

Psihopatologia dispozițiilor afective; distorsiunea trăirii temporo spațiale, a asertivității și relaționării sinelui

manuscris

2012

Principalele dispoziții afective sunt : depresia, euforia, anxietatea, iritabilitatea agresivă și indiferența. Variantele psihopatologice se exprimă în sindromul depresiv, cel maniacal, anxios fobic, disforic (impulsiv agresiv) și apatic (cu multe variante clinice, de la depersonalizare/derealizare la indiferență schizoid autistă sau neemotivitatea malingă a psihopatului). O dispoziție patologică aparte, predominant relațională o constituie “centralitatea referențială” ce poate ajunge până la “dispoziția delirantă” din delirul primar. Psihopatologia stărilor dispoziționale se cere comentată distinct de cea a delirului, până la un punct e cea a bipolarității.

Analiza psihopatologică pretinde o depășire a înțelegerii dispozițiilor afective din psihologia populară și/sau dintr-una strict biopsihologică. Se cere avut în vedere specificul uman al psihismului, centrat de structura identitară ierarhică a sinelui reflexiv, care se manifestă fenomenologic în relații interpersonale și în acțiuni planificate și controlate....În mijlocul unei lumi umane susținută de logosul discursiv critic, normativ, valoric.

În limbajul și psihologia populară, depresia se referă predominant la o stare afectivă, la tristețe. Opusă acesteia este starea afectivă de bună dispoziție euforică. Omul anxios are sentimentul prezenței unui pericol pe care nu-l poate preciza și identifica,.. iar cel iritabil, reacționează agresiv la frustrări minore, având mereu impresia unei atitudini ostil persecutorii împotriva sa. În sfârșit apaticul e un om cu

o afectivitate monotonă, hipo sau areactiv la semnificații, atitudine, evenimente..., constant cu sine.

Există desigur o bază biologic cerebrală înăscută a acestor dispoziții afective, atât în manifestările lor caracteriologic temperamentale cât și în cele reactive situaționale circumstanțiale. Din antichitate s-au identificat și etichetat persoane cu temperament melancolic, flegmatic, coleric sau sanguinic. Stările reactive de tristețe, veselie sau furie se însoțesc de importante manifestări corporale, care au, desigur, un substrat în funcționarea creierului. Când se comentează în prezent aspectul psihopatologic al dispozițiilor afective, se cere avut însă în vedere și un alt aspect; și anume, semnificația lor de „moduli psihoantropologici adaptativi,,.

Acest aspect poate fi comentat, de exemplu, în legătură cu expansivitatea desinhibat hipersocială, de tip sărbătoresc, ce stă în spatele episoadelor maniacale; sau, cu inhibiția și lentoarea psihică retractilă, ce e corelată cu depresia (doliului). Expansivitatea desinhibat ergică este utilă și în împrejurări ce pretind performanțe crescute cu un consum mare de energie, fără a se manifesta epuizarea. În măsura în care manifestarea poate antrena și alte persoane spre același obiectiv, acest model comportamental „hipomaniacal,, devine și mai performant. Ne putem gândi deasemenea la perioada de rut ce se manifestă la unele animale, unde o astfel de dezinhibiție e adaptativă pentru specie; ea implică acum dezinhibarea comportamentelor prosociale, de la curtare la pulsuniile și comportamentul de acuplare. Astfel de manifestări se reîntâlnesc și în psihologia umană, fără a se mai derula însă în manieră „endogenă,, – cu periodicitate ciclică-; dar putându-se corela cu sărbătorile de tip carnavalesc. Inhibiția de tip depresiv are un prim model biologic în hibernare. Și la fel, în toate stările de inhibiție biopsihică globală, în care individual trebuie să facă față reducerii resurselor. În mod similar, această

inhibiție și retragere din activitate și relaționare, este adaptativă pentru perioadele necesare refacerii, după epuizări, pierderi, eșecuri, înfrângeri. În sfârșit, s-a discutat despre faptul că inhibiția sumisivă inhibă agresorul, favorizând supraviețuirea. Toate aceste modele comportamentale adaptative pot fi reținute și pentru o psihologia umană, utilă înțelegerii psihopatologiei.

Pe lângă această moștenire și acest fundal al psihismului biologic, la nivelul psihismului uman existența se desfășoară după coordonate specifice, care s-au organizat în cursul antropogenezei.. în etapele sale succesive (pe secvențele : un million de ani/150.000 ani; 35.000 ani, 10.000 ani, 5.000 ani); și care, se structurează în mod determinant și specific pentru fiecare om. în cursul ontogenezei personalității sale. Aceste coordonate specifice implică – pe lângă fundalul lingvistic de model narativ critic și de semnificabilitate în general - : - o spațio temporalitate specific umană a raportării la situațiile date, la proiecte, la alții și la lumea umană în general; - relaționarea interpersonal socială, realizată după o diagramă intim/public; - comportamentul cu scop, decis și proiectat deliberat, autocontrolat până în final. Aceste coordonate susțin asertarea subiectului înțeles ca „sine reflexiv și intentional,, care se manifestă în cadrul specificității unei lumi umane date, structurate deasupra unui fundal bio-fizic determinat. Comentarea tulburărilor dispoziționale și din perspectiva acestor coordonate umane specifice, presupune o abordare de tip fenomenologic, pe care o vom schița în continuare.

Starea maniacală e descriptibilă semiologic în primul rând ca dezinhibiție biopsihică general însoțită de tahipsihie. Faptul se referă la dezinhibiția sexuală și comportamentală, hipervigilantă și insomnia, hiperestezie senzorială, cu percepție crescută, asociații rapide și superficiale de idei, hipermnzie și tahilalie, hipersociabilitate, decizii scurtcircuitate și dezinhibiție motorizate până la agitație,

proiecte multiple și nefinalizarea acțiunilor etc. Starea subiectivă afirmată e una de bună dispoziție uneori cu iritabilitate și încredere crescută în sine și în viitor.

Dincolo de aceste aspect semiologice predominant observaționale - care sunt reținute și cultivate de scalele de evaluare cantitativă -, se pot reliefa și comenta și alte aspecte, fenomenologice, mai ales privitoare la modalitățile raportării față de situație și alții. și în primul rînd, aspecte ce relevă o distorsiune a spațio-temporalității antropologice. Subiectul este atent la tot ceea ce imediat present. El lasă impresia că trăiește într-un prezent acut și continuu, deschis potențial spre orice eventualitate pozitivă, care-i apare ca firesc realizabilă. O astfel de raportare la situații – manifestată rigid și dediferențiat -, exprimă evident o de structurare a modului normal de raportare la problematica reală a împrejurărilor care-l întâmpină. În mod obișnuit, un subiectul ce înțelege o situație problematică data care-l afectează, se implică în rezolvarea ei; fapt care se desfășoară într-o anumită perioadă de timp fizic, constituind actualitatea trăirii sale în momentul respectiv. Celelalte probleme pe care el resimte că trebuie să le resolve, sunt plasate în plan secund; sau..corelate strategic cu trăirea sa situațională actuală. Angrenarea concomitentă a subiectului în mai multe situații problematice, variate ca obiectiv și durată, stratifică temporalitatea pe care el o trăiește; provocându-l să-și ogaizeze comportamentul. Trăirea și comportamentul actual, plasează în plan secund proiectele și preocupările sale mai îndelungate, care vizează obiective îndepărtate. Toată această arhitectonică a temporalității personale - în fundalul căreia se profilează durata identității biografice -, se prăbușește în tulburarea maniacală. Timpul trăit nu mai are nici o structură, nici o profunzime. El constă dintr-un prezent etern, superficial ce se constituie și dispare din moment în moment, dintr-o situație circumstanțială în alta,..lipsit de structură.

Cât privește spațialitatea specifică psihismului antropologic, aceasta se organizează, în primă instanță, prin distanțele interpersonale; iar apoi, prin intervalul ce desparte momentul actual, de un important obiectiv spre care subiectul tinde. În raport cu intimitatea subiectului, alte persoane se pot fi apropiate sufletește... altele sunt doar familiare... sau la nivelul de cunoștințe superficiale... oficiale.. apoi plasându-se necunoscuții. În cursul existenței se desfășoară, în timp, o dinamică de apropiere și îndepărtare sufletească de zona intimității: demers care respectă anumite reguli. În starea maniacală, această structură se prăbușește,.. în sensul că distanțele interpersonale firești dispar. Dispare reticența, subiectul adresându-se fără protocol persoanelor oficiale.. sau abordând probleme intime cu necunoscuții. Această modalitate de raportare are, parțial, o reglementare socială, odată cu comportamentul sărbătoresc de tip carnavalesc, ce se desfășoară cu ocazia unor sărbători...în care e potențată de alcool. În episodul maniacal însă, transgresarea distanțelor interpersonale se manifestă decontextualizant și dezadaptativ. Celălalt nu mai este abordat în specificitatea sa, ci ca un „oricine,, ca un obiect oareșcare, aflat întâmplător la îndemâna subiectului. Dispare diapazonul variantelor de relaționare, de la afecțiune și dragoste, la respect, suspiciune, dispreț, ură, indiferență etc. Relaționarea maniacală neobișnuită cu alții se corelează și cu o atitudine particulară față de sine, ce constă într-o încredere și autoevaluare pozitivă exagerată. Maniacalul se consideră puternic, valoros, foarte capabil, motiv pentru care manifestă comportamente temerare riscante; și face proiecte fanteziste, cu convingerea că sunt realizabile. Distanța reală până la obiectivele de atins, e acum nesocotită, unormizată...sub deviza că „totul e posibil și realizabil.

Felul în care se poziționează atitudinal maniacalul față de situația prezentă, distanțele și nuanțele relaționării cu alții și în raport cu sine, cu valoarea și poziția

sa în lume, conturează profilul acestui sindrom, dincolo de parametrii comportamentali biologici, pe care semiologia observațională îi relevă.

Comentarea **dispoziției depressive** patologice se poate face după aceeași parametrii. Depresivul se caracterizează semiologic observațional printr-o inhibiție și bradipsihie biopsihologică generalizată. El este inhibat instinctiv, inapetent (cu scădere în greutate) cu reducerea libidoului, insomnia de trezire și rău matinal. Sunt prezente spasme pe organele cavitare, constipație. Psihomotor e lent, activitatea scade, poate ajunge la nemișcare stuporoasă, cu negativism și refuz alimentar. Atenția, percepția și memoria sunt diminuate, gândirea lentă și săracă. E bradilalic, retras social. Starea afectivă afirmată e negativă, de tristețe, devalorizare, culpă, lipsă de speranță, cu idei suicidare.

În perspective parametrilor psihoantropologici comentați în cazul mamei, se poate menționa : Depresivul este incapabil nu doar să analizeze structurat, ci chiar „să trăiască efectiv,, timpul present. El se retrage din angajarea sa în situații actuale, desprinzându-se de rezolvarea problemelor care-l privesc. Pentru depresiv viitorul nu mai are valoare, fapt ce conduce la lipsa de speranță: sau, viitorul îi apare ca totalmente negativ, catastrofic. Singura dimensiune a temporalității proprii pe care o mai cultivă, este trecutul; din care selecționează doar elementele negative, catastrofice. În perspectivă relațională, structura de raportări interpersonale e complet prăbușită. Depresivul se retrage complet din relațiile efective cu alții; aceștia rămânând pentru el doar instanțe ale unei eventuale judecări care ar trebui să-l condamne pentru nimicnicia și vinovăția sa. În ceea ce privește atitudinea față de sine, aceasta e de încărcată de neîncredere și devalorizare. Subiectul se consideră lipsit de capacități și calități, ca fiind un “nimic”,.... eventual, încărcat de culpabilități majore.

Poziționarea atitudinală a depresivului față de prezent – față de temporalitatea pe care o situație actuală ar trebui să o structureze – față de celălalt și față de sine, față de valoare și poziția sa în lume, este complet reductive, anulând orice „deschidere structurantă,, petru organizarea unei situații priobleaticae actuale, pri care să se articuleze de lumea sa umană – desigur, prin intermendiul unor veriate proiecte..preocupări..relaționări..

Dispoziția anxioasă are o importantă bază biologică în alerta biopsihică ce se instalează la individul animal, ce străbate teritorii potențial periculoase; cu organelle sale receptoare și efectoare ajung să fie acordate la maxim, pentru a reacționa adecvat la nevoie. Această montare biopsihică se întâlnește și la om, susținând ansamblul de perturbări neurovegetative din sindromul de anxietate generalizată, inclusiv hipertonia muschiulară, accentuare vespérală (la întuneric) și insomnia de adormire. Dispoziția anxioasă nu poate fi analizată însă exact după același model ca mania și depresia, deoarece ea se prelungește în stările fobice; care se bazează mult pe învățare, memorie și procese reprezentationale. Faptul că prezența altor persoane securizante liniștește starea anxioasă, se corelează și cu particularitățile psihologice ale relației de atașament la om.

Dispoziția indiferentă s-ar putea corela și ea cu unele aspect biologice, în care hiporeactivitatea față de ambianța solicitantă -și agresivă - poate fi adaptativă. Pentru ea se pot presupune, deasemenea, o articulare cu unele structuri funcționale cerebrale. Psihopatologia indiferenței se articulează cel mai direct cu sindromul de depersonalizare. Dar manifestarea e în psihopatologia umană are multiple fațete.

Dispoziția disforic iritabilă poate fi corelată biologic cu condiția biopsihologică a confruntării combative. Iar la om, cu ostilitatea. Ea nu se plasează însă la baza vreunui sindrom psihopatologic bine conturat sindromatic prin centrare pe această dispoziție. În clinica psihopatologică, ea stă la baza

comoiortamentlor impulsiv explosive (agresive); dar mai ales, se corelează cu suspiciunea paranoid, în cadrul complexe codișii a delirului paranoid.

Individul care se confruntă cu altul sau cu un pericol, se află în stare de alertă, centrat pe ce se petrece „ acum și aici,.. în ambianța prezentă. La om, psihopatologia comentează la acest nivel o dispoziție particular, care în ultimul timp este indicată prin expresia “centralitate”.

“Centralitatea”(referențială) psihopatologică constă în sentimentul subiectului că se află în mijlocul unor evenimente importante care-l privesc; că deci, lui “i se întâmplă ceva” deosebit de important. În consecință, datele perceptive capătă semnificație particular. Nimic din ceea ce se petrece nu i se pare întâmplător, de la datele senzoriale la percepțiile obiectuale. Spusele altora, informațiile ce se transmit prin mass media, cifrele și simbolurile pe care eventual le percepe, par a avea semnificații ascunse. Trăirea centralității se poate manifesta și în aria raportărilor perceptive interpersonale. Subiectul are impresia că este în centrul atenției celorlalți, că este privit în mod special, abordat cu anumite intenții ascunse. Această trăire denumită tradițional “senzitiv relațională”, poate avea diverse intensități și forme de manifestare. Subiectul poate avea impresia că alții, prin exprimarea sau dialogul lor, fac aluzii la el; sau că i se adresează cu un cod dublu : pe lângă înțelesul explicit se transmite și un mesaj aluziv ascuns.

Resimțirea dispoziției de “centralitate” se desfășoară.. ca o acutizare a trăirii actualității.... care apare **ca nefamiliară, neobișnuită**. Ea e însă diferită de dispoziția anxioasă, în care se expectează un pericol iminent, resimțit ca neprecizat încă.. Precum și de dispoziția maniacală, ce se deschide spre un viitor pozitiv, a toate posibil. Sentimentul subiectului e acum unul de pasivitate.. și de

invazie – asupra lui - a semnificațiilor nediscriminate ale unei realități: în sensul că aceasta..vag definite... se năpustește asupra sa,..că nu o mai poate ține la distanță și controla. Varianta intensă a acestei trăiri a fost denumită “dispoziție delirantă”; și ea precede instalarea delirului primar, în urma unei percepții delirante.

Odată cu trăirea tulburărilor dispoziționale, atitudinea subiectului față de sine – și implicit relaționarea sa cu alții și cu lumea – este distorsionată, în corelație cu distorsiunea spațio temporalității antropologice; ceea ce poate implica multiple tulburări la nivel perceptiv. Dar, această poziționare atitudinală „dispozițională,, doar prin ea însăși.. nu ajunge la „afirmarea resimțită de către subiect,, a unei „noi identități..de „personaj,,..(ca în delir); adică, la un scenariu de raportare la alții și la lume, care să fie formulabil lingvistic.

Suntem încă în planul unor trăiri nemijlocite,..pe drumul spre delir....Dar nu încă în condiția delirantă propriuzisă.