

Depresia ca sindrom psihopatologic derivat din tristețea umană firească și adaptativă

(Capitol din Psihopatologia antropologică 2025)

2.1.Scurt istoric. Una din puținele tulburări psihice pe care omenirea (occidentală) le-a identificat medical încă din antichitate este cea depresivă, căreia în DSM-5 i se acordă un capitol special (în sens de spectru malativ). Melancolia polarizată cu mania - alături de histeria aflată în cuplu cu epilepsia –s-au menținut apoi constant în atenția medicinei, din perioada elenistică până în sec. XXI. Melancolia din vremea hipocratică era descrisă prin simptome similare cu depresia majoră din zilele noastre, ea incluzând însă și variante anxios paranoide, delirante; iar interpretarea era umoralistă, prin excesul bilei negre. Medicina antichității a comentat și un temperament melancolic – alături de cel flegmatic, sangvinic și coleric – ca o modalitate de manifestare cvasinormală, continuă; fapt ce a fost reactualizat de cultura occidentală de după în Renaștere... când Marsilio Ficino, de la curtea lui Medicis din Florența, a asociat acest temperament cu zodia lui Saturn, acordându-i valențe de înțelepciune (motiv reprezentat de Dürer în gravuri). Polarizarea și manifestarea alternă în raport cu mania a fost continuu înregistrată, cu interpretări diverse (Casetă 44). În sec. XIX expresia de melancolie a fost înlocuită de psihiatri cu cea de „lipemie” și apoi de „depresie”; iar în zile s-au constatat și cazuri ale depresiei (și maniei) „fără delir” cu durate limitate și cu remisiuni spontane, dar cu evoluție ciclică. Kraepelin a introdus în centrul sistemicii sale nosologice Boala Maniaco Depresivă ca una din principalele psihoze alături și distinctă evolutiv de schizofrenie (Demența precoce paranoidă), ce avea debutul la vârste tinere și evoluție progredientă. Aceste psihoze au fost etichetate ca „endogene” în sensul unei condiționări ce nu e corelabilă explicit cu evenimente trăite, implicând însă perturbarea dinamismului structural al persoanei, al bio-psiho-ritmurilor, în cazul depresiei și maniei. La

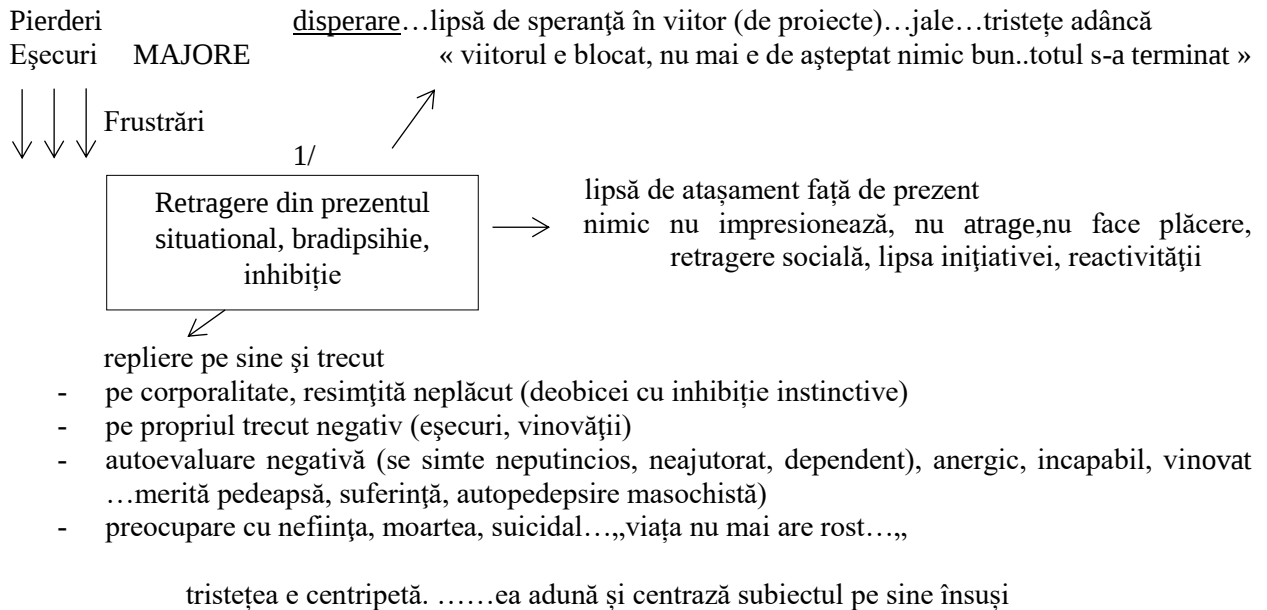
începutul sec. XX s-a comentat și o depresie nepsihotică, nevrotică, de care s-au ocupat psihanaliztii, centrați pe problematica conflictelor intrapsihice (pe care Freud a comparat-o cu doliul). În această arie a „micii psihiatrii” patologia depresivă a fost constant înregistrată ca și comorbidă cu alte tulburări de tip „internalizat” ca anxietatea, iritabilitatea astenică, tulburarea obsesiv-compulsivă, hipocondria și alte suferințe centrate pe corporalitate; și, cu unele Tulburări de Personalitate (mai ales din clusterul C din DSM-5). DSM-IV a comentat și o Tb. Distimică, ca tulburare depresivă mai puțin intensă – permițând inserția în viața cotidiană - și cu durată de peste 2 ani; într-un fel, un echivalent al nevrozei depressive.

Pentru psihopatologie a rămas însă de referință episodul „Depresiei Majore” (DM din DSM-III-5) ce se manifestă frecvent ca recurent și într-o tradițională polarizare și alternanță cu episoade din serie maniacală; ambele fiind considerate ca având o posibilă instalare și evoluție „endogenă” ce nu exclude nici remisiunea spontană. În perspectivă psihotică, depresia din Tulburarea Bipolară (TB) sau Monopolară Depresivă (TMD) – considerate împreună ca „Tulburări Afective” – poate fi comorbidă cu sindroame precum delirul, halucinațiile, dezorganizarea. DSM-III-5 a introdus, pe lângă formele bipolare, cele cu cicluri rapide și mixte, și o patologie Monopolar Depresivă, ce exclude manifestările de tip maniacal. La fel ca pentru toate entitățile nosologiei psihiatrice, s-au elaborat și pentru depresie criterii cantitative riguroase de diagnostic, inclusiv scale de evaluare. Psihopatologia a comentat, prin toate doctrinele sale, modalități interpretative ale instalării și menținerii tabloului clinic depresiv anormal, în variatele sale grade și forme de manifestare; dar comparația cu aspectele depresiei normale a fost rară. S-au evidențiat și tulburări ale neurotransmisiei cerebrale ce stau la baza acestui sindrom și au apărut medicamente antidepressive eficiente.

2.2. Tabloul clinic al sindromului depresiv psihopatologic și diagnosticarea sa. Pentru tabloul clinic al sindromului depresiv psihopatologic al DM - ce se manifestă atât în TB cât și TMD -, e intuitivă comparația sa cu

Caseta 12

Profilul psihologic al tristeții omenеști normale (dar majore).



dispoziția tristă reactivă intensă din normalitate, care apare după eșecuri și pierderi însemnate, ca în doliul pronunțat de exemplu (se cere avută în vedere o stare depresivă relativ prelungită și evident manifestată - și nu doar emoția acută a disperării sau reflexia meditativă ușor „melancolică” de tipul atitudinii pesimiste ori a nostalgiei). Tristețea dispoziției depresive normale de doliu, în măsura în care e autentică și serioasă, constă dintr-o trăire subiectivă de suferință și neputință, cu repliere pe sine, izolare, lipsă de interes față de viitor și prezent, față de proiecte și preocupări actuale și relaționări; nimic nu-i mai face plăcere subiectului, care devine lipsit de curiozitate și receptanță față de solicitări, alții și lume în general. El se retrage ruminativ pe propriul trecut, resimțindu-se fără putere și valoare, preocupat frecvent de propria vinovăție... și chiar de moarte. Până când, depresia (doliul) se consumă; și subiectul revine treptat la ritmul normal de viață.

D.p.d.v. obiectiv - instinctiv, comportamental, corporal, cognitiv - depresia normală pronunțată se însoțește de obicei și de o inhibiție și lentoare generalizată,

de intensitate ușoară sau medie. Poate fi prezentă o scădere a apetenței alimentare, a libidoului și comportamentului sexual, corpul poate fi resimțit greu, cu reducerea activităților și preocupărilor. Funcțiile cognitive sunt parțial reduse: atenția e dificilă, gândirea și cursul ideativ diminuate, vorbirea restrictivă; preocupările ideatice sunt restrânse la un sector, ce persistă cvasi-obsesiv. În tristețea normală accentuată, mimica exprimă suferință, corpul e repliat pe sine, cu privirea în jos, comisurile feței căzute, fruntea încrêțită ca litera grecească omega (ca în masca teatrală depresivă), mâinile sunt așezate pe abdomen; subiectul răspunde mai încet la întrebări, preferând solitudinea. Aspectele comportamentale și expresive ale depresiei fac corp comun cu trăirea subiectivă.

Aceste **aspecte retractil inhibate ale tristeții majore reactive normale** – de doliu mai ales - **se manifestă intens, persistent și decontextualizant în cazul depresiei psihopatologice, care cel mai des se instalează „fără un motiv evident”- sau disproporționat față de acesta.** Tabloul clinic e pregnant mai ales în forma inhibată a depresiei, ce poate fi considerată una standard, de referință. În aceasta, accentul cade pe aspectele bio-psiho-corporale, în sensul inhibiției instinctive, motorii, cognitive, a vorbirii și a relaționărilor; care, devin acum „simptomele sindromului depresiv”. Asemănarea tabloului clinic al depresiei patologice cu cea reactiv comprehensibilă e o problemă ce persistă și în prezent, căutându-se parametrii biologici cât mai fideli pentru „endogenitate”. **Depresia se manifestă psihopatologic de obicei prin episoade**, de multe ori mixtată fiind cu neliniște, anxietate, iritabilitate, chiar explozivitate sau agitație; iar d.p.d.v. subiectiv trăirea poate fi deosebit de neplăcută, de suferință morală extremă, de „stare de insuportabil”... de apăsare...ca la „sfârșitul existenței”.. Depresia majoră – psihopatologică - exprimă o evidentă modificare a felului obișnuit de a fi al persoanei, perturbând inserția sa performantă în viața cotidiană; cu decontextualizare în raport cu situațiile actuale, relaționări și lume în general.

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

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

Sindromul depresiv din psihopatologie a constituit în ultimele decenii obiectul unor persistente cercetări de circumscriere și diagnostic prin instrumente cantitative de evaluare, în vederea consensului dintre clinicieni, terapeuți și cercetători, mai ales pentru evaluarea evolutivă în contextul terapiilor. În această perspectivă, un sindrom cum e cel depresiv poate fi caracterizat în primul rând printr-o „listă de itemi” (chek-list) sau simptome - subiective, comportamentale, expresive - pe care un examiner ar urma să le identifice prin procedee riguroase și reproductibile. Lista acestor itemi se poate centra doar pe simptomele cele mai specifice și frecvente (de exemplu într-o evaluare screening); sau poate avea în vedere și simptome mai rare..sau importante pentru unele diagnostice diferențiale. Itemii trebuie să fie explicit formulați și prezența lor stabilită prin întrebări mai mult sau mai puțin structurate.

Investigarea după un astfel de model comportamentalist cantitativ poate fi făcută cu scopul unui diagnostic actual; sau, al unui proiect de evaluări cantitative succesive, în perspectivă evolutivă. În ultimul caz se folosesc scale de evaluare care precizează pentru fiecare item o valoare numerică: de ex. 0 = absent; 1 = prezent ușor; 2 = mediu; 3 = sever (gravitatea este și ea de obicei precizată explicit și exemplificată); și, în final se calculează scorul global, obținut la o anumită dată. Acesta se poate compara cu scorul obținut la date ulterioare, evaluat cu același instrument, evidențiindu-se astfel tendința spre remisiune sau agravare. Pentru exemplificare putem menționa scala de autoevaluare pentru depresie a lui Beck, care propune următorii 21 itemi, fără o ierarhizare a acestora: tristețe subiectivă; pesimism; sentimentul eșecului (bilanț); incapacitate de a se bucura (anhedonie);

vinovăție; sentimentul necesității de a fi pedepsit; autodeprecieri (insatisfacție față de sine); autoacuzare; autoagresiune (tendințe suicidare); plâns; retragere (izolare socială); nehotărâre; părere nefavorabilă față de sine (fizic); dificultăți în muncă; tulburări de somn; fatigabilitate; inapetență; pierdere în greutate; preocupări (îngrijorare) față de starea fizică; absența libidoului. O altă scală des folosită în depresie este cea a lui Hamilton, care are o variantă cu 17 itemi și una mai amplă cu 24 itemi. Scala Montgomery-Asberg are 10 itemi, instrumentul cu care s-au efectuat studiile OMS asupra depresiei, SADS, avea 40 itemi. Cel mai elaborat instrument standardizat de evaluare a depresiei, CODE-DD (1980), avea 90 itemi, permițând diagnosticul după criteriile unor diverși autori.

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

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

moarte. Simptomatologia identificată trebuie să exprime o evidentă modificare a felului de a fi anterior și să inducă suferință și disfuncție socială.

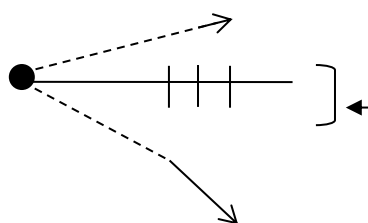
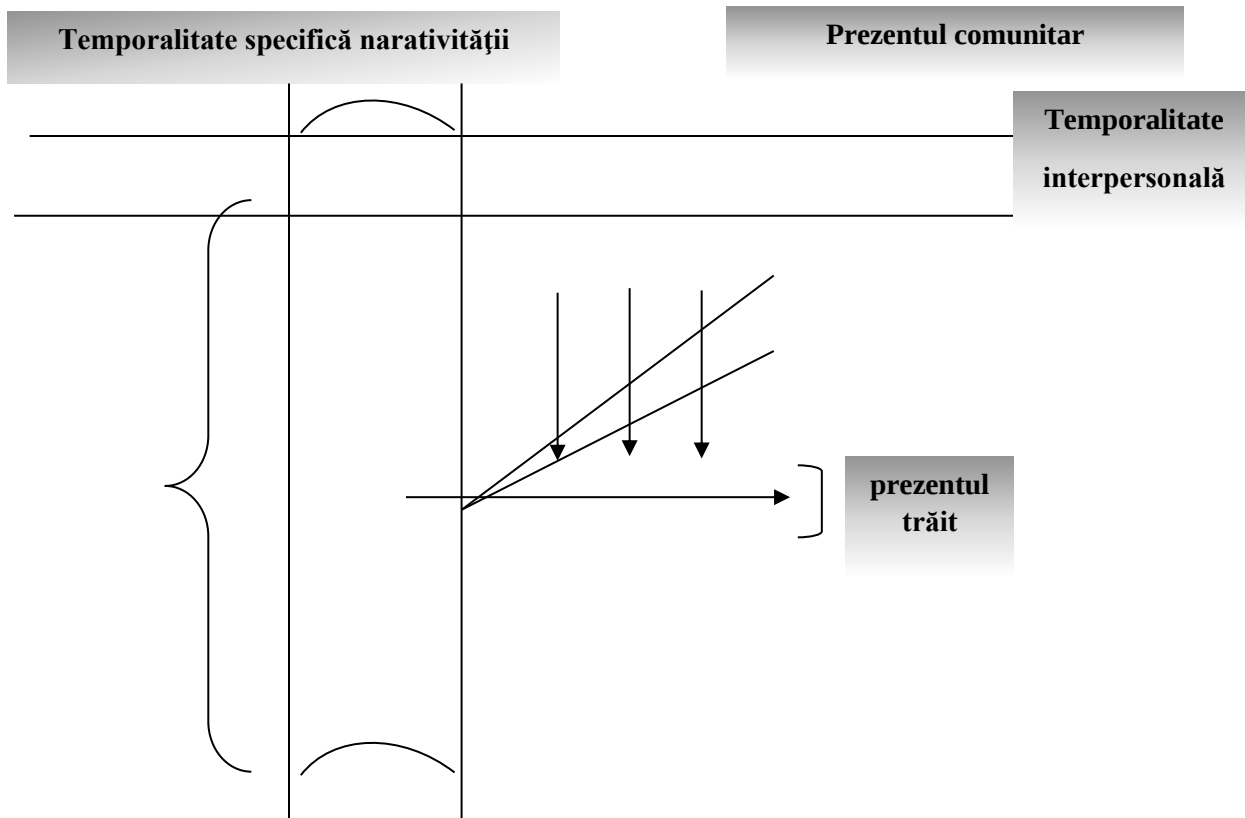
Diagnosticul diverselor episoade depresive diagnosticabile prin DSM-5 poate avea variate intensități și durate, marcate sau nu de o serie de „specificatori”, care se pot corela și cu condiții comorbide; de ex depresie anxioasă..sau iritabil agresivă..sau cu delir.. În ultima ediție a manualului întreaga patologie de tip depresiv e plasată într-un capitol special, sugerându-se astfel că ea exprimă un „spectru malativ”...cu referire la o disfuncție specifică a unei anumite structuri dispoziționale constitutive a psihismului persoanei.

Abordarea diagnostică pe care o dezvoltă în psihopatologie sistemele standardizate – uneori cuantificate - inclusiv în cazul depresiei, este desigur foarte utilă pentru înțelegerea și concordanța dintre examinatori, în vederea unui tratament adecvat, pentru urmărirea evoluției clinice; precum și pentru procesul didactic sau cercetarea științifică. Această perspectivă decontextualizează însă în mare măsură sindromul ce se cere diagnosticat (recte depresia), desprinzându-l de corelația sa cu semnificația parametrilor situaționali, cu biografia pacientului, cu circumstanțele și contextul cultural în care el se manifestă. În plus, varietatea opțiunilor pentru includerea itemilor în lista caracterizantă e uneori deconcertantă, neindicând destul de clar **nucleul formal comprehensiv esențial**, în jurul căruia toate aceste manifestări simptomatice se organizează; sau din care ele decurg, ca variantă normală. Adică coerența sa de sindrom, de „câmp semiologic specific”, ce derivă dintr-o trăire umană cu sens. Ori, o astfel de abordare nu e imposibilă, dacă se acceptă și o perspectivă fenomenologică.

Caseta 13

Structura trăirii prezentului personal

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



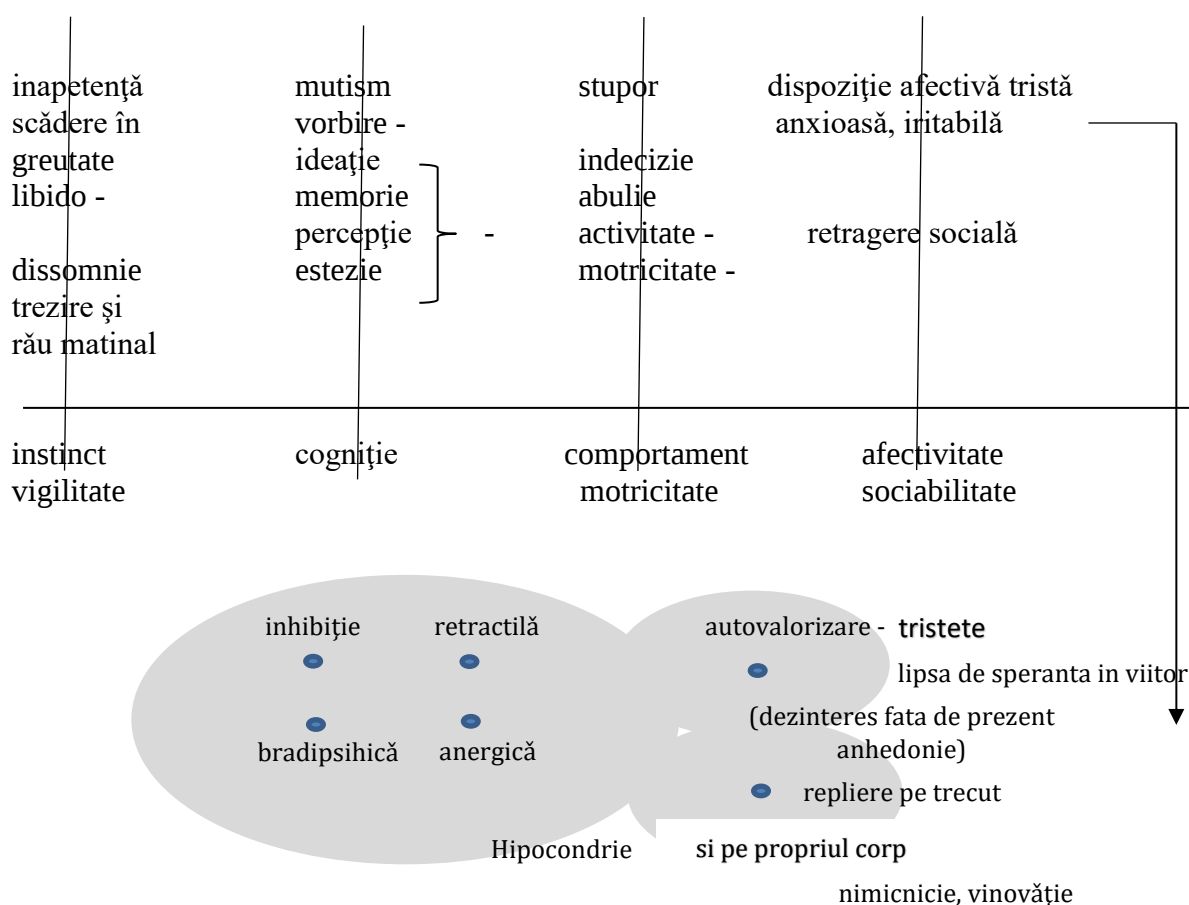
2.3. Specificul „nucleului simptomatic” al sindromului depresiv și „funcționarea” sa dispozițională. Fenomenologia psihopatologică - care face viața cotidiană. În acest sens, fenomenalitatea proprie depresiei (normale și patologice) ar consta într-o specifică desprindere a subiectului de lume pe axa temporalității, prin retragerea sa inhibată și bradipsihică din prezentul situațional – flancat în normalitate de speranță și proiecte în viitor; cu repliere anergică și ruminativă pe trecut și pe un sine devalorizat, lipsit de sens și marcat de suferință. **Depresivul se resimte blocat în fața viitorului, fără speranțe, curiozități, dorințe, aspirații, proiecte; - și a prezentului, cu anhedonie, anergie, lentoare, dezinteres social; „nimic nu-i mai fac plăcere” nu-l mai preocupă, în cadrul unei suferințe și pasivități triste, ruminative; - aspirat fiind de trecut.** Pacientul depresiv meditează asupra slăbiciunii și vinovăției sau lipsei sale de rost, cu orientare spre inexistență și ideatie de moarte. Se poate considera că varianta psihopatologică a depresiei se manifestă printr-o accentuare rigidă simplificatoare a acestor parametri, cu accent pe aspectele formale și suprapersonale - biopsihice, corporale trans-biografice -, ale unei retrageri din raportarea la situațiile actuale – din „prezentul trăit” (Caseta 14) - orientată spre trecut și neființă. Această schemă formală a depresiei, coerentă dar rigidă, se autonomizează în psihopatologie, afirmându-se relativ spontan, dezarticulând subiectul de parametrii vieții sale cotidiene.

Astfel de sugestii pot fi reluate în prezent, când abordarea neofenomenologică colaborează fructuos cu cognitivismul și neopsihanaliza; iar raportarea persoanei conștiente la situațiile actuale e privită ca având în fundal o identitate biografico caracterială, încorporată biopsihic și circumscrisă social. Structură identitară dotată cu variate disponibilități de raportare circumstanțial situațională și de relaționare, inclusiv în cadrul proiectelor și preocupărilor (Caseta 7,8). Reluând într-o formulare mai largă cele deja spuse și avându-se în vedere și tristețea normală - din care depresia psihopatologică derivă - se poate afirma că: **nucleul formal de referință al unui fenomen depresiv**

psihopatologic, poate fi indicat printr-o accentuată: inhibiție psihică centripetă, bradipsihică, anergică a subiectului, însoțită de suferință subiectivă și autovalorizare

Caseta 14

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



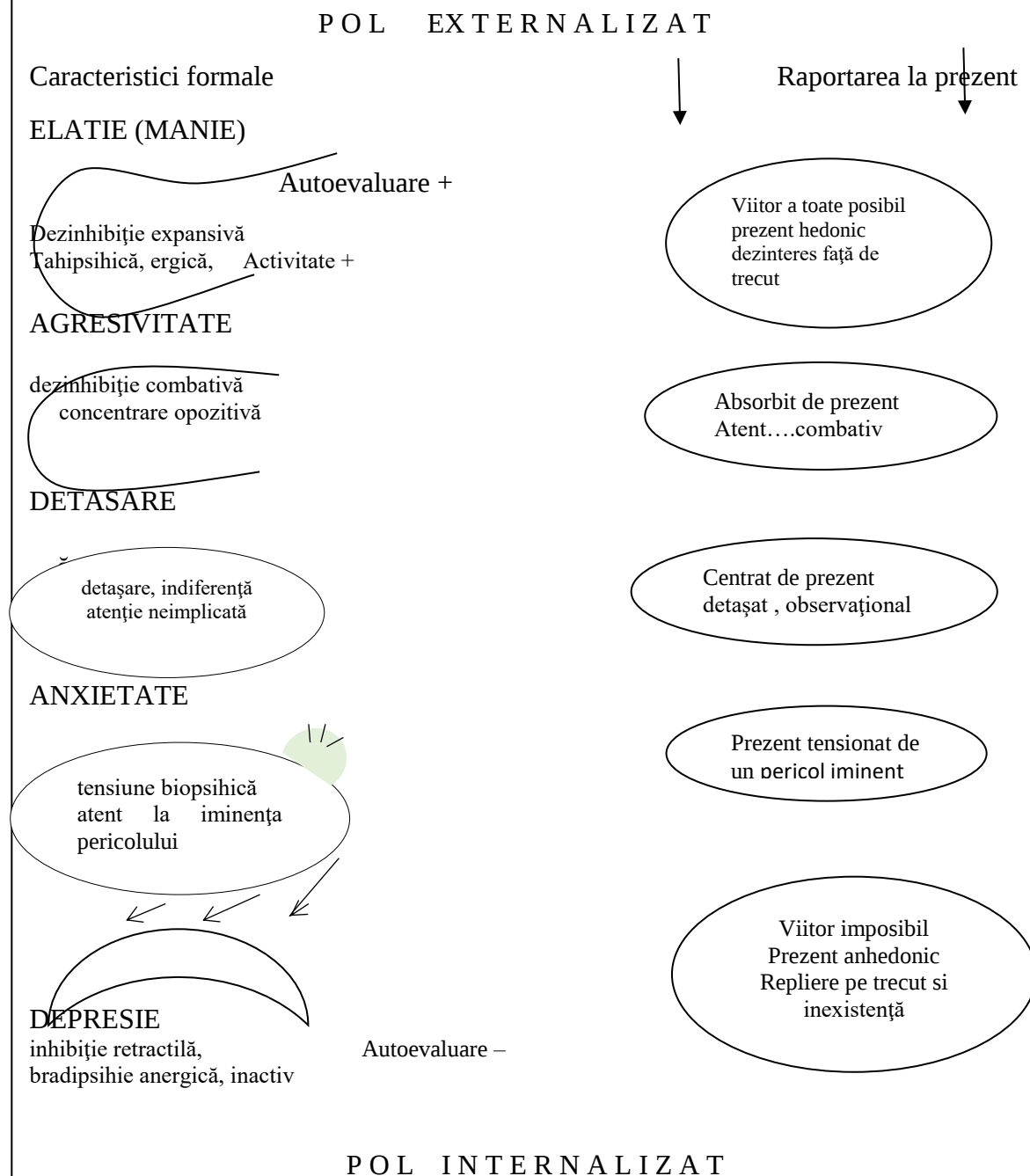
negativă, ce exprimă lipsă de speranță în viitor, dezinteres anhedonic față de prezent și alții, cu o repliere ruminativă pe sine, pe propriul corp și pe trecut, cu orientare spre moarte (neființă) și ideatie suicidară (Caseta 14). Acest nucleu simptomatic indică tendința specifică spre inhibiție ideatică și spre inactivitate comportamentală – până la stupor – precum și reducerea sau absența

contactelor cu alții. Dintr-un astfel **de nucleu formal (al trăirii și manifestării subiectului)** ar decurge toți itemii semiologici de caracterizare clinică din scalele de evaluare; și toate variantele de manifestare clinică, cu intensități, accente simptomatice, durate și interferențe cu alte sindroame.

Depresia psihopatologică – din TB și TMD - se instalează fără o evidentă condiționare evenimentțială actuală comprehensibilă. Ea ar putea fi corelată – mai mult sau mai puțin ipotetic - dereglării unor biopsihoritmuri subjacente, derivate desigur din moștenirea psihobiologică; și articulată istoriei biografice, ancorării în relaționări și proiecte, implicând procesul autoevaluativ. Dar, nici depresia evident reactivă, apărută în cadrul doliului sau în urma unor pierderi ori eșecuri, nu se manifestă doar ca o consecință nemijlocită a acestora. **La fel ca în cazul tuturor stărilor dispoziționale – anxioase, agresive, euforic-expansive etc. – depresia reactivă se cere a fi înțeleasă ca actualizare a unei potențialități temperamental comportamentale a subiectului, ce e prezentă ca disponibilitate, în fundalul identității biografico-caracteriale a persoanei; de unde e adusă la prezență și folosită de subiect, ca atitudine și trăire adecvată semnificației situaționale, având sens și fiind utilă în împrejurări date, (de pierdere în depresie,.. de pericol în anxietatea fobică,...de confruntare în raport cu o provocare agresivă etc.).** După ce evenimentul ce a declanșat-o își încheie ciclul, respectiva dispoziție afectivă – recte, respectiva poziționarea atitudinală special orientată a subiectului, spre depresie - se retrage treptat în fundalul său dispozițional-caracterial; pentru a putea fi accesată cu alte ocazii. Iar subiectul revine la modalitatea sa firească de raportare flexibilă și diversificată din viața cotidiană, printr-o raportare multifățetată față de diversele situații actuale semnificative.

Caseta 15

Cele 5 dispoziții afectiv comportamentale disponibile în structura temperamentală a persoanei, pentru actualizări adaptative sau patologice



În normalitatea adaptativă dispozițiile de bază sunt actualizate la semnificații situaționale specifice :

- ELAȚIA....la solicitări, oferte, promisiuni atractive, aspirații... subiectul implicându-se pentru realizări viitoare (sau, petrecere sărbătorească trastemporală) ;
- AGRESIVITATEA..la provocări, amenințări, atacuri periculoase, deseori ca și confruntare cu un oponent ;
- DETAȘAREA,...la oferte observațional contemplative plasate ob-jectiv ;
- ANXIETATEA FOBICĂ,..la aprehensiunea sau cunoașterea unui pericol în condiții de nesiguranță și slăbiciune ;
- DEPRESIA -în condiții de eșec, înfrângere sau pierdere semnificativă.,,cu retragere din situație, repliere pe sine..pentru refacere, reorganizare.

O astfel de perspectivă ar explica și de ce unele persoane sunt temperamental mai predispuse spre marcate reacții dispoziționale anxioase, agresive, depresive sau euforice....iar altele mai puțin; de ce există oameni temperamental melancolici, sangvinici, colerici flegmatici. Problematika stărilor dispoziționale psihopatologice s-ar putea plasa, deci, în continuitatea acestei tradiții a temperamentelor. Ținându-se cont, desigur, de implicarea ansamblului factorilor ce modelează personogeneza și a celor ce pot vulnerabiliza un teren personalistic în anumite direcții; făcând posibil ca, în anumite împrejurări de creștere a vulnerabilității, persoana să se manifeste depresiv, anxios, agresiv sau prin relație într-un mod aberant, chiar și la stresori minori.

Rămânând în aria dispozițiilor afective, merită amintită la acest nivel în mod special și dispoziția opusă polar depresiei „internalizate”; adică, dispoziția, „externalizată” de relație expansiv dezinhibată și uneori euforică, strâns corelată asertivității și realizărilor performative; dar și veseliei sărbătorești. În psihopatologie aceasta se exprimă în **sindromul maniacal**.

Acesta poate fi caracterizat și ea ca fenomen, dincolo de listele de simptome, prin: O anormală dezinhibiție centrifugă, tahipsihică și ergică, cu perturbarea raportării subiectului la situațiile actuale printr-o excesivă proiecție spre un viitor atotposibil, neglijarea trecutului și un contact punctiform cu un prezent hedonic; subiectul resimțindu-se puternic și valoric pozitiv, cu o largă deschidere socială, gregară (depresivul e retras social).

Manifestarea „endogenă” alternativă – și uneori ciclică – a maniei și depresiei stă la baza Tulburării Bipolare. Scrutarea împrejurărilor în care stările de relație expansivă externalizate și cele de retragere depresivă internalizate se manifestă adaptativ în viața curentă, poate sprijini înțelegerea episoadelor psihopatologice. Iar invers, analiza sindroamelor depresive și maniacale, ar putea

atrage atenția asupra structurilor funcționale adaptative ale psihismului persoanei conștiente.

2.4. Semnificația adaptativă a reacției depresive normale. Psihologia și psihopatologia evoluționist antropologică. Sindromul depresiv psihopatologic – al DM - ar putea fi considerat, deci, ca expresia unei manifestări deficitare deformată, a cadrului formal firesc al reactivității dispoziționale afectiv depresive adaptative; care în patologie ajunge să se exprime simplificat, rigid, decontextualizant. Revenind însă la reacția depresivă comprehensivă normală, s-ar putea face următoarea remarcă. Dacă pe vremea lui Jaspers cineva ar fi întrebat „De ce reacționează omul prin tristețe în urma unui eșec sau când pierde pe cineva apropiat ?”,... probabil i s-ar fi răspuns: „Pentru că așa e natura umană”. După anul 2000, în vremea în care diagnosticul depresiei beneficiază de definiții operaționale, scale de evaluare și trimiteri spre o infrastructură formală a psihismului uman - studiată de psihologia cognitivă, neofenomenologică și neopsihanalică - răspunsul tinde însă să se schimbe; și aceasta, mai ales prin contribuția psihopatologiei evoluționist culturale. Se sugerează acum o surprinzătoare perspectivă, care afirmă că tulburări cum sunt cele anxioase și fobice și depresive, derivă de fapt din strategii psihice reactive adaptative.

Să fie oare retragerea inhibată depresivă reactivă normală - cea din urma eșecurilor și pierderilor (doliului) - un model comportamental adaptativ? O astfel de idee avansată de psihologia și psihopatologia evoluționistă ar putea fi discutată. Dar, doar ținând cont de **dimensiunile și structura specifică a psihismului uman**, așa cum a rezultat aceasta nu doar din antropogeneză și din istoria culturală (Caseta 12). Proces evolutiv prin care, păstrându-se esențialul moștenirii psihismului specific mamiferelor, la hominizi acesta s-a diferențiat major; reformulându-se și în paralel cu cadrul global al „lumii umane” în care el a ajuns să se manifeste. Adică, existența într-o lume specifică, bazată pe logos și relaționări interpersonale, pe practici instituționalizate ordonate prin norme, valori, entități fictive și narativități culturale. Iar în acest context, psihismul

persoanei umane se organizează în jurul unei identități biografico caracteriale, prin cel puțin trei dimensiuni specifice: - Cea a acțiunilor cu scop, ce se desfășoară ghidată de modele probabiliste; - Cea a relaționărilor interpersonal-intersubiective, realizată pe o diagramă intim/publică; - Cea a operării cu entități științifico-culturale fictive, în care subiectul se autoproiectează ca personaj. Dimensiuni care-i asigură persoanei identitare o flexibilă conexiune cu lumea sa umană, prin intermediul situațiilor actuale trăite, a proiectelor și preocupărilor; astfel încât el se afirmă ca un subiect – persoană – unică și irepetabilă.

Evoluționiștii au indicat importante asemănări între comportamentul adaptativ periodic al hibernării sezoniere și depresie; și, între cel al rutului și starea maniacală. În hibernare individul e practic imobil, cu funcțiile vitale în stare de hipofuncționare, neconsumând noi resurse energetice (într-o perioadă în care acestea sunt reduse); el nu se mai raportează activ la ambianță, astfel încât și funcțiile cognitiv comportamentale sunt inhibitate și lente. Cercetări clinice au indicat și la om unele forme de „depresie sezonieră” care se manifestă cu preeminență în sezonul rece și cu luminozitate redusă. Prin contrast, în zonele tropicale și subtropicale, inhibiția depresivă pare a fi, statistic, mai rară;...iar manifestările dezinhibate de tip maniacal mai exprimate. Cu toate aceste observații, psihismul omului - care de multe mii de ani e capabil să-și asigure termo-reglarea, - apare ca fiind mult mai puțin sub influența periodicității ciclurilor cosmice sezoniere decât psihismul animalelor (deși ciclicitatea circadiană se păstrează).Totuși, nu ar trebui ignorat faptul că până în urmă cu un secol, o importantă periodicitate sezonieră s-a păstrat și în viața omului, prin dependența sa de producția agricolă. Brutalitatea cu care se manifestă uneori episoadele ciclice ale maniei și DM, sugerează că această ritmicitate ancestrală se menține parțial, subjacent, în fundalul neexprimat al bio-psihismului uman.

Alt model care a fost invocat de evoluționiști este cel situațional, al „reflexului de moarte” („Totstelreflex,”) a animalelor în fața pericolului indus de contactul direct cu predatori: individul aflat în pericol cade brusc în stare de

nemișcare – „ca și cum ar fi mort”- fiind astfel ignorat de animalul ce îl vânează. Un model similar e cel al „declarației de înfrângere” din cadrul confruntării intraspecifice dintre doi masculi; cel învins se întinde imobil în fața învingătorului, expunându-și zone vulnerabile (abdomenul, testiculele);...iar în consecință, e „lăsat în pace”. Aceste modele de inhibiție și sumisiune areactivă corelate confruntărilor agresiv anxiogene dintre indivizi au însă o legătură doar marginală cu depresia umană, modelul trimițând în psihopatologie în primul rând spre leșinul histeric, stuporul reactiv și sindromul cataton. Totuși, funcția adaptativă a comportamentelor retractil inhibate reactive se cere a nu fi ignorată în ansamblu, dacă ținem seama și de nevoia de refacere a organismului și psihismului după boală, infecții, epuizări, înfrângeri. Ar mai fi de reținut comportamentul particular, neliniștit agitat..dar apoi inhibat apatic, oricum dezadaptativ, ce se instituie la separarea copilului mic de persoana de atașament. La om, psihanaliza a descris în aceste condiții la sugăr, spre sfârșitul primului an când se instituie relația de atașament, o „depresie anaclitică” (Spitz). Iar, investigațiile biopsihologice (Panskseep) au comentat chiar și la mamifere o astfel de reacție (de supărare – „*crazy sadness*”) la separarea puiului de mamă. Oricum, depresia după pierderea unei persoane apropiate sufletește, resimțită ca fiind de sprijin, este esența doliului uman, prototip al reacției depresogene. Se impune de aceea o scurtă reflexie asupra acestei condiții umane.

Doliul se instituie în urma pierderii unei persoane de interpătrundere intimă a subiectului cu un altul, relație ce prezintă importante specificități umane. Omul, născându-se cu un creier imatur ce continuă să se dezvolte postnatal, își edifică și diferențiază psihismul pe parcursul primilor trei ani, printr-un atașament postnatal intim și prelungit față de persoana de îngrijire; a cărei imago este pe acest parcurs „introjectat” în propriul psihism, într-o instanță intrapsihică specială (*internal woking model*—în formularea lui Bowlby). Instanță în care, persoanele de atașament sunt asimilate și pe parcursul vieții, ajungând astfel să facă parte din „sinele său extins”. Pierderea unei astfel de persoane apropiate, poate fi

considerată o „amputare a organismului psihic extins” al subiectului. Așa cum s-a amintit deja, încă din prima copilărie, despărțirea de persoana de atașament este trăită neplăcut, ca disconfort ce induce neliniște, plâns, tristețe, anxietate, panică, agitație..apoi, inhibiție detașată. Această depresie de separare de persoana de atașament, poate fi considerat prototipul tristeții la pierderea unei persoane dragi.

Doliul uman de la vârsta adultă mai are însă o specificitate, el manifestându-se în atmosfera culturală specială a unei colectivități date, dimensionată prin norme, valori și credințe. La înmormântare participă întreaga familie, rudele, cunoștințele, oficiindu-se o slujbă religioasă. Subiectul resimte astfel că, el a fost și este integrat într-o comunitate socio-spirituală, care-l protejează; și care-i va respecta perioada oficială (a statutului și rolului) de doliu, în care contactele și solicitările sunt reduse; iar manifestările publice – expansive – restricționate. Comunitate care, crede tradițional într-o viață de după moarte,.. în care „personajul” celui decedat va persista (cultul strămoșilor fiind una dintre cele mai vechi practici rituale culturale). Această ieșire din „prezența la prezentul comunitar cotidian” este reprodusă astfel simbolic de cel îndoliat, tocmai prin retragerea sa temporară din participarea curentă la viața colectivității. Condiția psiho-culturală a doliului e deci mult mai complexă decât despărțirea de persoana de atașament a sugarului. (Nota 9)

Depresia se instalează însă de fapt, la om, în multiple împrejurări de pierderi dimensionate socio-cultural, care nu se reduc la cele de bunuri materiale sau persoane de atașament.. Omul își poate pierde idealurile, speranța în ceva mai bun, valorile de care s-a atașat; sau, patria, poziția sa socială ierarhică – statutară, stima de sine, onoarea, respectul celorlalți, autoevaluarea sa pozitivă, credința sa spirituală (În Vechiul Testament Iov își pierde toți copiii, toată averea și poziția sa socială, dar nu și credința în Dumnezeu; și își revine). Toate pierderile depresogene menționate, se referă la dimensiuni existențiale pe care persoana culturală le câștigă progresiv pe parcursul vieții sale; și pe care le asimilează într-

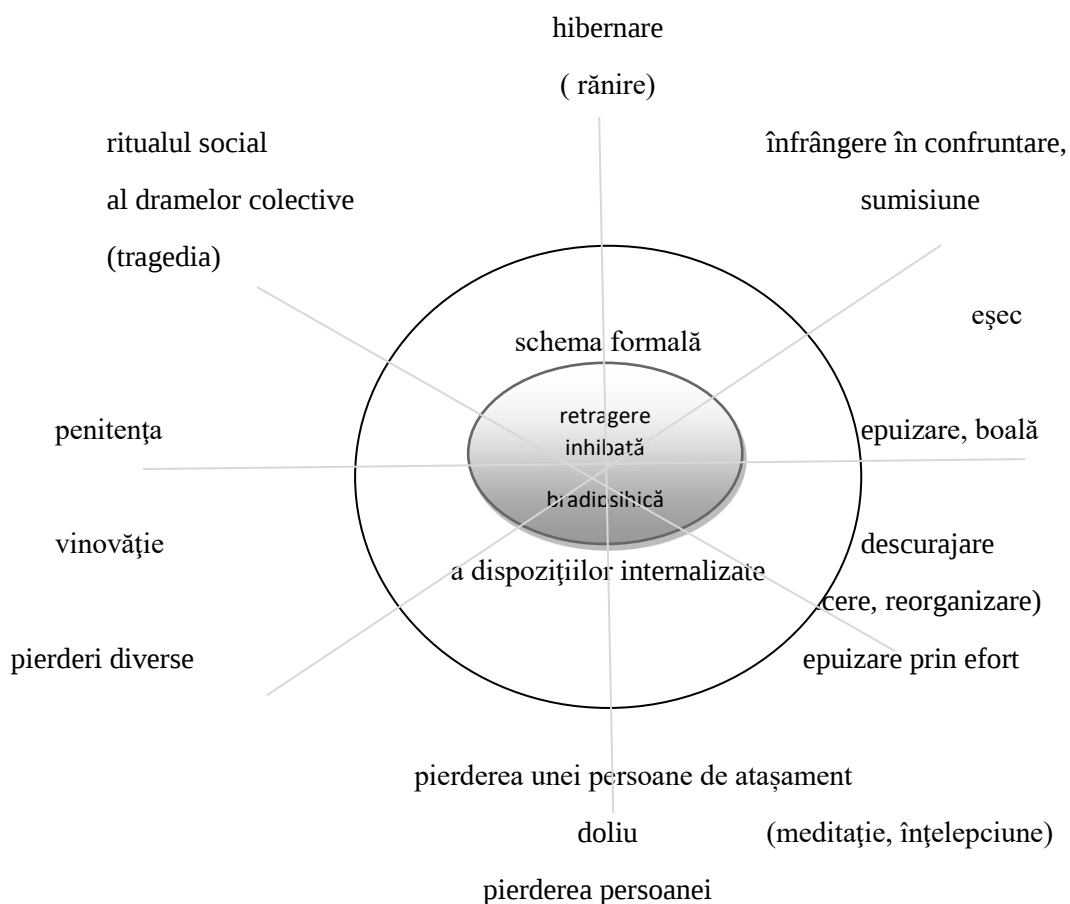
un fel de „corporalitate secundă, culturală” a persoanei sale, în care subiectul e integrat; și de care el e atașat.

Depresia normală se instituie – așa cum s-a amintit - și consecutiv eșecului unui proiect, în care subiectul a investit dorințe, pentru care s-a luptat cu ambiție, dar care nu s-a mai realizat; pierzând deci „ceea ce el ar fi dorit să aibă”. Sau, a înfrângerii în confruntări și competiții, care-l frustrează de câștiguri sau poziții sociale dorite. Eșecul, neîmplinirea, înfrângerea, decăderea dintr-un statut social superior – avut sau râvnit -, pierderea prestigiului, conștientizarea unui comportament vinovat, sunt și ele condiții depresogene; care de obicei se însoțesc de atitudini autocritice. În importanta sa sinteză asupra psihopatologiei depresiei, S. Blatt diferențiază între depresia *anaclitică*, corelată atașamentului de altul și una *introjectivă*, autocritică, ce ar putea fi corelată eșecurilor și destatutărilor. Toate aceste condiții se cer înțelese însă ca **secvențe în cadrul unei procesualități existențiale, în care persoana se implică proiectiv, de-a-lungul unor parcursuri și dimensiuni existențiale ce evoluează spre un final; și nu ca evenimente punctual-reactive, „surpriză”**. La fel sunt și evenimentele cu impact moral negativ, ce induc scăderea stimei de sine, așa cum e culpa și rușinea,.. cu depresie consecutivă; și din care subiectul își poate reveni treptat, prin răscumpărare morală, prin reafirmare socială pozitivă. **În toate cazurile vieții curente în care un om devine depresiv în mod comprehensiv, el se resimte într-un moment special al vieții sale, al existenței sale unice, uneori trăită la limită.**

Faptul de a putea ajunge depresiv în urma unui eșec, a unor pierderi diverse, a unei înfrângeri combative dar și morale, apare ca înscris în structura desfășurării dinamice a cursului existenței cu sens a persoanei; ca o posibilă postură de

Caseta 16

Circumplex al modalităților bio-psiho-antropologice care configurează “disponibilitatea” persoanei pentru stări internalizat-depresive



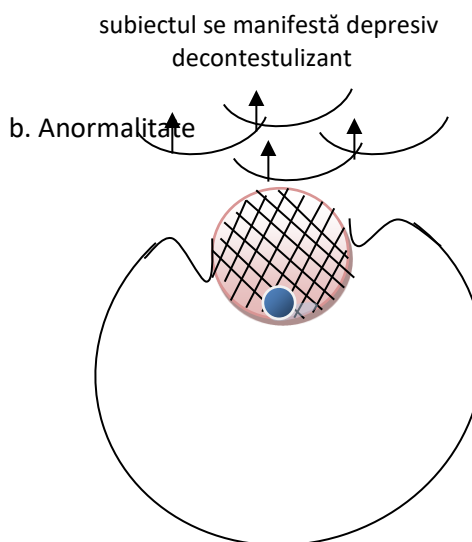
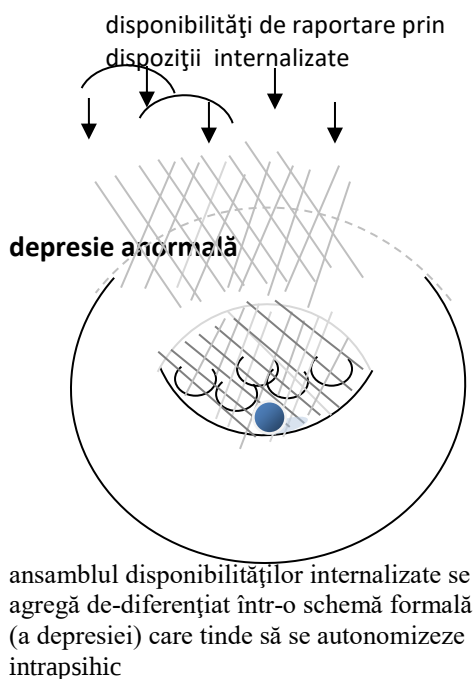
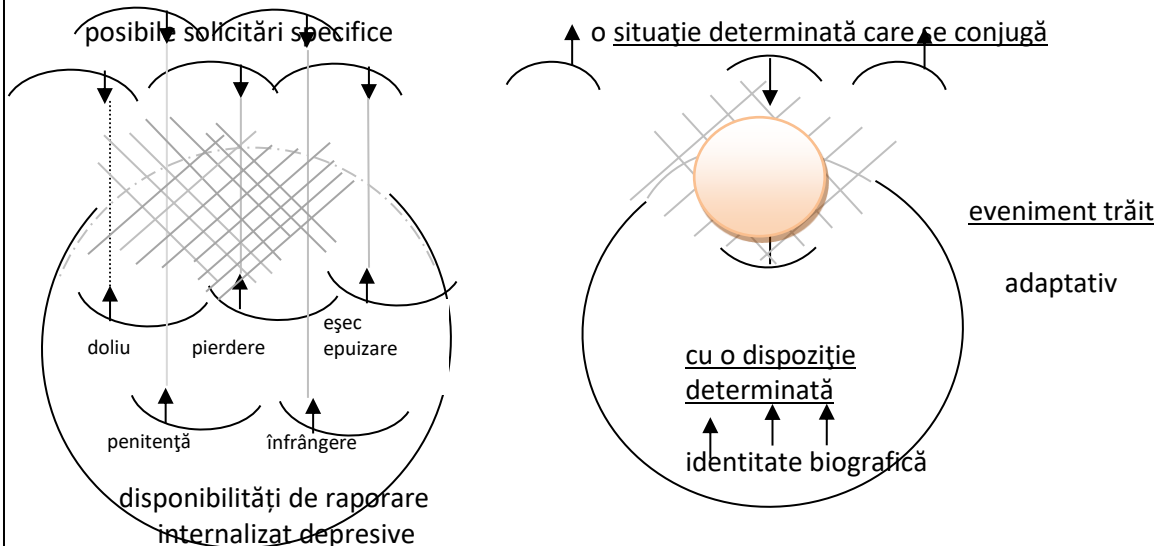
reculegere ruminativă și de reevaluare, a unui om aflat într-o situație dificilă, problematică. Iar semnificația ar fi cea de a favoriza, printr-o adecvată ruminăție, regenerarea și refacerea, mai ales cea sufletească, morală; pentru ca subiectul să fie capabil de noi angajări în proiecte de viitor..în noi relaționări. Timp de retragere ce se cere respectat, ca un firesc episod al ciclurilor existențiale.

Caseta 17

Dinamica dispozițiilor internalizate

a) Normalitate

Conjunctia diferențiată a unei disponibilități dispoziționale cu o situație corespunzătoare



o situație minoră sau solicitările vieții obișnuite aduc în prim plan schema formală a dispoziției internalizate dediferențiată (a depresiei) ce se impune rigid, monopolizând și decontextualizând viața psihică a subiectului

Depresia ce e suferită în cazul eșecurilor, pierderilor și mai ales a doliului, nu e de fapt determinată doar de semnificația evenimentului – care e, în cele din urmă, o secvență dintr-o desfășurare uneori ciclică; ci, așa cum deja sa menționat, de o intervenție „organismică”, instrumentală (organ = instrument), a unei disponibilități – a unei dispoziții anume – a psihismului persoanei care se manifestă adecvat.. într-un moment ce o pretinde. Căci „a fi capabil de reacție depresivă” (adaptativă) e o caracteristică a normalității persoanei umane (anormal ar fi ca, în anumite împrejurări, să nu poți fi depresiv); **o condiție în care ea își resimte identitatea solicitată aparte, tensionată, suferindă, chinuită.**

Iar astfel de „utilizări ale disponibilității de a fi depresiv”, se petrec în permanență - chiar dacă nu cu decizia subiectului - ca strategii circumstanțiale adaptative în diverse secvențe ale vieții unui om ce-și trăiește unica sa viață.

În perspectivă psiho-antropologică nu ar trebui ignorat nici faptul că tematica situațiilor de suferință, chin, depresie, disperare etc. e prezentată și dezbătută și în plan cultural, de exemplu în tragedii. Antichitatea a utilizat în mod curent respectivul scenariu – ce se referea la personaje interpretate acum de actori – pentru inducerea unui „catharzis”. Atmosfera tragic-depresivă se întâlnește până și în ritualurile de pătimire ale zeului (e.g. postul Paștelui). Și la fel, în scenariile tragice ce se desfășoară în literatura la care subiectul are în mod curent acces...în filme; nefiind exclus ca propriile evenimente tragice ale unei persoane date să fie transpuse și desfășurate în astfel de narativități publice. Această prelungire și prezență a condiției depresive în planul scenariilor ficțiunii literare e importantă, deoarece ea ne relevă dimensiunea de „personaj” în care se plasează subiectul uman când intră în condiția depresiei: cea de erou al unui scenariu relatabil; ipostază care se dezvoltă și în cazul delirurilor depresive congruente. Dar **acest pol expresiv spectacular și narativ de „scenariu” al condiției depresive, nu anulează dimensiunea ei de „trăire” subiectivă aparte, din registru negativ, de suferință, de pathos și chin uman, intim trăit.**

De-a lungul unei vieți obișnuite, un om are nenumărate ocazii în care își poate exercita – și astfel „exersa” dar și „trăi” în multiple variante psiho-antropologico culturale - disponibilitatea sa pentru „trăiri internalizate de tip depresiv”; fiind de așteptat ca în fiecare persoană să regăsim, mai mult sau mai puțin dezvoltată, o „structură-funcțională dispozițional-depresivă”. Un fel de „modul”, la care subiectul face apel, de obicei preconștient, în varii conjuncturi psiho-socio-culturale ce invocă sau pretind depresia. Ceea ce ar urma să clarifice psihopatologia, se referă la tranziția acestui modul psihoantropologic funcțional al tristeții - ce se actualizează periodic adaptativ -, în ipostaza de organ aflat în disfuncție. „Modul al depresiei psihopatologice” ce se manifestă acum aberant, nesolicitat, intens, rigid, doar prin parametrii săi formali, decontextualizând subiectul; ajungând să-și subjuge uneori pentru anumite perioade de timp, întreaga existență psihică a acestuia.

Desigur, sunt de presupus și intervenția unor factori genetici, care se concretizează în particularități ale neurotransmisiei, specifice manifestărilor depresive. Iar pe de altă parte nu pot fi neglijați factori biografico dezvoltamentali de vulnerabilizare a persoanei, de la absența sau pierderea persoanelor (imagourilor) de atașament în prima copilărie, la modele educaționale distorsionate în această perioadă; care, perturbă modurile de cogniție autoevaluativă ale subiectului în raport cu expectațiile, actele și performanțele sale. Astfel încât, el poate ajunge să fie predispus la continui sau exagerate autoevaluări distorsionate, negative, în raport cu evenimentele vieții sale curente. Pe parcursul sec. XX și în ultimele decenii, în aceste direcții a sondat psihanaliza clasică, apoi doctrina atașamentului (Bowlby), doctrina relațiilor interpersonale a lui Sullivan (Arietti), cognitivismul (Beck) și neopsihanaliza (Blatt). Pentru problematica psihopatologiei depresiei – și a maniei cu care aceasta se polarizează, așa cum s-a constatat de peste două milenii – rămâne însă importantă și perspectiva disfuncției dinamicii intrapsihice a bio-psiho-ritmurilor antropocosmice și culturale.

2.5 Sindromul depresiv, complexul stărilor dispoziționale și nosologia psihopatologică. Depresia, ca tulburare afectiv dispozițională, e una dintre cele mai frecvente manifestări psihopatologice, exprimată cu diverse intensități și durate, întrețesută cu variate alte tulburări dispoziționale, la fel ca în normalitate. Întrețeserea dintre depresie și anxietate în trăirile curente din viața cotidiană conturează o dispoziție naturală, ce a stat la baza dimensiunii „afectivității negative” ce a fost comentată de psihologia caracteriologică a personalității (inclusiv FFM). O astfel de mixtare se întâlnește și în psihopatologie, DSM-5 semnalând frecvența crescută a coexistenței Depresiei Majore cu **anxietatea**; propunându-se la un moment dat chiar acceptarea explicită a unui diagnostic mixt al acestei variante „neliniștite” de tulburare dispozițional comportamentală „internalizată”: tb. *distimică* de „*distress*”. (Nota 10) Se poate aminti apoi sugestia circumscrierii unei zone psihopatologice de intensitate medie – a „*nevrozei* sau *cotymiei*” - centrată de cuplul depresie-anxietate, pe care o comentează P. Tyrer; (care include și TP din clusterul C din DSM-5). Psihopatologia depresivă se poate apoi combina și cu cea **agresivă**, în variantă *disforică*, iritabil-agitată sau impulsiv-explozivă. DSM-5 a introdus chiar în capitolul dedicat depresiei, o nouă entitate clinică, ce se manifestă la tineri și în adolescență, constând din conflictualitate agresiv-provocatoare continuă timp de ani de zile, ce se manifestă pe un fundal afectiv depresiv morocănos (episoadele de tip maniacal exclud diagnosticul). Varianta de intensitate medie dar prelungită a depresiei-iritabile disforice e frecventă la unele Tb. de personalitate ca cea antisocială (și la unii psihopați); sau la TP Borderline.

Depresia – corelată mai mult sau mai puțin cu anxietatea, iritabilitatea, astenia - e caracteristică și majorității **Tb. somatoforme**, însoțite de cenestopatii, algii sau preocupări exagerate de sănătate corporală (hipocondriace). Apoi, în ultimele decenii s-a studiat sistematic o variantă a depresiei „mascate prin simptome somatice”; în același timp, evidențiindu-se și rolul depresiei mitigate în multiple manifestări clinice etichetate ca psihosomatice. Aceste manifestări se

corelează cu faptul că starea depresivă standard, implică definitiv corporealitatea, nu doar prin inhibiții psihomotorii pe mușchiulatura striată; ci și printr-o atenție crescută acordată de subiect „spațiului corporalității proprii”; și, prin prezența unor spasme pe mușchiulatura netedă a organelor interne cavitare (la nivelul bronhiolilor, vaselor sangvine, tubului digestiv și urinar); precum și cu o „deprimare” general biologică, constatabilă în disfuncții endocrine și în scăderea imunității.

Revenind la variantele tipologice ale Depresiei Majore, se cere menționată și cea a combinării cu **dispoziția detașată, de neimplicare** (care se exprimă cel mai pregnant în **Sd. depersonalizării**); elementele depresive se însoțesc acum cu dificultatea trăirii și exprimării propriu-zise a tristeții (suferința pacientului de „a nu putea plânge”); și/sau, cu depersonalizarea corporală, ca în Sd. Cotard, în care subiectul se resimte că „nu mai are organe” fiind plasat în „eternitate”.

Mixtarea și intersecția depresiei cu toate aceste stări dispoziționale se întâlnește, la o intensitate de manifestare medie, în **Tb. de (des)adaptare**, care se instalează nu ca o consecință nemijlocită și comprehensivă a unui anumit eveniment psihotraumatizant major - pierdere, doliu, eșec, înfrângere, destatutare socială sau morală; ci a unui cumul progresiv de microstresori negativi: frustrări, resentimente, insatisfacții, micro-eșecuri, nemulțumiri, microconflicte trenante cu persoanele proxime, epuizări, schimbări de viață cu necesitatea readaptării, monotonie, lipsa factorilor aspirativi, ai odihnei și satisfacțiilor de viață etc. Cumul care poate eroda disponibilitățile de manifestare dispozițională proiective, lăsând să se afirme în prim plan schema formală a depresiei.

Dincolo de toată această varietate clinică de comorbidități dispoziționale de intensități medii sau ușoare, nosologia actuală acceptă și o supra-clasă a unui „**spectru depresiv**”, căruia DSM-5 îi dedică un capitol aparte. Acesta e centrat de patologia episodică a **Depresiei Monopolare Recurente**, ce se instalează și evoluează în aceeași modalitate periodică „de tip endogen” în care se desfășoară și **Tb. Bipolară**. Ajungem astfel la tradiționala polarizare – ce e înțeleasă în

prezent și ca o intersecție - între **Depresia Majoră Recurentă** – ce poate fi privită ca **port-drapel psihopatologic al tulburărilor dispoziționale comportamentale „internalizate”** - cu **dispoziția externalizat-Maniacală** - care ar putea fi considerată ca exprimând **varianta disfuncțională a cadrului formal al manifestărilor externalizate**. Dintre complexe probleme psihopatologice ce se ridică la acest nivel menționăm două:

Unul se referă la mai sus amintita procesualitate bio-psiho-antropologică, în care sunt incluse, în normalitate manifestările dispoziționale internalizate (depressive) ale eșecului și pierderilor, ce pot apărea la un prim decupaj ca stări reactive (simetrice cu reacțiile euforice de după un succes). Dar, de-a-lungul existenței sale dintre naștere și moarte, subiectul e în permanență angajat într-un evantai de proiecte, preocupări și relaționări; ce se încheie firesc cu succes și câștiguri sau cu eșecului și pierderi (înfrângeri, despărțiri). Iar aceste procesualități implică explicit integrarea unor multiple ritmuri, cicluri și perioade; ce se derulează nu doar la nivel bio psihologic ci și socio-cultural (e.g. dinamica proiectelor și legăturilor interpersonale...cea exprimată prin muncă-sărbători). Implicare ce foarte probabil antrenează și vestigiile marilor cicluri bio-psiho-cosmice sezoniere, păstrate în fundalul cerebral psihic. Perspectivă care ar putea face mai comprehensibile manifestările ciclic periodice de tip endogen, a unor episoade depressive și a celor maniacale.

Al doilea aspect e acela că, disfuncția dispozițională inhibat bradipsihică sau neliniștită a depresiei - și cea expansiv tahipsihică a elafiei maniacale – ne conduc spre trăiri anormale care pot extrage subiectul din raportările adaptative la situațiile actuale, într-o modalitate ce se poate apropia de cea din psihoze. În DSM-5 ep. Depresiv și cel Maniacal sunt considerate explicit psihotice doar dacă se însoțesc de delir (halucinator); caz în care e afectată cu evidență autoreprezentarea de sine identitară (nativ caracterială), subiectul ajungând la o convingere de neclintit într-o identitate de personaj, al unui scenariu fictiv dintr-o lume delirantă. Dar ipostaza de intensitate major-psihotică a depresiei include

și variante de inhibiție bradipsihică ce extrag nedelirant subiectul din prezența sa la lume. Și anume, prin blocarea ancorării sale în evantaiul proiectelor și preocupărilor; depresivul pierzând capacitatea deschiderii spre viitor, corelată speranțelor și așteptărilor. Sinele-eu depresiv se aglutinează, își reduce și ancorarea agențială în lumea prezentă acum și aici, tinzând să nu se mai raporteze la nimic; sau, eventual, doar la propriul trecut vinovat. Și la fel, stările maniacale pot avea o gravitate psihotică nu doar prin conjuncția lor cu convingeri delirante (în care subiectul adoptă identități de grandiozitate); ci și prin tahipsihia expansivă ce-l proiectează continuu spre un conglomerat haotic de proiecte, resimțite toate ca certamente posibile, fără a mai putea adera de prezentul situațional.

2.6. Psihopatologia depresiei și specificul psihismului uman. Odată cu modalitatea de raportare distorsionată la situațiile actuale a Depresiei Majore (și, în oglindă, a Episodului Maniacal), psihopatologia ne atrage pregnant atenția asupra celor doi poli principali deja menționați, între care se organizează și se desfășoară existența psihică cotidiană a persoanei normale: – Polul identității biografico caracteriale pe de o parte, centrat de sinele intențional reflexiv (înrădăcinat în propriul corp și circumscris social) și:- Polul angajării în situații actuale problematice (articulate cu proiecte, preocupări și relaționări interpersonale).

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

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

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

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

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

Caseta 18

Limbajul ca logos; psihismul și cultura omului.

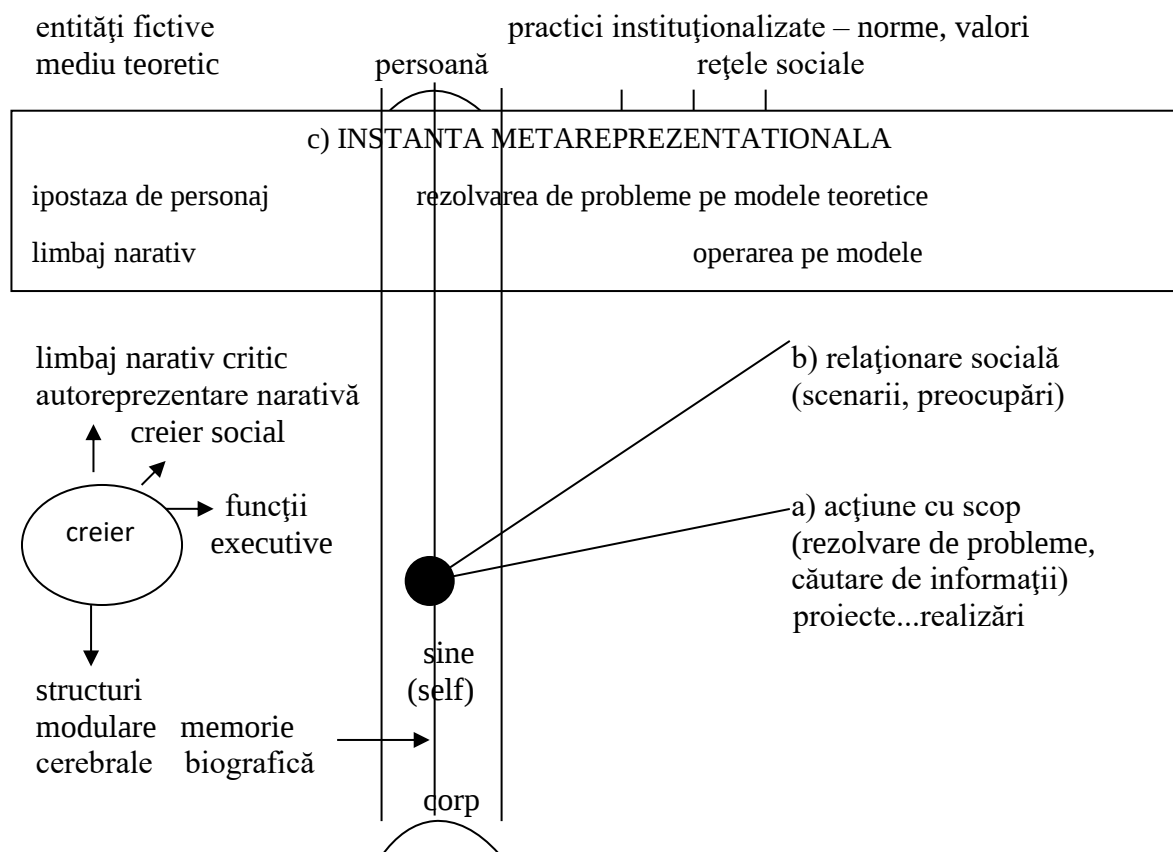
Limbajul narativ critic, ”logosul”, e o dimensiune specifică a ființei umane, care a susținut întreg parcursul de manifestare și metamorfoză a lui homo sapiens, cu osebire în perioada sa culturală din ultimele milenii; ca mediu al manifestărilor mitico legendare, teoretico discursive, al cunoașterii, al științelor și filosofiei, al practicilor ghidate de norme și valori. Iar odată cu dezvoltarea în antichitate a științei și filosofiei, logosul a fost invocat și abordat și ca o dimensiune specifică a psihismului uman, ce susține – în psihologia lui Aristotel – intelectul intuitiv (*nous*) în direcția unei gândiri discursive (*dianoia*), ce se sprijină pe „logică”. Astfel încât, pentru om, Logosul poate fi înțeles atât ca limbaj exprimat cât și ca „logică”. Orice subiect ajunge ca, pe parcursul personogenezei sale - ce se petrece într-o ambianță interpersonală - să-și însușească limbajul, nu doar ca instrument comunicațional; ci și ca poartă de acces spre.. și mediu de manifestare în.. cadrul teoretic al culturii în care trăiește. Ca temei al gândirii, comunicării, creativității și reflexivității sale în mijlocul acesteia. Dar chiar și în afară de orice eventuală creativitate cultural științifică, subiectul ce și-a însușit limbajul narativ critic, se exprimă verbal discursiv în diverse ocazii ale vieții sale cotidiene, în mijlocul comunității sale culturale; cu ocazia relatărilor, a invocării unui imn religios sau a unei legende, a formulării unei opinii despre lucruri, a redactării unei scrisori sau a unui eseu etc.

Limbajul narativ critic este instrumentul și suportul instanței teoretice a existenței umane, în care se dezvoltă narativitățile publice (mitico-istorico-literare), științele și speculația filosofică asupra fundamentelor.

Caseta 19

Trei domenii specifice psihismului uman :

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



Evoluționismul cultural analizează câteva aspecte specifice ale psihismului uman precum:

a) Pe parcursul antropogenezei, odată cu producția de unelte, se dezvoltă în neuropsihismul uman „funcțiile executive”, ce susțin realizarea unei acțiuni cu scop, în conformitate cu un plan.

b) Pe parcursul antropogenezei se dezvoltă funcțiile cognitive și relaționării interpersonal-sociale – „creierul social”, ce se corelează cu atașamentul și introjectarea imaginilor altora., gestionarea raportărilor la alții pe diagrama intim/public.,..preocupările relaționale

c) La homo sapiens se dezvoltă limbajul conversațional și cel narativ critic, ce menține un „mediu teoretic” supraindividual; în care se afirmă entități fictive, norme și valori. Individul uman are un creier capabil să-și însușească acest limbaj – ce operează cu entități fictive și abstracte – și să-l folosească, utilizând o gramatică generativă, pentru: comunicare informativă, relaționare descriptivă, calcul, speculații asupra fundamentelor; și o modelare metareprezentatională, în care realitatea dată e reformulată în scenarii probabiliste (centrate de autoreprezentarea sa ca personaj); asupra căruia operează cu probabilități, pentru soluționarea problemelor actuale, teoretice și practice.

Stările psihopatologice care gravitează în jurul unor principale mari sindroame, afectează psihismul persoanei organizat după astfel de coordonate.

