică tendinței de apariție valorizantă.

unor evenimente interpersonal-sociale, pe care tinde să le centreze. Existența sa și a celor din jurul său nu se mai derulează sub semnul monotoniei, ritualurilor impersonale – și plictisului – ca în cazul lumii umane centrate de anankast (obsesiv), om muncitor, serios și performant, care susține acțiunea anonimă. Histrionicului nu-i pasă de performanță, seriozitate și perfecțiune, ci de eveniment și spectacol. Chiar dacă nu e capabil de o autentică comunicare cu altul, el evită solitudinea, simte nevoia să fie în permanență alături de cineva care să-l perceapă, să-l recepteze și să-l asculte, să-l admire (sau să-l compătimizească). Din această nevoie, derivă o pseudo-sociabilitate (la fel ca în cazul anxiosului, dar distinct, ca semnificație, de aceasta). Manifestarea sa expresiv comunicativă continuă nu ar fi posibilă dacă subiectul respectiv nu ar avea un imaginar bogat – desigur, într-un anumit sens al noțiunii de imaginar. Această bogăție a „imaginilor mintale” (imaginarului) face posibilă nu doar hiperexpresivitatea sa corporală teatrală (histrionică), deseori evidentă în coloratura îmbrăcăminții, fard, coafură, podoabe, toate atrăgând atenția asupra sa, ci și o anumită capacitate particulară de relatare, de povestire. Aceasta este plină de invocarea reprezentativă a unor evenimente situaționale, de metafore și epitete, „este colorată” și deseori interesantă și atractivă. În această manieră de expunere se infiltrează, atât în relaționarea verbală, cât și în cea scrisă, confabulația și mitomania, adică deformarea adevărului cunoscut de către toți sau de majoritate, dar nu cu intenția deliberată de a induce pe alții în eroare – pentru un profit clar formulabil – așa cum se petrec lucrurile în minciună, ci cu obiectivul constat și mereu reluat, de captare a atenției asupra sa, de a se plasa în centrul privirii și interesului celorlalți. Caracteristicile limbajului, mai sus menționate, se pot păstra și în modalitățile mai puțin directe ale comunicării, realizate prin textul scris, care devine afectat și patetic, plin de „înflorituri” stilistice, de obicei inutile.

Tinzând mereu spre captarea atenției celorlalți, histrionicul îi va contrazice rar, în mod direct; dimpotrivă, va excela prin a fi de acord aproape cu oricine, manifestând o acceptanță și o sugestionabilitate crescută. Fapt ce accentuează cameleonismul generic al manifestării sale personalistice.

În varianta personalității dizarmonic psihopate, histrionicul poate practica escrocheria, ajutat fiind de limbajul său bogat și colorat, de capacitatea sa de a juca roluri și, deseori, de a fi convingător, chiar „fascinant” (mai ales când „epatează”). Tot imaginarul bogat îl poate ajuta să elaboreze și să întrețină intrigi. Dar caracteristica de fond a formulei psihopate o constituie manipularea celorlalți în folosul egofiliei (egoismului) nuclear al persoanei, uneori aceasta

urmând cu sânge rece rezolvarea propriilor interese. Interferențele cu psihopatul antisocial și cu cel instabil-emotiv („borderline“) sunt frecvente.

În varianta unui eu mai slab, a unei parțiale egodistonii de „tip nevrotic“ sunt frecvente simptomele de conversie somatică a trăirilor psihice neplăcute. Acestea se manifestă fie sub forma „leșinului psihogen“ (ce se cere diferențiat de criza epileptică majoră), fie sub cea a diverselor simptome somatice pseudo-neurologice (pareze, anestezii, mișcări involuntare) sau a unor deficiențe senzorio-motorii (de văz, auz, vorbire), fără substrat organic, care impresionează anturajul (în același grup se înscrie „pseudo-sarcina histerică“, vărsăturile sau crizele de dispnee psihogenă etc.). În toate aceste „conversiuni somatice“, pacientul apare calm, liniștit, aparent neîngrijorat de importanta sa deficiență, în sensul expresiei franceze de „la belle indifference“. Există însă o tranziție între aceste fenomene de conversie somatică histerică și tulburările „psihosomatice“ care afectează musculatura striată a organelor interne: crize de astm bronșic, hipertensiune arterială, colită spastică etc. În universul modern, probabil prin cultivarea tot mai intensă a comunicărilor interpersonale mediate, fenomenele clasice de conversie psihogenă, descrise de la începutul sec. XX, au scăzut foarte mult, crescând, în schimb, în mod semnificativ, psihologia psiho-somatică.

Tot din aria psihopatologiei corelate nevrozei histrionic-histerice fac parte „stările disociative de conștiință“: ele constau dintr-o parțială dedublare a persoanei care, pentru un timp, mai scurt și prelungit, se manifestă într-un alt mod decât în mod firesc. În stările crepusculare avem doar manifestări paroxis-tice, cu durata de câteva ore, cu deplasare dintr-un loc în altul, la un nivel de vigilitate conștiință redus. În formele prelungite, durata acestor stări poate fi de zile sau săptămâni. Corelat cu aceleași situații se discută și fenomenul, mereu reactualizat, al unor cazuri de dublă personalitate, care nu se poate înscrie întru totul în caracteristicile de ansamblu ale manifestărilor hiperexpresiv histrionice.

### 5.9.9. Derealizarea și psihopatologia percepției umane

Derealizarea este, în mod curent, în psihopatologie, cuplată cu depersonalizarea.

În sens restrâns, semiologic, derealizarea constă în sentimentul că realitatea corect percepută, formal și ca semnificație, de către persoana conștiință, este stranie, ciudată, nefirească. Se folosesc diverse metafore ca, de exemplu: „totul se petrece ca într-un vis“, „parcă trăiesc într-o altă lume, pe o altă planetă“,

„ființele din jur se comportă neobișnuit, parcă ar fi nevăzute și manipulate, ca păpușile trase cu sfori, dintr-un spectacol pentru copii“ etc. Astfel de trăiri pot însoți pe cele ale depersonalizării, în care subiectul are impresia că „eu parcă nu mai sunt eu“, „parcă mă transform“. Anxietatea se poate instala încă din această fază. Dar acest nefiresc al trăirii perceptive este doar începutul unei suite de posibile trăiri psihopatologice, care se derulează în aria distorsiunilor cognitive ale percepției. Acestea vizează, în primul rând – la fel ca derealizarea – perturbarea intenționalității conștiinței semnificante, deci, aspectul fenomenologic.

Notă. E necesar un nou excurs privitor la fenomenul și tema percepției. Considerăm că, prin percepție, se poate înțelege receptarea (în urma unui demers activ, intențional) de către individul bio-psihic-uman (în cazul nostru) a informațiilor actuale, structurate ca formă și semnificație și plasate într-un context. În ceea ce privește „contextul“, acesta poate fi înțeles ca: – contextul informațiilor actuale accesibile, în cadrul cărora ceea ce e perceput se detașează ca o figură pe un fond; – luarea în considerare nu doar a „obiectului“ perceput, ci a situației problematice în care acesta e inserat; – situația limită în care, dincolo de perspectivele precedente, se are în vedere „perceperea“ a ceva ce durează și are o semnificație; de exemplu, perceperea unei alte persoane ca fiind ostilă sau admirând subiectul, ca fiind valoroasă sau amenințătoare etc. Receptarea informațiilor „actuale“ – care și ele pot dura un timp – ca structurate din punct de vedere al formei și semnificației, variază, în ipostazele menționate mai sus.

Situația cea mai pregnantă și simplă a „tulburărilor perceptive“ este aceea în care perturbat e aspectul formal. Este cazul iluziilor ce le întâlnim și în normalitate și în psihopatologie. Cazuri speciale sunt cele ale „paraeidoliilor“, „halucinațiilor funcționale“ și, în sfârșit, al halucinațiilor. Halucinațiile constau, în esență, dintr-o percepție care nu are la bază o sursă de informații actuale adecvate (deci, derivă, în primul rând, din memorie și imaginar). Ele pot fi susținute în structura lor de informații actuale vagi și nestructurate (pe diagrama paraeidolie – halucinații funcționale). Capacitatea de rememorare reprezentativă a psihismului uman intervine, desigur, într-o manieră perturbată, distorsionată, pentru a susține acest fenomen. Deși spectaculoase și importante pentru nosologia psihiatrică, halucinațiile reprezintă doar un aspect al patologiei percepției subiectului, domeniu pe care am început a-l comenta prin fenomenul derealizării.

Un alt aspect psihopatologic, care merită atenție, este cel al apercepției. Acum e vorba de o deficiență a structurării comprehensive a câmpului perceptiv. Subiectul recepționează, deci „percepe“, efectiv, toate elementele unei situații

date în care se află, dar nu le poate descifra înțelesul, nu poate înțelege semnificația întregului configurației perceptive. El vede tot ce se întâmplă în jur, recunoaște toate persoanele, receptează corect toate informațiile, dar nu poate înțelege „despre ce e vorba“. Persoana poate asculta cu atenție mesajul verbal al unei alteia, înțelegând fiecare cuvânt în parte și unele conexiuni, dar nepricepând semnificația de ansamblu a mesajului. Apare o anxietate secundară. Tulburarea de tip apercceptiv se articulează cu perturbarea capacității de sinteză a conștiinței ce conduce la dezorganizarea ideo-verbală.

O altă situație psihopatologică importantă este dispoziția delirantă („basale Wahnstimmung“ în germană). Aceasta precede, de obicei, instalarea delirului primar. Acum, lumea îi apare subiectului nu doar ca stranie și bizară – ca în derealizare – ci ca având o legătură misterioasă cu el însuși. Nimic din ceea ce e perceput nu pare a fi întâmplător, totul gravitează în jurul său parcă având semnificații ascunse. Anxietatea se amplifică până la paroxism. Din această stare tensionată, în urma unei percepții sau intuiții (delirante), se cristalizează brusc tematica unui delir, de obicei paranoid (de persecuție). De exemplu, subiectul întâlnește o cunoștință; dintr-o dată, se naște în el întrebarea: ce caută X aici? a venit oare special să mă întâlnească? sau, vede trecând pe stradă o mașină de culoare roșie: „ce înseamnă oare aceasta? ce mi se pregătește? Vede un grup de 3 persoane discutând: „de ce sunt chiar 3?“; trece o mașină ce are un număr de înmatriculare 1343: „ce înseamnă faptul că din nou apare numărul 3?“; întâlnește o femeie îmbrăcată în roșu: „de ce oare culoarea roșie re apare mereu?“ „ce semnificație are oare aceasta?“, „ce se pune la cale?“ etc. În dezvoltarea dispoziției delirante poate apărea presentimentul apariției unei catastrofe ce se însoțește de o anxietate anticipatorie extremă.

Corelațiile dintre maniera distorsionată de percepere a semnificației lumii ambiante resimțite nemijlocit – dar, de obicei, de-a lungul unei anumite perioade de timp – și instalarea delirului, subliniază articularea profundă între fenomenul perceperii semnificațiilor lumii trăite și cel al organizării convingerilor și credințelor privitoare la poziția persoanei în lumea sa umană proprie, în relație cu ceilalți, determinați pozitiv; dar și cu lumea în ansamblu. Fapt ce articulează patologia percepției de cea a convingerilor delirante. În această direcție problematică vom semnala și alte aspecte.

Există situații în care subiectul este în mod deosebit preocupat de felul în care apare în fața altora, în care este receptat, comentat și evaluat de către alții (vorbim acum de situații și nu de aspecte structural-caracteriale, cum ar fi cele ale persoanei paranoide). Unele din aceste situații sunt comprehensibile.

Când cineva a trăit public un eveniment penibil, rușinos, în perioada imediat următoare, mergând pe stradă, poate avea impresia că alții îl privesc în mod deosebit, ca și cum ar cunoaște ce i s-a întâmplat. La fel, când subiectul îmbracă pentru prima dată un costum nou, mai excentric, parcurge zona publică cu o anumită tensiune, atent dacă alții nu se uită în mod special la el. În perspectiva evoluției spre psihopatologie – sau a rupturii psihopatologice endogene – subiectul poate „percepe“ (poate avea sentimentul „perceptiv“) că pe stradă lumea se uită în mod deosebit la el. Mai mult decât atât, poate avea impresia – printr-o distorsionare a datelor și semnificațiilor elementelor perceptivă – că anumite persoane întorc capul, ca să-l privească în mod special; sau că, după ce au trecut pe lângă el, se reunesc pentru a putea discuta despre el, pentru a-l comenta, de obicei negativ, denigrator. Subiectul poate avea impresia că „ceilalți“ își fac semne între ei, privitor la persoana sa, că „sunt înțeleși între ei“, că, imediat ce l-au văzut, se întâlnesc să-l bârfească, că zâmbesc unul către altul cu subînțelesuri care semnifică consensul de batjocorire a sa. Sau, la serviciu, în momentul în care el intră, se lasă o tăcere de mormânt, toți întrerupând convorbirile pe care (probabil sau desigur) le-au purtat până atunci despre el, comentându-l negativ.

„Atmosfera perceptivă“ distorsionată, menționată în situațiile de mai sus, începând cu „derealizarea“, trecând prin „dispoziția delirantă“ și încheindu-se cu „sentimentul de relație senzitivă“, poate fi – și este deseori – marcată de „iluzii“ fondate pe distorsiuni de interpretare a semnificațiilor. Adică, perceperea vagă, insuficient de clară a unor date informative, este preluată și prelucrată de „așteptarea“ distorsionată ce pre-dispune spre o anumită expectanță a sensului mesajelor; iar insuficienta claritate perceptivă este completată prin imaginație, în sensul acestei expectanțe, inducând certitudinea unei semnificații perceptivă, la care subiectul tocmai se aștepta.

Perturbarea psihologiei persoanei, ce se manifestă în prima linie prin distorsiuni dispoziționale – precum depresia și euforia, anxietatea, ostilitatea-iritabilă, indiferența etc. – poate pregăti terenul pentru anumite pre-dispoziții de interpretare a semnificațiilor datelor perceptivă și a informațiilor, în general. O persoană euforică, ce tinde spre manie, e pre-dispusă să interpreteze semnificația datelor perceptivă din evenimentele pe care le trăiește predominant în sensul confirmării „dinspre exterior“ a propriei valori, a justetei proiectelor sale expansive. O alta, cu o poziționare dispozițională depresivă, tinde să interpreteze semnificația datelor perceptivă-evenimentiale ca susținând – confirmând – lipsa sa de valoare, vinovăția sa, boala sa incurabilă. Cineva care este predominant anxios

(nesigur și lipsit de încredere) e predispus să interpreteze semnificația datelor perceptiv-evenimentiale în sensul atitudinii ostile a celorlalți, a lumii, în general, în sensul angrenării sale pe un drum al pierzaniei, al condamnării și anihilării. Dacă această poziționare atitudinală afectivă anxioasă se cuplează cu una tensionat-agresivă (iritabilă și ostilă) față de alții, datele perceptiv-evenimentiale vor argumenta justetea atitudinii de luptă și combativitate. Ultimele două poziționări atitudinale se pot combina, elementul comun fiind neîncrederea, bazată pe nesiguranță; și care iradiază atât în direcția anxietății, cât și în cea a ostilității agresive. Aceasta este starea psihopatologică ce a fost numită în psihopatologie ca „paranoidie“.

#### 5.9.10. Sentimentul „punerii sub supraveghere“ și cel de „transparentă-influență“

Perturbările și distorsionările perceptiv-amintite susțin o raportare particulară a subiectului la lumea sa corelativă, mai ales în ceea ce privește „lumea umană“, „ceilalți“. Pe această cale se iese treptat din firescul existenței, spre modalități anormale, patologice, care exprimă discontinuitatea cu existența biografică firească. Una din căi constă din sentimentul (impresia, convingerea) subiectului că este pus sub o supraveghere continuă. O astfel de trăire poate fi, până la un punct, normală sau adecvată contextului. În religia iudeo-creștină a fost cultivată ideea ochiului atotvăzător al lui Dumnezeu, de care nu te poți ascunde (fapt ce susține, între altele, și posibilitatea sentimentului de culpă și interioritate psihică intimă). Apoi, faptul ca, cineva să fie pus sub supraveghere și urmărit de organe abilitate publice (poliție, serviciile secrete) sau de alte persoane (spioni, rău voitori) este un fapt posibil în anumite împrejurări sociale. În regimurile totalitare și în anumite situații se practică interceptarea telefonică, înregistrarea convorbirilor, filajul unor persoane suspecte. Toate aceste aspecte pot cădea sub un regim existențial special, atunci când intrăm în zona psihozelor endogene. Faptul de a fi pus „sub supraveghere“ devine, în situații psihopatologice, o trăire constantă și prevalentă, nejustificată prin nimic, care acoperă majoritatea preocupărilor subiectului. Acesta se simte nu doar privit pe stradă de către toată lumea în mod deosebit, ci, uneori și urmărit; iar urmărirea e realizată de grupe întregi de persoane, uneori deghizate, care preiau unul de la altul sarcini, se transferă în mașini, îl fotografiază și filmează cu camera de luat vederi, îi înregistrează orice mișcare, din avion, satelit etc. O altă formă a supravegherii,

trăită patologic, constă în sentimentul că este mereu înregistrat cu microfoane plasate în diverse locuri, dar mai ales în casă, cu violarea spațiului intim, care-l constituie propria locuință. În același timp, subiectul e convins că i se ascultă convorbirile telefonice, că, în lipsa sa de acasă, „alții“ îi cercetează apartamentul, umblă în dulapuri, sertare, hârtiile personale. Toate aceste trăiri pot fi întreținute de iluzii sau percepții deformate, tocmai de așteptările sale cognitive distorsionate. Punerea sub supraveghere și violarea intimității pot fi resimțite și sub forma „iluziei Sosia“: subiectul are impresia că o altă persoană, străină, a preluat identitatea unei persoane apropiate – de exemplu, s-a substituit soției – pentru a fi în permanență în apropierea sa și a-l spiona; sau, „iluzia Fregoli“ care constă în sentimentul că o anumită persoană ostilă, ia diverse înfățișări, tocmai pentru a fi în preajma subiectului, a ști totul despre el și a pregăti terenul unei acțiuni exterioare, negative.

Un pas și mai accentuat în această direcție psihopatologică îl constituie sentimentul de transparență-influență.

Domeniul de psihopatologie, ce este acum comentat, afectează structurarea spațial-antropologică între zona intimă și cea publică a psihismului persoanei<sup>51</sup>. În mod firesc, aceasta este organizată prin praguri succesive, în interiorul subiectivității conștiente, a polarizării între o zonă a intimității și secretului personal, a emergenței spontane a deciziilor și a cunoașterii de sine autentice. Iar pe de altă parte, o zonă a manifestărilor în raport cu persoane aflate la diverse distanțe psihologice: – apropiate (familiale); – cunoscute dar nefamiliale; acceptate prin condiția oficială de statut și rol social; – îndepărtate și indiferente. În mod firesc, normal, subiectul resimte, ca definitoriu pentru existența sa conștientă, faptul de a avea controlul situațiilor ce reglementează aceste relații aflate la diverse distanțe psihice interioare, fie că e vorba de apropierea față de zona intimității, fie că e vorba de deciziile pe care subiectul le ia în numele său personal, angajându-l ca autenticitate și responsabilitate.

Notă: De obicei, subiectul resimte faptul că, în cele mai multe împrejurări, decide singur; dar, oricine poate recunoaște faptul că, în diverse condiții, acceptă deciziile – sugestiile, recomandările, poruncile, rugămințile – ce vin din partea altora; și pe care, nerefuzându-le, nu-și alienează instanța propriei decizii intime. Psihopatologia începe din momentul în care sentimentul acestei libertăți de decizie este perturbat, subiectul simțindu-se ca o marionetă, la liberul plac al deciziilor altora.

---

<sup>51</sup>A se vedea paragraful 5.2.3.

Modificări ale distanțelor psihice menționate, cu intruziunea altora în intimitatea subiectului, avem și în situațiile extreme ale normalității, așa cum ar fi: – smulgerea secretelor personale prin tortură și șantaj; – supravegherea și spionajul vieții personale; – controlul deciziilor subiectului prin dominare, poruncă imperativă, sugestie, în stare de transă.

În psihopatologie, întâlnim ceea ce poate fi numit sindromul sau fenomenul de transparentă-influență. Subiectul are impresia, sau e convins, că alții îi cunosc gândurile, sentimentele și intențiile cele mai intime; lui i se pare că acestea devin publice – deci cunoscute nu doar de un anume altul, ci de alții, în general, de oricine – prin difuzarea gândirii, sonorizarea gândirii etc. Dar, persoana poate resimți și că este victima unei acțiuni active din partea „altora” – mai mult sau mai puțin impersonali – de „extragere” a gândurilor, de „furt” al gândirii, de supraveghere și monitorizare a gândirii, de impunere a gândurilor din exterior. Uneori, situația e mai subtilă și subiectul resimte, „în mintea sa”, cum altul îi vorbește, de obicei, îi ordonă (dar nu din exterior, ca într-o percepție halucinatorie). Problema dialogului interior, firesc oricărui subiect conștient, pare a scăpa de sub control. Oricum, în cadrul sentimentului de „influență xenopatică”, subiectul are impresia că alții – definiți sau nu, cu mijloace precise sau vagi – îi controlează și dirijează afectivitatea, senzațiile corporale, acțiunile. Astfel încât, el se simte ca un automat, dirijat din exterior.

Atât sentimentul punerii sub supraveghere, cât și cel de transparentă-influență ne plasează în marginea delirului; sau chiar, cu un pas în plus în interiorul acestuia. Perturbările perceptivе descrise în ultimele două paragrafe, fie ele formale sau de semnificație, realizează aceeași poziționare, se plasează pe același drum. Aceste trăiri, care, în cele din urmă, ajung să fie solidare cu delirul, deși se derulează, în primul rând, în interioritatea subiectivității conștiente, au un important impact asupra comportamentului efectiv, cu scop și sens a subiectului. Intenționalitatea fenomenologică și cea de tip cognitivist se articulează și la acest nivel. Iar elementul esențial de legătură este delirul.

## 5.10. Delirul

Delirul, în sens restrâns, constă în convingerea fermă (absolută, de nezdruncinat), cu valoarea evidenței și credinței, subiectului într-o temă (teză) neadevărată, de obicei bizară, absurdă sau imposibilă, în context; și care nu poate

fi modificată prin argumente (183). Tema delirantă are un aspect discursiv, și poate fi formulată ca atare: „sunt urmărit, pentru că am fost ales șeful mafiei și sunt periculos pentru alții“. În formă completă, tematica delirantă cuprinde elementele unei tetrade relaționale:

- Părerea subiectului despre sine;
- Părerea subiectului despre altul – alții;
- Părerea subiectului privitor la punctul de vedere al altuia (altora) în raport cu sine;
- Părerea subiectului față de lumea înconjurătoare și asupra a ceea ce urmează să facă.

Frecvent, subiectul conștientizează sau afirmă doar unele din aceste aspecte, ce trec în prim plan. Dar, merită să fie subliniată similaritatea cu elementele „tetradei cognitive“ ce stau și la baza tulburărilor de personalitate și a vulnerabilizării persoanei, pentru diverse suferințe psihice.

Convingerea delirantă este expresia unui proces la care se ajunge pe diverse căi. O primă etapă constă dintr-o poziționare atitudinală (afectivă) a subiectului, ne-tematică, dar care conține în germene elementele tetradei relaționale amintite. Astfel, este trăirea depresivă, maniacală, anxios-fobică și ostilă, în anumite aspecte ale sale. De la depresie și manie se poate ajunge destul de direct la delir, deoarece poziționările atitudinale sunt ele însele pre-tematice. De exemplu, depresivul nedelirant, are deja o părere proastă despre sine, că alții sunt mai capabili decât el, că merită să-l disprețuiască, că lumea nu are sens și că el trebuie să se retragă întru nimicnicie. Maniacalul are o părere bună despre sine: se simte energic și foarte capabil, părerea despre alții e condescendentă, așteaptă de la ei admirație și e gata să acționeze în permanență hiperperformant în lume (de obicei, perturbând-o). În măsura în care aceste trăiri trec în prim plan și sunt tematizate, putem vorbi de un delir congruent. În ambele cazuri, intervine, și în cursul procesului de constituire a delirului, un moment de depersonalizare, de aplatizare a eu-lui, cu anularea a ceea ce psihopatologii, de orientare fenomenologică, au numit „eul empiric“, pentru a se ajunge la limitele eu-lui conștient, comparate cu „eul transcendent“ a lui Huserl. Acesta este deseori mascat, dar stă la baza nesiguranței și a negării de sine a depresivului și a sentimentului modificării identității (= transformarea în alte persoane sau invocarea unor descendenți iluștri) în cazul maniei. Cea mai importantă și frecventă temă delirantă din zilele noastre este însă cea paranoidă, de atitudine ostilă pe care alții o au în raport cu sine, a cărei organizare progresivă sau trepte constitutive au fost menționate în paragrafele anterioare. Tematica paranoidă se poate dife-

renția. Astfel, putem întâlni convingerea că ceilalți au o atitudine disprețuitoare, de devalorizare, batjocorire; sau convingerea că aceștia încearcă să-i producă un prejudiciu, că vor să-l maltrateze, să-l chinuie, să-l suprime, să-l omoare.

Delirul, înțeles în sens lărgit, antropologic, este poate fenomenul nuclear al psihopatologiei. El reprezintă, în cele din urmă, o reducere, o ratatinare până la caricatură atât a identității persoanei, a eului, a subiectului conștient, cât și a concepției sale, structurată asupra lumii, orientată de anumite linii de forță (a „Weltanschang-ului“ său). Cu alte cuvinte, e distorsionată resimțirea propriei poziții în lume, în cosmos, în cosmosul uman pe care eul îl centreează și în care subiectul „ek-sistă“. Ceea ce caracterizează în mod esențial delirul nu este neadevărul sau aberația sa tematică, ci reducerea libertății (interioare) de opțiune, a posibilității de a fi deschis spre variante ale lumii cunoscute și imaginate, spre lumile posibile, care, prin sumare și sinteză, asigură concepția privitor la propria prezență în lume, alături și împreună cu cea a celorlalți, în cadrul lumii comunitare (a lui „Koinos logos“ în formularea lui Heraclit). În cazul delirului, este intens perturbat, adică deficitar, atât polul subiectului, cât și cel al lumii sale corelative – structurate prin opinii, convingeri, credințe – și care poate fi „tematizat“, dar și inclus în „lumea comunitară“ și în „lume în genere“. Subiectul depersonalizat și neliber este absorbit de tematica sa delirantă – ca visătorul de către vis, ca să folosim o comparație a lui H. Ey – astfel încât, existența sa propriu-zisă de persoană conștientă este temporară sau definitiv anulată. Pentru el, lumea rămâne doar lumea delirantă în care crede, cu care face un cuplu, detașat din autentică existență în lume a ființei umane. El devine un „alienat mintal“. Și acționează în conformitate cu aceste convingeri delirante. Intenționalitatea conștiinței – semnificantă – în sens receptiv și atributiv – se conjugă cu proiectele de acțiune și cu actele comportamentale ce au la bază aceste convingeri. Astfel încât, se realizează o conjuncție și o sinteză între intenționalitate înțeleasă în sens fenomenologic și cognitivist.

## 5.11. Dezorganizarea (disociația) persoanei în plan ideo-verbal și motivațional-comportamental

Subiectul este ancorat în lume prin trăirea unui prezent în cadrul căruia rezolvă situații problematice. Acestea pot fi predominant practice sau teoretice, rezolvabile prin acțiuni motorii sau prin limbajul noțional, cele două aspecte

intricându-se de obicei. Desigur, există o „gândire“, un fel de raționament pragmatic, și la animalele ce nu posedă un limbaj discursiv-critic (noțional), pe care persoana umană o moștenește, o dată cu fondul său biologic. În mod obișnuit și firesc însă, rezolvarea unei probleme presupune: perceperea corectă și înțelegerea situației problematice, evaluarea resurselor proprii (și a celor accesibile), precum și a direcției evolutive a situației respective;<sup>52</sup> imaginarea unor proiecte, în vederea obținerii unui rezultat (scop-sens); implementarea acestor programe prin acțiuni (motorii-fizice și lingvistice) semnificante, care sunt raportate, prin informații inverse, la strategia preconizată; evaluarea și sancționarea rezultatului final al acțiunii. În funcție de tipul și amploarea acțiunii, toți parametrii menționați mai sus pot să varieze. Ceea ce îi leagă împreună este sinteza actuală, centrată de obiectiv (sens), identitatea cu sine a persoanei, mereu reactualizată în orice demers intențional delimitat. Una din caracteristicile fundamentale ale conștiinței (eului) este capacitatea sa de sinteză (ce a fost adânc comentată de Kant în „Critica rațiunii pure“). Sinteza realizată de eu include continuu toate elementele proiectului în curs de realizare și se împlinește o dată cu finalizarea acțiunii. Laxitatea acestei sinteze conduce la stări anormale sau psihopatologice. Indecizia inițială, marea dificultate de a se hotărâ, faptul de a avea în același timp atitudini divergente, de a începe și părăsi acțiuni în sens opus etc., au fost reunite de Bleuler, sub eticheta de ambivalență (aceasta se referă și la faptul de a iubi și urâ în același timp, aceeași persoană, la a avea concomitent gânduri contradictorii etc). De asemenea, se consideră patologică o manifestare sau o acțiune (motorie și/sau lingvistică), insuficient sau deloc, motivată și/sau argumentată (într-o manieră incomprehensibilă). De exemplu, râsul fără motiv sau într-o situație tristă; lovirea gravă a unui copil, fără justificare; sau cu argumentația că subiectul a avut impresia că acesta vorbește prea tare. În aceste cazuri se vorbește de dezorganizare (disociație, „Spaltung“) motivațional-comportamentală. Deficitul de sinteză se poate constata și în vorbire, dar mai ales în scris. În mod firesc, atunci când ne exprimăm prin limbaj, susținem un discurs (de diverse amplitudini) sau redactăm un text. Toate acestea trebuie să aibă o coerență interioară care să le permită inserția în context și să exprime ceva semnificant (cu sens pentru ceilalți). Există și în normalitate grade variate de laxitate a unei astfel de coerențe, ce se manifestă în stiluri de vorbire

---

<sup>52</sup>A se vedea paragraful 5.2.3.

și exprimare mai particulare, greoaie, încâlcite, eliptice, insuficient de articulate între ele și în raport cu contextul. În starea patologică ce o comentăm acum, întâlnim o gravă dezorganizare a sintezei acțiunii și exprimării și o rupere evidentă a sa de context. Textul discursului este acum eliptic sau supraelaborat, cu repetiția inutilă a unor expresii sau imagini (stereotipii), formule de politețe și de introducere inutile (manierism), cu blocări și reluări nejustificate ale gândirii-vorbirii, în alte direcții. Pot interveni grave distorsiuni gramaticale și logice, alunecări semantice, înlocuirea sau asocierea cuvintelor prin asonanță, inventarea de cuvinte, expresii, semne sau cuvinte noi (neologisme). Toate acestea marchează dezorganizarea ideo-verbală, la baza căreia stă deficiența de sinteză și coerență a semnificației discursului comunicant. Și, în sens mai general, deficiența de sinteză și semnificație a derulării actului proiectat, prin care subiectul încearcă să rezolve eficient și semnificant o situație problematică. Dezorganizarea și deficiența „sintezei“ persoanei conștiente poate progresa de la nivelul situațional (al acțiunii și comunicării), spre modalități mai ample ale temporalității trăite, în sensul duratei, identității și structurii persoanei. În cele din urmă, așa cum poate fi dezorganizată manifestarea subiectului într-o situație determinată, poate fi prezentă dezorganizarea – adică insuficiența – deficiența de articulare a sa într-un sistem coerent, la un nivel global, în perspectiva continuității biografico-structurale a persoanei.

La acest nivel, merită menționat că reala creativitate artistică, în mod obișnuit tensionează formele șablon de expresie, semnificare și comportament. Dar, creația autentică în general – nu doar cea artistică – reprezintă un mesaj real ce difuzează cu sens în comunitatea culturală; fapt ce contrastează cu eșuarea de comunicare a discursului dezorganizant. Dezorganizarea ideo-verbală și motivațional-comportamentală semnificantă se plasează, deci, în zona eșuării tentației de creativitate, ca un opus simetric al acesteia, în direcția decăderii și alterării comunicării.

Spre deosebire de convingerea delirantă, care în forma sa nucleară se coagulează într-o trăire tematică ce poate fi formulată discursiv în cazul dezorganizării ideo-verbale, nucleare problematica „tematicului“ dispare, tema nemai-putându-se organiza. Ea poate să se infiltreze în plan secund, prin semnificațiile „semantemelor“ sau a fragmentelor de discurs care sunt manifestate de către subiectul care, în starea sa de dezorganizare mintală, este concomitent și delirant. În delir întâlnim o anumită poziționare „thetică“ ce stă în spatele organizării convingerii tematice aberante. În cazul dezorganizării ideo-verbale și

comportamentale propriu-zise, această poziționare lipsește. De fapt, în locul ei e prezentă indiferența majoră, conjugată cu o tulburare aperceptivă. Această indiferență este acum expresia anulării „eului empiric“, în sensul în care acesta se află în deficiență în întreg grupajul psihozelor endogene, cu tendința de a se evidenția în modalitatea sa „eul transcendentă“ (pentru această înțelegere fenomenologică a psihozelor, a se vedea Tatossian (93). Acum, situația e chiar mai gravă decât în cazul tulburărilor psihotice de tipul maniei, depresiei majore, delirului halucinator. Deoarece, în această situație, chiar conturul ultim al „eului transcendentă“ pare a fi depășit. De aceea, în studiul său clasic asupra schizofreniei hebefrene (dezorganizante), Blankenburg (187) susținea că, în aceste cazuri, în care se pierde „sentimentul evidenței“ naturale a lumii, mai persistă doar fundalul pe care se sprijină eul conștient, adică corporalitatea (desigur, înțeleasă în sensul ei antropologic). O manifestare psihopatologică, în această direcție, este cea a perturbării „apercepției“. Reamintim că prin „apercepție“ se înțelege structurarea semnificației unui ansamblu perceput, resimțirea adecvată a situației și înțelegerea legăturii dintre datele perceptive, astfel încât, acestea să formeze un tot coerent și cu semnificație. Ideea a fost dezvoltată de școlile din Bonn (188) și din Frankfurt (189) care au elaborat și instrumente de evaluare a „coerenței“ înțelesului, discursului și acțiunii.

De fapt, indiferența apato-abulică reprezintă tot o invazie a nimicului în interiorul ființei umane; la fel ca – într-o altă modalitate – în trăirea anxietății. În comentariul său celebru, privitor la tema „Ce este metafizica“, Heidegger (167) indica ambele aceste zone ca fiind cele ale interferenței dintre ființă și neființă. Angoasa, pe de o parte, plictisul cumplit al golului trăit subiectiv, pe de altă parte. În acest sens a pledat și Kirkegaard, (165) pentru care plictisul și angoasa sunt situații limită ale ființării, ce alunecă spre neființă. Mai pot fi trecuți în revistă și alți autori, între care și unii psihopatologi, de exemplu, Minkowski (182). (Școala psihoterapeutică din Viena – Frankl-Langle – comentează problematica „lipsei de sens“ înțeles ca și „vid psihic interior“, dar într-un plan intramundan, în planul „eului empiric“). Ceea ce credem că e important este sublinierea faptului că, la nivelul limită al existenței specific umane, la limita „egoului transcendentă“ în sensul lui Husserl, întâlnim două situații în care existența și nimicul interferează: anxietatea și indiferența apato-abulică. Motiv în plus pentru a considera că „experimentul natural“ al tulburării psihice este exemplar pentru evidențierea infrastructurii persoanei umane conștiente, într-un sens antropologic profund, fundamental chiar.

Omul, înțeles în specificul său uman, deci ca persoană conștientă, poate aluneca spre neființă, spre nimicnicirea existenței sale, fapt ce echivalează cu moartea, în alte modalități însă decât moare un individ biologic. O modalitate într-un fel comună ambelor ființări – umană și biologică – este degradarea intelectuală din demența organică, ce are la bază moartea neuronilor din creier și deteriorarea, pe această cale, a psihismului în genere. Subiectul conștient se poate raporta la neființa morții, însă, și în modalitățile pe care le evidențiază căderea în anxietate, negarea depresivă sau pustiirea afectiv-tranzitivă ce stă în spatele dezorganizării ideo-verbale. Există, deci, multe feluri de a muri. Iar această moarte psihică, specific umană, ce a fost menționată mai sus, se infiltrează pe întortocheate căi, în viața de zi cu zi a oamenilor.

Merită să fim atenți, să fim capabili de a o pricepe și descoperi; și, dacă e posibil, să oprim evoluția ei, să promovăm bogăția existenței bune, frumoase și adevărate.

## 5. Bibliografie, note, comentarii

5.1. Capitolul 5, între 5.1. și 5.7., intenționează o prezentare a elementelor structurale fundamentale ale persoanei umane conștiente, constituite într-o structură (schemă, tablou) de referință, pentru o analiză antropologico-fenomenologică a psihopatologiei, a cărei schiță va fi prezentată începând cu paragraful 5.9. Textul reia, într-o manieră mai sistematică și explicită, ceea ce era sugerat într-o lucrare a autorului, apărută în 1989.

139. Lăzărescu, M., (1989), *Introducere în psihopatologia antropologică*, Ed. Facla, Timișoara.

În lucrarea menționată mai sus, metodologia era alta: se pornea de la principalele fenomene psihopatologice bazale (considerate din principiu ca limitate) și se încerca să se descifreze infrastructura portantă a conștiinței, ce le-ar putea clarifica, considerată și ea ca organizată în jurul unor elemente limitate; prin decizie metodică era exclusă recurgerea (trimiterea) la explicații (condiționări sau fundamentări) biologice. În prezent, procedăm în altă manieră, pornind de la o expunere sistematică a elementelor considerate ca și constituind, în ansamblul lor, liniile de forță ce structurează și susțin persoana conștientă. Expunerea fenomenelor psihopatologice e făcută ulterior. (Excludere metodică, în sensul unui experiment mintal, a bazelor biologice ale persoanei e practică și acum, dar cu evidență intenție de provizorat și de reîntoarcere la conjuncția reală dintre individualul antropului și cel al biosului). Dacă în lucrarea menționată mai sus exista o tentativă a deducerii acestor elemente cheie – și a articulării lor – din însuși faptul fenomenelor psihopatologice fundamentale, acest demers nu mai e repetat în prezentul capitol; deși, credem în continuare că el este posibil. În cele din urmă, procedeul sesizării și selectării elementelor infrastructurale constitutive ale individualului umanului se vrca a fi unul fenomenologic, în sensul în care îl practică Heidegger în „*Sein und Zeit*“ (a se vedea 129 bibl.), dar fără amploarea și pretențiile respectivului demers.

Dintre termenii comentați în paragraful 5.1. cel de persoană nu poate beneficia, la nivelul intențiilor lucrării de față, de nici o bibliografie, dară fiind amploarea comentariilor psiho-sociologice, antropologice, teologice și filosofice privitoare la acest concept. Același lucru se poate afirma și despre termenii de conștiință și subiectivitate. Doar că, orientarea predominant fenomenologică a capitolului nu poate ignora opera lui Husserl, mereu citată, din care amintim câteva titluri, ce au avut impact asupra psihopatologilor fenomenologi.

140. a) Husserl, E., (1950), *Idées directrices pour une phénoménologie*, Ed. Gallimard, Paris.

b) Husserl, E., (1994), *Filozofia ca știință riguroasă*, Ed. Paideia, București.

c) Husserl, E., (1994), *Meditații cartesiene*, Ed. Humanitas, București.

d) Husserl, E., (1976), *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendentale*, Ed. Gallimard, Paris.

e) Husserl, E., (1970), *Experience et jugement*, P.U.F., Paris.

În a) este deja anunțată posibilitatea unei psihologii fenomenologice care să fie paralelă filosofiei, idee ce se menține și în d) și care a stimulat pe psihopatologii europeni. În c) și d) este dezvoltată ideea „intersubiectivității transcendente” care, într-un fel, vine în întâmpinarea ideii lui Popper despre lumea a 3-a (privitoare la universul discursurilor științifice adevărate pentru mai mulți). Odată menționat Husserl, nu poate fi ignorată o carte a lui Heidegger – care i-a fost, de fapt, elev și l-a urmat la catedră – lucrare celebră și pentru filosofie și care a atras – prin perspectiva sa globală asupra ființării și ființei umane, dar și prin unele aspecte speciale ale sale – mai mulți psihopatologi, începând cu Binswanger (care a și scris, în tinerețe, un articol despre influența „esențială” a respectivei cărți, pentru înțelegerea psihopatologiei). E vorba de:

141. a) Heidegger, M., (1976), *Sein und Zeit*, Ed. Max Niemeyer, Tübingen.

b) Heidegger, M., (1994), *Ființă și timp*, Ed. Jurnalul Național, Cluj (traducere parțială).

Trimiterile la Husserl și la Heidegger au fost făcute deoarece o serie de mari psihopatologi ai sec. XX s-au impregnat de o viziune asupra omului (ca individ) derivată din – și corelată cu operele acestor filosofi. Subliniem deci, faptul că, toate dezvoltările din lucrarea de față nu au legătură directă cu destinul „filosofic” al acestor autori și al operei lor în ansamblu. Totuși, articulațiile între meditația speculativ-critică a filosofiei (asupra științei, devenirii, fundamentelor adevărului etc.) și felul în care psihopatologii s-au văzut „obligați” să abordeze ființa (ek-sistența persoanei umane, înțeleasă în fundamentele ei) a rămas o constantă de-a lungul veacului XX. Din opera citată, a lui Heidegger, ideea cea mai fecundă pentru psihopatologie a fost existența unei structuri de elemente fundamentale, ultime, ce caracterizează „Dasein”-ul (=persoana umană) și pe care autorul le numește „existențiali”.

5.2. Problema menționată mai sus poate fi exemplificată prin destinul noțiunii de „eu” (înțeles ca eu „eu-conștient”, având o identitate determinată și centrând o persoană umană dată). Problema apare în prima lucrare remarcabilă a psihopatologiei, în „Allgemeine Psychopathologie” a lui Jaspers, care, de la prima sa ediție (1911) și până la ultima, revăzută de autor (1947), ridică în permanență, ca o temă centrală a psihopatologiei, conceptul de „Ich-Bewusstsein” (=eu conștient și, în același timp, „conștiință a eului”). Această temă a străbătut întreaga psihopatologie clasică germană, fie că era sau nu corelată cu metodologia fenomenologică sau cu concepția existențialistă asupra omului. Jaspers, care a părăsit psihiatria și psihopatologia pentru filosofie, s-a folosit din plin de acest concept în lucrările sale filosofice, inclusiv în cartea sa, în 3 volume, intitulată chiar „Philosophie”. A se vedea:

142. Jaspers, K., (1986), *Texte filosofice*, Ed. Politică, București.

Psihopatologii din întreaga lume, apropiați sau nu de fenomenologie și existențialism, s-au văzut obligați să abordeze problematica „eului conștient” (Ich-Bewusstsein), definit prin identitatea sa. O bună sinteză a dezvoltărilor psihopatologice ce s-au inspirat din aceste doctrine, dar au evoluat spre o psihopatologie mai mult sau mai puțin pragmatică, o întâlnim în Scharfetter (29.b.), care abordează problema, în primul rând, din perspectiva conștiinței (susținută de eul identic cu sine). Autorul menționat și-a adus o contribuție

deosebită la realizarea unui sistem extrem de pragmatic (utilizabil și pe calculator) a unei foi de observație psihiatrică standardizată. E vorba de AMDP (35). După perioada sintetizată în lucrarea mai sus menționată, problema „Ich-Bewusstsein“ nu a încetat până în prezent să frământeze preocuparea psihopatologilor fenomenologico-existențialiști și a clinicienilor. Reamintim că și psihanaliza a evoluat, după moartea lui Freud, în direcția unor centrări asupra eului; care, în unele cazuri a stat la baza dezvoltării unei psihopatologii interpersonale. Toate aceste direcții și orientări psihopatologice (și psihoterapeutice) nu constituie obiectul comentariilor din lucrarea de față.

Subiectivitatea își are, de asemenea, o ancorare temeinică în filosofia husserliană și în existențialism, în sensul în care aceste orientări (metodologii, doctrine) filosofice s-au articulat cu studiile psihopatologice. Ea revine în actualitate o dată cu ascensiunea actuală a orientării cognitiviste care însă, prin contrast cu tradiția gândirii europene, are prea puține cuvinte de spus despre subiectivitate.

În textul capitolului, identitatea eului conștient este considerată ca solidară cu spațio-temporalitatea sa. Problema „temporalității trăite de subiect“ a suscitat destul de mult interesul psihopatologilor. Aceasta se poate datora și faptului că filosofia ce i-a inspirat pe psihopatologi a pus accentul pe timp, pe temporalitatea (trăită, a ființei umane) considerată ca un element privilegiat. E vorba de Bergson, Heidegger și chiar Husserl, cel din ultima perioadă a gândirii sale. În această atmosferă, în prima jumătate a sec. XX apar lucrări de psihopatologie ce acordă importanță deosebită timpului. Menționăm:

143. Straus, E., (1935), *Von Sinn der Sinne*, Ed. Springer, Berlin.

144. Minkowski, E., (1933), *Le temps vécu. Etudes phénoménologiques et psychopathologiques*, Ed. Delachoux et Niestlé, Neuchâtel. Lucrarea este inspirată din filosofia lui Bergson și pune accentul pe durata trăită ce susține identitatea.

145. Gebattel, V. E., (1954), *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*, Ed. Springer, Berlin. Lucrarea insistă asupra problemei devenirii în timp a persoanei; ea va mai fi citată în alte paragrafe.

– Binswanger a comentat, așa cum s-a menționat, importanța cărții lui Heidegger, *Sein und Zeit*, pentru psihopatologie. Dar el nu a preluat ansamblul structurii „existențialilor“ a *Dasein*-ului (echivalat cu persoana umană) pe care-i comentează autorul, ci doar câțiva, punând accentul pe caracteristica (existențialul) de a-fi-în-lume (in der Welt sein). Într-un sens, fiecare om are lumea sa proprie („idion cosmos“), după formularea lui Heraclit, pe care Binswanger o comentează într-un amplu articol, dar care se articulează cu lumea comunitară („koinon kosmos“ la Heraclit). Un alt „existențial“ reluat și dezvoltat a fost cel de ek-sistență; ființa (*Dasein*-ul persoanei) nu e „dată“, ci se construiește prin proiect, adică prin pro-ject, prin faptul că prin imaginar, subiectul se pro-jectează pe sine, se „aruncă“ în viitor, înaintând în direcția proiectată. Psihopatologul elvețian a transpus această idee la lumea proprie a persoanei, în sensul că fiecare om are un proiect-al-lumii („Weltentwurf“) care-l dinamizează și susține derularea existenței sale ce se constituie ca o „biografie interioară“. Apare astfel tema temporalității care nu stă însă, ca la Heidegger, sub

semnul finitudinii, a existenței întru moarte și a destinului, ci în faptul că ceea ce numim noi bolnav psihic este, de fapt, o variantă de „a-fi-altfel-în-lume“, dezvoltând alte proiecte decât persoanele inserate în lumea comunitară. În ultima perioadă a vieții, Binswanger a revenit la Husserl, așa cum s-a afirmat el în ultimele lucrări (mai ales în *Meditații Cartesiene*), unde dezvoltă, de asemenea, tema temporalității – egoului transcendent – prin fenomenele de retenție și protenție. Din această perioadă datează studiile asupra delirului, maniei și melancoliei. În toată opera sa însă, Binswanger nu comentează liniile paralele de temporalitate ce se desfășoară între a fi în situație și durată profundă, așa cum se face în prezenta lucrare.

Preocupările privitoare la tulburarea temporalității în psihopatologie se mențin. De exemplu:

146. Bühler, E., (1986), *Zeitlichkeit als psychologisches Prinzip*, Janus Press, Köln, lucrare din care menționăm:

Problema spațialității fenomenologico-antropologică proprie persoanei a fost comentată de psihopatologi, de asemenea, prin trimiteri la unii filosofi, între care, desigur, Heidegger și Husserl, dar și alții. În *Sein und Zeit*, spațialitatea nu e abordată într-o manieră specifică persoanei, ci într-una mai general umană (a distanțelor de parcurs în acțiune și informație). Husserl, a cărui gândire s-a dezvoltat inițial predominant solipsist, elaborează, în operele târzii, ideea „lumii intersubiectivității“ (transcedentale). Nici una din aceste viziuni nu vorbește despre apropierea și depărtările sufletești dintre oameni. În elaborarea de față, „spațialitatea antropologică“ este privită, în primă instanță, din perspectiva apropiierilor și depărtărilor sufletești dintre subiecții (persoanele) conștienți. De aceea, există o interferență și o tranziție greu de delimitat între acest paragraf (5.2.3.) și următorul (5.3) privitor la relațiile subiectului conștient cu celălalt, ceilalți; principalele trimiteri bibliografice (de orientare fenomenologică) sunt comune. Pentru început, menționăm o lucrare clasică – dar credem și fundamentală – în acest domeniu al distanțelor sufletești și a posibilei lor suprimări prin contopirea intersubiectivă ce nu anulează identitatea persoanei. Este vorba de:

147. Blankenburgh, W., Ed., (1989), *Biographie und Krankheit*, G. Thieme, Stuttgart.

148. Scheller, M., (1950), *Nature et forme de la sympathie*, Ed. Payot, Paris.

Lucrarea e importantă, mai ales pentru înțelegerea apropierii și interpătrunderii sufletești ce se petrece în dragoste, cu păstrarea rangului valoric al persoanei. O altă perspectivă interesantă este cea care atrage atenția asupra existenței împreună cu altul, alții, în cadrul unei comunități ce nu anulează personalitatea (ca în psihologia masei), ci instituie un fel de „noi“-tate („*wirheit*“ în germană). Tema e tratată în:

149. Binswanger, L., (1953), *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*, Ed. Niehans, Zürich.

Binswanger analizează pertinent faptul că „existențialul“ „*Mitsein*“ (=a fi cu cineva), pe care-l introduce Heidegger în „*Sein und Zeit*“, nu subliniază ideea comunității și interpătrunderii afective din dragoste și prietenie, cu atât mai mult cu cât filosoful german îl asociază cu „grija“ (față de altul). Dar nici Binswanger nu dezvoltă tema lui „*wirheit*“ (deci a comunității, a „noi“-tății), într-un sens mai larg decât cel al relațiilor interpersonale.

Faptul că distanțele psihologice interpersonale au o replică în interioritatea structurii conștiinței a fost sesizată și comentată pregnant în:

150. Nuttin, J., (1965), *La structure de la personnalité*, Ed. P.U.F., Paris.

Paragraful ce se referă la relațiile subiectului cu ceilalți este corelat strâns cu precedentul. Desigur, pot fi aduse în discuție multiple direcții de studiu psihologice, privitoare la psihologia interpersonală și cea socială, privitor la interacțiunile în grupuri mici, sau manifestările persoanei în societate. Pe lângă cele menționate mai sus, ne limităm să semnalăm cercetările psihologiei privitoare la cogniția socială, așa cum se manifestă la adult – a se vedea Bandura (105) – cât și în cadrul psihopatologiei developmentale – a se vedea Baron-Cohen (116).

Tema cogniției sociale este interesant dezvoltată într-o lucrare de etică.

151. Bauman, Z., (2000), *Etica postmodernistă*, Ed. Amarcord, Timișoara.

În ceea ce privește raportarea etică, ne limităm la concepția lui Levinas:

152. Levinas, E., (1999), *Totalitate și infinit*, Ed. Polirom, Iași.

5.4. Privitor la cunoașterea lumii, reținem formula cognitivistă, expusă de Bolton și Hill (101), în legătură cu asimilarea acesteia cu o „teorie științifică“, precum și la construcția și întreținerea ei prin logos, prin „jocuri de limbaj“ în sensul lui Wittgenstein, autor ce s-a preocupat și de problema formării certitudinilor:

153. Wittgenstein, L., (1976), *De la certitudine*, Ed. Gallimard, Paris.

Totuși, în ceea ce privește evidența, certitudinea, convingerea și credința, abordarea acestei teme poate fi analizată doar până la un punct, dincolo de care ea poate fi doar constatată, la fel ca și dragostea. De aceea, evidența (certitudinea) o enumerăm printre elementele constitutive ultime ale infrastructurii persoanei umane conștiente.

5.5. În ceea ce privește intenționalitatea, trimitem, desigur, la cele două mari doctrine ce o consideră ca o temă centrală: fenomenologia lui Husserl (140) și cognitivismul (114). În legătură cu acțiunea și comunicarea, nu ne permitem nici un comentariu bibliografic.

5.7. Biografia o considerăm o temă de excepțională importanță pentru antropologie și psihopatologie. Subiectul a fost abordat în lucrarea noastră citată (7), unde am creionat direcțiile în care s-ar putea scrie un tratat, privitor la acest domeniu. Interferențele sale cu temporalitatea, privite din perspectiva psihopatologiei, au fost menționate prin invocarea a două lucrări, chiar în comentariile bibliografice din acest capitol (143), (144). Interferențele cu logosul le indicăm printr-un citat dintr-un tratat de morală.

154. McIntyre, A., (1998), *Tratat de morală. După virtute*, Ed. Humanitas, București.

Problema structurării persoanei pe mai multe paliere, în contextul biografiei, a fost abordată de mai mulți autori clasici:

155. Kretschmer, E., (1966), *Der Sensitive Beziehungsahn*, 4 Aufl., Ed. Springer, Berlin.

156. Petrilowitsch, N., (1958), *Beiträge für eine Strukturpsychopathologie*, Ed. Karger, Basel.

157. Binder, N., (1960), *Die psychopathischen Danerzustände und die abnormen seelischen Reaktionen und Entwicklungen*, in *Psychiatrie der Gegenwart*, Band II, Ed. Springer, Berlin.

Constituirea în zona preconștientă și inconștientă a unui „eu secund” derivă din întreaga concepție asupra refulării din psihanaliza clasică și a fost explicit formulată de Jung.

Perspectiva structurală a psihismului, ce stă în spatele devenirii biografice, a avut și ea susținători ce au realizat opere importante. Menționăm:

158. Ey, H., (1983), *Conștiința*, Ed. Științifică și Enciclopedică.

159. Janzarik, W., (1988), *Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie*, Ed. Enke, Stuttgart.

160. Marneros, A. Philipp, M. Ed., (1992), *Persönlichkeit und psychische Erkrankung*, Ed. Springer, Berlin.

5.8. Descrierea de către Jaspers, la începutul secolului, a reacției psihopatologice a fost un act de curaj, similar cu demersul – mai contorsionat – a lui Freud, de a introduce „psihogenia” în etiopatogenia tulburărilor psihice. Bilanțul clinico-psihopatologic de la sfârșitul sec. XX, apariția psihopatologiei developmentale a statutului cvasinologic a situațiilor de criză sau problematice, ideea continuumului între „normalitate” și „nebunie”, toate sunt expresia dezvoltărilor pe acest drum deschis atunci. În mod ciudat, psihiatria – și chiar psihopatologia actuală – nu mai comentează una din temele majore, pe care le ridică, pe atunci, Jaspers: cea a diferenței dintre „dezvoltarea reactivă prevalențială” – condiționată psihogen, de obicei la o persoană particulară sau anormală – și procesul („schub” în germană) endogen sau organic. Pe marginea analizei unor cazuri de gelozie – exagerată, anormală și patologică – Jaspers a făcut această distincție, care aducea în discuție problema diferenței dintre condiționarea psihogenă și cea endogenă. Problema endogeniei a rămas o provocare nesoluționată până în zilele noastre, cu toate că teoria vulnerabilitate/stres și progresele psihiatriei biologice și sociale o învăluie constant, progresând spre nucleul ei, fără a-l atinge însă. Problema a fost reactualizată prin publicarea recentă a meditațiilor de o viață a unui psihiatru român:

161. Bălănescu, Șt., (2001), *Pe urmele adevărului*, Fals tratat de psihiatrie, Ed. Excelsior, București.

Bălănescu reamintește preocupările – și frământările – în acest domeniu, ale lui K. Schneider, pe la mijlocul veacului XX, care a propus, la un moment dat, termenul de „mezo-gen” pentru a-l înlocui pe cel de „endogen”; preocupări pe care respectivul autor, în cele din urmă, le-a părăsit. El reactualizează și unele idei ale lui Jung, ce ar putea, eventual, contribui la dezbateră pe această temă. Dar ansamblul gândirii lui Jung realizează o scurtcircuitare între spiritual (reprezentat de inconștientul colectiv) și biologic (prin considerarea că acesta ar fi transmis genetic); lipsește astfel, chiar zona nucleară, unde ar putea fi pusă problema, și care este cea a individualului antroposului ce se intersectează cu individualul biosului, realizând o instanță ontică specifică.

Ultima lucrare majoră care abordează frontal problematica etio-patogenică a endogenității este cartea lui Tellenbach asupra Melancoliei (23). Așa cum rezultă din text – și cum interpretează cu pertinentă și Tatossian (93) – Tellenbach încearcă să înglobeze specificul (fenomenologic) antroposului împreună cu cel al biosului, cu care se conjugă și se articulează (intersectează) într-o entitate mai amplă, exprimată prin bio-psiho-ritmurile

antropo-cosmice; fapt ce sugerează o entitate de tipul „Fisisului“ grecesc, așa cum a fost interpretat acesta de către Heidegger, într-o lucrare citată (86). Oricum, problematica „endogenului“ se plasează în acea zonă sau entitate ontică specială, ce rezultă și se manifestă la articularea dintre individualul biosului și al antroposului.

Problematica endogenului este prezentă și în cartea de sinteză a lui Janzarik (147), dar fără a fi abordată frontal. Se cere subliniat că această problemă nu este doar a psihopatologiei, ci a întregii antropologii, care trebuie, într-un fel sau altul, să comenteze (nu doar să explice sau să înțeleagă) prezența alături de „nebulul endogen“ și existența sfântului, a geniului, a fanaticului etc.

Comentarea în continuare a principalelor „fenomene“ psihopatologice va dezvolta o parte din elaborările noastre din lucrarea de psihopatologie antropologică din 1989 (139). Într-o anumită măsură, vom utiliza și sinteza lui Tatossian (93) și lucrarea de referință a lui von Gebattel (133). De asemenea, vor fi făcute și alte trimiteri bibliografice. Texte de referință generală rămân: Tatossian (104), Lăzărescu (166).

162. Kraus, A., (1999), „Phänomenologisch – anthropologische Psychiatrie“, in Helmchen, H., Henn, F., Lauter, H., Sartorius, N., (Ed. Grundlagender Psychiatrie, Springer, Berlin, 578–603).

Subliniem de la început că, pentru această parte a lucrării, bibliografia nu e utilizată în sensul susținerii expunerii pe ansamblul lucrărilor ce au fost publicate, încercându-se o serie de formulări proprii. Totuși, în unele cazuri, câteva trimiteri bibliografice vor fi utile.

Anxietatea (paragraful 5.9.1.) nu a beneficiat până în prezent de o sinteză semnificativă a elaborărilor fenomenologico-antropologice – corelate parțial cu cele cognitive – deși ar fi fost necesar, cel puțin din punct de vedere principial, teoretic. Vom invoca câteva titluri clasice și recente, în care psihopatologii se referă la această problemă:

163. Gebattel, V. E., (1954), „Antropologie der Angst“, In Prolegomene 151. Blankenburg, W., (1996), Vitale und existenziale angst, Suchtkamp, Frankfurt am Main.

164. Kirkegaard, S., (1935), Le concept d'angoisse, Ed. Alcan, Paris. Filozoful și teologul danez abordează problema din perspectiva dogmaticii creștine, așa cum rezultă și din subtitlul lucrării ce face referință la păcatul originar. La Freud, regăsim corelația dintre anxietate și sentimentul de culpă, abordată dintr-o perspectivă specifică psihanalizei care derivă din conflictul intrapsihic dintre sine și supraeu, cu fantezmele adiacente acestuia.

165. Sartre, J. P., (1943), *L'Être et neant*, Gallimard, Paris.

166. Heidegger, M., (1988), „Ce este metafizica?“. În: *Repere pe drumul gândirii*, Ed. Politică, București, p. 33–53.

Privitor la fobie și obsesie (paragrafele 5.9.2. – 3) menționăm câteva lucrări clasice de diverse orientări, atât clinice, cât și fenomenologice:

167. Lăzărescu, M., (1968), *Probleme de psihopatologie a spațiului trăit*, teză de doctorat, Universitatea de Medicină Timișoara.

168. Gebattel, V. E., (1954), „Zur Psychopathologie der Phobien“, in Prolegomene (127).
169. Hesnard, A., (1961), *Les Phobies et la Neurose phobique*, Ed. Payot, Paris.
170. Michaux, L., (1968), *Les Phobies*, Ed. Hachette, Paris.
171. Westberg, H.S.M., den Boer, J. A., (1999), *Social Anxiety Disorder*, Synthesis, Amsterdam.
172. Marks, J.M., (1986), *Fear, Phobias and Rituals*, Oxford University Press, New York.
173. Gebattel, V.E., (1954) „Die Welt des Zwangskranken“, in Prolegomene (127).
174. Lăzărescu, M., (1973), *Patologie Obsesivă*, Ed. Medicală, București.
175. Göppert, H., (1960), *Zwangkrankheit und Depersonalisation*, Ed. Karger, Basel.
176. Petrilowitsch, N., (1986), *Zur Charakteriologie der zwangneurotiker*, Ed. Monhold, Halle.
177. Binder, H., (1936), *Zur Psychologie der Zwangsvergänge*, Ed. Karger, Basel.

Privitor la depresie ne rezumăm doar la câteva trimiteri (dintre care una fundamentală a fost deja menționată – (23) –).

178. Grecu G. et all, (2000), *Depresia*, Ed. Ardealul, Tg. Mureș.
179. Kraus, A., (1982), *Identity and Psychosis of manic-depressive*, in der Koning, A., Jessner, F. A., Ed., *Phenomenology and Psychiatry*.
180. Kraus, A., (1996), *Fenomenologia și simptomatologia depresiilor*, în *Depresii – Noi perspective*, Ed. Vraști R., Ed. A, București, p. 193–194.

În ceea ce privește dragostea, indiferența și agresivitatea, nu facem trimitere decât la un text clasic în care sunt dezbătute multe dintre problemele comentate în acest capitol.

181. Minkowski (1966), *Traité de psychopathologie*, Ed. P.U.F., Paris.

Autorul, influențat de M. Scheller și de Bergson, diferențiază între afectivitatea „emotivă“ (reacțională) și cea de tipul „contactului“, care semnifică, în înțelesul său, o afectivitate a atașamentului și interpătrunderii tranzitive (reciproce) cu celălalt (sau cu „ceva“ din lumea umană ce reprezintă o valoare pentru subiect). El urmărește modificarea afectivității în direcții deficitare, de la întunecarea (încețoșarea) existenței poziționare atitudinal-afectiv spre contact și atașament (=le ternissement affectiv), la plictis (și „spleen“) până la anafectivitatea monstruoasă a unor psihopați sau la cea consecutivă unei alterări patologice a afectivității tranzitive, cum se petrec la schizofreni. Pentru autorul francez, afectivitatea este vehiculul cantitativ și calitativ al relației cu ceilalți (celălalt) și cu situațiile problematice în care subiectul e angajat.

Vom menționa în continuare câteva titluri care se corelează cu tematica delirului:

182. Spitzer, M., (1989), *Was ist Wahn?*, Springer Verlag, Berlin.
183. Kaschk, W., Lungershausen, E., (1992), *Paranoide Störungen*, Springer Verlag, Berlin.
184. Zutt, J., Kulenkampff, C., Ed., (1958), *Das paranoide Syndrom in anthropologischer Sicht*, Springer, Berlin.

185. Blankenburg, W. Ed., (1991), *Wahn und Perspektivität*, Ed. Enke, Stuttgart, 1991.
186. Cristodoulou, G. H., (1986), *The Delusional Misidentification Syndrom*, Ed. Karger, Basel.
187. Süllwold, L., & Huber, G., (1986), *Schizophrene Basisstörungen*, Heidelberg: Springer.
188. Huber, G., (1983), *Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen*, *Nervenarzt*, 54, 23–32.
189. Blankenburg, W., (1971), *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmen Schizophrenien*, Ed. Enke, Stuttgart.

Psihiatria, ca și orice practică umană, în general, și medicală, în special, are nevoie de un suport de referință teoretic, care să susțină și argumenteze procesul de diagnostic și de intervenție terapeutic. Acest plan teoretic al psihiatriei rezultă, desigur, din cunoașterea rezultată din exercitarea psihiatriei de către practicieni, precum și din studii țintite, clinice și paraclinice (în domeniul biologiei, geneticii, științelor creierului, sociologiei, antropologiei etc.). Se constituie astfel, constructul teoretic de referință al disciplinei medicale psihiatrice, sub forma unui sistem nosologico-nosografic descris în parametrii săi ideali (generici și „adevărați“ în raport cu cunoștințele existente la un moment dat). Acest construct din principiu, operează cu cazuri tipice, de referință. Bolile sunt descrise, în primul rând, într-o modalitate abstract ideală; și la fel, sindroamele psihopatologice care stau la baza semiologiei episoadelor), tipurile de personalitate anormale, mecanismele etiopatogenice etc. În aceeași măsură, la fel ca întreaga medicină, și psihiatria înțelege apariția tulburărilor ca un raport între: – terenul mai mult sau mai puțin vulnerabil; – noxele biologice și psihosociale cumulate la un moment dat; – factorii protectivi ce susțin nonvulnerabilitatea. Influențele psiho-sociale nefavorabile (ce apar ca stresori), precum și factorii protectori, pot fi și ei descriși într-o modalitate generală, abstractă, de referință. Pentru gândirea psihiatrică clinică este util a se face distincția dintre: – terenul vulnerabil; – noxe; – episod psihopatologic; – defect psihic și social; – boala psihică. Odată această precizare făcută și după descrierea formelor tipic ideale (de sindroame, persoane dizarmonice, boli), se poate trece și la comentarea „formelor atipice“, mai apropiate de cazuistica clinică reală. Studiul cazuistic continuu, făcut cu rigoare și metode standardizate, permite să se umple, în bună parte, distanța dintre cazul clinic real și cazul tipic ideal, prezent în constructul teoretic al științei psihiatrice.

Metodele standardizate și cuantificate, tot mai numeroase și nuanțate, asigură, în zilele noastre, diagnostice de mare acuratețe și care să poate fi replicate de diverse persoane. Aceasta se referă atât la episodul psihopatologic, cât și la tipul de personalitate, stresorii cumulați, rețeaua de suport social, nivelul de funcționare socială, comorbiditate somatică și corelația ei cu tulburarea psihică. În prezent, se utilizează diverse modalități de diagnostic pe axe (în DSM-IV și ICD-10), metode standardizate și cantitative de evaluare a defectului social.

Rigorile de desfășurare, investigare, formulare diagnostică, evaluare cantitativă dinamică a stării psihopatologice sau defectului social, precum și creșterea exponențială a cunoștințelor de psihofarmacologie, fac ca psihiatrii să fie într-un continuu progres. Dar distincția de principiu dintre cazul concret și modelul ideal nu trebuie uitată și ignorată.

În ceea ce privește terapia psihiatrică, aceasta presupune o relaționare directă dintre pacient și echipa terapeutică. Și, în plus, respectarea orientării actuale în direcția psihiatriei comunitare. De aceea, ea ne orientează atât prin formele sale clasice – ce nu ignoră psihoterapia –, cât și prin modalitățile mai noi de reabilitare, programe de autoajutor și antistigma, să ne mutăm înspre viața socială curentă, spre înțelegerea bolnavului sau defectivului psihic în calitatea sa de cetățean, de partener al nostru, al tuturor, în viața de zi cu zi.

Suferindul psihic, în plină stare de episod maladiv, precum și în fazele reziduale și defective, e recomandabil să fie tratat cât mai aproape de locul său firesc de existență, cu evitarea internărilor prelungite, a instituționalismului și a stigmatizării. Pentru a corespunde acestei concepții, tipurile de instituții terapeutice s-au diversificat mult în ultimele decenii. Pe lângă clasicele spitale de psihiatrie funcționează, tot mai amplu: secții de psihiatrie a spitalelor unificate, staționare de zi și de noapte, centre de sănătate mintală, axate pe supravegherea grupelor de risc, depistare precoce, tratament de întreținere și programe de reabilitare. De asemenea, mai funcționează cluburi psihiatrice terapeutice, ateliere protejate (de ergoterapie), locuințe protejate (hosteluri), plasament familial. Echipa terapeutică psihiatrică este și ea diversificată, constând, pe lângă psihiatru și soră specializată, din psiholog, asistent social, ergoterapeut, psihopedagog, sociolog, jurist). În cadrul acestei echipe se stabilește un „manager de caz” ce urmărește constant derularea vieții fostului pacient, fiind alături de el în situații mai deosebite de viață sau cu ocazia decompensărilor maladive. Echipa terapeutică acordă asistență și situațiilor de „criză psihologică”, prin intervenție directă, la locul de muncă, la domiciliu, sau în diverse toposuri sociale.

Asistența psihiatrică și de promovare a sănătății mintale este, de obicei, sectorializată, urmărindu-se diacron menținerea la un nivel cât mai ridicat al sănătății mintale, a dezvoltării psihice armonioase a populației din zonă. Acest demers are nevoie de continue studii epidemiologice și evaluări populaționale. Echipa psihiatrică se sprijină pe rețeaua medicilor de familie, dar și pe alte persoane de legătură din cadrul învățământului, bisericii, politicii etc., angrenând și implicând comunitatea în rezolvarea optimă a problemei. Se fac eforturi continue pentru creșterea toleranței tuturor segmentelor populației față de bolnavul și defectivul psihic, prin programe antistigma. Pe de altă parte, foștii suferinzi psihici și familiile lor sunt stimulate să se constituie în grupe de autoajutor, în organizații nonguvernamentale, susținându-și singure interesele, cunoscând suferința prin care au trecut, și devenind co-terapeuți.

De vreme ce, interesul e focalizat acum asupra fostului suferind psihic în calitatea sa de cetățean, de partener de viață al tuturor, preocuparea pentru el depășește perspectiva medicală a înlăturării simptomelor defectului clinic și social. Ea se orientează și asupra calității vieții acestora, în raport cu cea a semenilor. Iar programele terapeutice și de reabilitare au în vedere și creșterea acestei calități a vieții, fapt ce poate fi evaluat, de asemenea, prin instrumente standardizate. Sunt stimulate programe de susținere ale acestor cazuri și din partea unor instituții și programe nemedicale. Bilanțul satisfacțiilor, în raport cu toate aceste oferte, pe care-l resimte „beneficiarul“ sau „consumatorul“ serviciilor de promovare a sănătății mintale, se cere și el evaluat.

Trăind în comunitate, bolnavul psihic – actual, potențial sau fost – trebuie să se apropie de o bună integrare socială. De aceea, e necesară o continuă grijă față de posibila pericolozitate a acestuia pentru sine și pentru alții, luându-se măsuri preventive ori de câte ori e cazul.

În sfârșit, aspectul cel mai pregnant al existenței suferinzilor psihici în mijlocul comunității e viața pe care o duce în familia sa. Aceasta poate fi, la rândul său, perturbată în funcționarea sa globală, fapt ce poate condiționa apariția (sau întreținerea) tulburărilor psihice; sau poate fi cauza acestora. Analiza familiei, din punct de vedere al psihopatologiei, este extrem de importantă pentru o bună înțelegere a fenomenelor ce le constatăm la nivel individual. Dar și pentru a organiza acțiuni terapeutice benefice. De aceea, capitolul se încheie prin prezentarea câtorva perspective analitice și terapeutice în raport cu sistemul terapeutic familial.

Oricât ar fi de inserat și integrat în propria familie și în structurile practice ale mării societăți, persoana umană rămâne o realitate individuală, care trăiește perturbarea și aberația psihopatologică în termenii existenței sale proprii. Acest fapt a fost amplu comentat de psihopatologia tradițională, atât descriptiv, cât și interpretativ-doctrinar.

Psihopatologia, care este centrul științific doctrinar al psihiatriei, este o știință antropologică. Ca atare, ea nu poate evita concepțiile doctrinare despre om, înțeles ca persoană umană conștientă. Tradițional, aceasta se revendică de la două perspective opuse. Pe de o parte, subiectul conștient este considerat, de către întreaga tradiție doctrinar religioasă, ca o creație specială a ființei (sau ființelor) supreme, distinctă de a altor zone ontice create. Această perspectivă ancestrală a căpătat formulări și fundamentări noi, în Europa postrenascentistă, prin filosofia lui Descartes; fiind reluată – cu o metodologie puțin modificată – în sec. XX, de către fenomenologia lui Husserl. Opera lui Husserl acceptă și susține dezvoltarea și a unei psihologii fenomenologice, a fost îmbrățișată și dezvoltată de o serie de psihopatologi din secolul trecut, cu referire directă la textele acestuia sau a altor filosofi orientați spre fenomenologie (Heidegger, Scheller, Sartre).

O altă direcție clasică de gândire constată prezența psihismului și la nivele pre-umane, mai precis biologice. Este vorba de tradiția inaugurată de Aristotel, pentru care nu există o ruptură (discontinuitate), ci un continuum între psihismul vegetal, animal, uman și suprauman. Această doctrină a avut și are și ea un important răsunset în psihopatologie, stând la baza actualelor orientări psihologico-psihopatologice cognitiviste și developmentale.

Între aceste două mari orientări doctrinare, psihanaliza a avut și o poziționare specifică, plasându-se, prin unele din aspectele sale, în ambele direcții. Ea a constituit un important moment al dezvoltării psihopatologiei care, în prezent, se cere formulată mai clar și tranșant.

O observație de elementar bun simț indică că tulburarea psihopatologică, ce se desfășoară la nivelul persoanei umane conștiente, surprinde, în același timp, perturbări ce se desfășoară la nivelul individualului biosului și a

individualului antroposului. Legătura dintre aceste instanțe e posibilă, deoarece ambele operează cu „informații” care sunt clar prelucrate, după coduri diferite în cele două instanțe.

Dezvoltarea psihopatologiei developmentale, în ultimele decenii, asigură un raport pentru articularea între cele două instanțe menționate. Ea se bazează, în mare măsură, pe progresul științelor biologice – psiho-biologice, a științelor creierului – și în același timp, a etologiei, fără a ignora progresele psihologiei (și psihopatologiei) cognitiviste. În același timp, abordează, într-o manieră pozitivă, studiul, în paralel, a dezvoltării individului conștient normal, deviant și patologic, urmând rezultatele longitudinale ale ciclurilor vieții. Psihologia developmentală încorporează studiile psihanalitice, cele privitoare la cogniția socială, la dezvoltarea ontogenetică a inteligenței (Piaget) și a moralității, astfel încât, e deschisă spre acceptarea specificului uman al persoanei normale și patologice. De aceea, credem că ea poate să asimileze și perspectiva „fenomenologică”, mai ales dacă ține seama de doctrina ciclurilor vieții (în sensul lui Erikson, Levinson, Jung). În acest capitol este propusă o astfel de înțelegere, centrată pe problema – anunțată de psihanaliza și de „theory of mind” – a prezenței, de la începutul ontogenezei psihice, a imagoului altuia în structura propriului psihism; în calitate de ferment organizator și element structurant al persoanei. Astfel, faptul că „altul” (alții) fac parte constitutivă din psihismul propriu persoanei încetează de a mai fi o enigmă; ci, dimpotrivă, este însăși suportul înțelegerii tetraedului cognitiviste ce stă la baza structurii persoanei.

În tot capitolul se fac și trimiteri la psihopatologie și psihiatrie, corelată diverselor momente developmentale, precum și ciclurilor vieții.

În final, se consideră că analiza personal existențială dezvoltată de școala vieneză (Frankl-Längle), cu toată fundamentarea sa antropologic-fenomenologic-existențialistă, se poate articula fără probleme cu psihopatologia developmentală înțeleasă într-un sens larg. Și astfel, atât din perspectiva interpretărilor psihopatologice, cât și a acțiunilor psihoterapeutice se realizează o sinteză între cele două doctrine comentate la începutul capitolului.

Psihologia, filosofia și psihopatologia cognitivă care s-a dezvoltat impetuos în ultimele decenii, are la bază modelarea funcționalității specifice creierului uman, pe baza științelor creierului, a diverselor teorii matematizante (cibernetica, teoria sistemelor, dezvoltarea inteligenței artificiale și a sistemelor cognitive cu autogenerare). Ea se articulează foarte clar cu psihologia și psihopatologia developmentală, la nivelul la care acestea sunt – cel puțin pentru primul an al existenței individului uman – bazate în mare măsură pe studiile etologice. Articulația cognitivismului cu psihanaliza și psihopatologia fenomenologică este în prezent încă dificilă. De aceea s-a considerat că este utilă o „provocare” care, prin reluarea și dezvoltarea elementelor psihologico-psihopatologice specifice persoanei umane conștiente, să solicite cognitivismul în ascensiune la noi eforturi de elaborare.

Ultimul capitol al lucrării prezintă, la început, elemente considerate ca fundamentale (ultime) pentru înțelegerea specificului uman al individului pe care-l studiază nu doar antropologia, ci și psihopatologia. Se insistă asupra faptului că aceste elemente au sens doar articulate într-un sistem în care sunt intercondiționate, explicitându-se reciproc; și nu considerate independent. Astfel, abordarea conștiinței este într-un tot sărăcită, până la lipsa de suficientă delimitare și înțeles, dacă nu e comentată împreună cu noțiunile de: persoană, subiectivitate, identitate a eului conștient ce se bazează pe o proprie spațio-temporalitate, specificul relațiilor dintre eu-tu-el (ei)-noi, cunoașterea lumii caracteristice persoanei conștiente, acțiunea și comunicarea specific umană, care implică și limbajul asertiv-critic și lumea a 3-a a lui Popper (ce a fost invocată ca un referențial pentru înțelegerea instanțelor umanului încă din introducere). Intenționalitatea conștiinței are o dublă sorginte, dintre care una derivă din psihismul biologic (și e comentabilă în termeni cognitiști), iar alta din particularitățile specifice conștiinței (în sensul doctrinei lui Husserl).

Comentariul de mai sus este făcut pentru a susține o prezentare orientată fenomenologic-cognitivă a principalelor fenomene psihopatologice (aspectul „cognitiv” este, la acest nivel, decupat ca o fațetă a orientării de ansamblu a cognitivismului contemporan cea articulată de noțiunea de „intenționalitate” și care se poate conjuga cu perspectiva fenomenologică).

Înainte de prezentarea principalelor forme psihopatologice umane, sunt trecute în revistă câteva aspecte care circumscriu cadrele psihopatologic nosologice, așa cum ar fi: reacția comprehensibilă și dezvoltarea prevalențială, nevroza, psihoza, tulburarea condiționată organic cerebral. Se insistă în mod special asupra problemei – încă neclarificată suficient – a „psihozelor endogene“ în care e perturbată zona de interpătrundere a psihismului specific biosului și cel al antroposului, domeniu ontic special pe care îl reprezintă persoana umană conștientă.

Restul capitolului constă dintr-o prezentare a fenomenelor antropologic-psihopatologice esențiale, ce pot constitui provocări pentru studiile cognitive: anxietatea, fobia, obsesionalitatea, depresia, mania, histrionismul, depersonalizarea, paranoidia, delirul, dezorganizarea ideo-verbală, dezvoltate pe fond apato-abulic.

Mesajul de ansamblu al textului nu este unul concluziv, ci unul interogativ și provocator, pentru dezbateri și programe de cercetare și meditație.