


Giana M. Petre



11431.211

10 PASTILE
DE PSIHOLOGIE CLINICĂ

Editura SPER 

BIBL. CENTR. UNIV.
„M. EMINESCU” IASI

II 431.211

COLECȚIA ANIM

Colecție apărută sub îngrijirea

Prof. Dr. Iolanda Mitrofan

15

Ligiana Mihaela PETRE (BĂNCILĂ) este lector universitar – Universitatea Andrei Șaguna din Constanța, doctorand în psihologie, MD, psihoterapeut și consilier formator și supervizor P.E.U., psiholog clinician principal, specialist în asistarea copilului și a familiei, dezvoltare personală individuală și de grup, terapii creativ – expresive, somatogenogramă și artgenogramă, consiliere și psihoterapie unificatoare, supervizor psihologie clinic.

Ligiana M. Petre

682058

**10 PASTILE
DE PSIHOLOGIE CLINICĂ**



Editura SPER
Colecția *ANIM*, nr. 19
București, 2012



BCU IASI

1018243

© 2012 Editura SPER – SC SPER CONS EDIT SRL

ISBN 978-606-8429-04-5

Editura SPER – acreditată de Consiliul Național al Cercetării Științifice din Învățământul Superior (CNCSIS)

Toate drepturile sunt rezervate Editurii SPER. Nicio parte a lucrării nu poate fi copiată, tradusă, reprodusă în niciun fel fără acordul scris al editurii.

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
PETRE, LIGIANA M.**

**10 pastile de psihologie clinică / Ligiana M. Petre. -
București : Editura SPER, 2012**

Bibliogr.

ISBN 978-606-8429-04-5

159.9:61

Director General: Iolanda Mitrofan

Director Editorial: Sorina Daniela Dumitrache

Tehnoredactare și Corectură: Violeta Pavelescu

Copertă: Mircea Vatavu

Difuzare – Editura SPER

București, Bd. Chișinău nr. 12, Sector 2

Tel./ Fax 031.104.35.18

Email: sperpsi@gmail.com; comenzi.sper@gmail.com

Web: <http://www.sper.ro>

26 MAR. 2014

CUPRINS

Introducere	7
Furia	11
Anxietatea	23
Compulsiile	33
Confuzia	45
Minciuna	49
Negarea	57
Depresia	61
Disocierea	81
Euforia	85
Frica	95
Bibliografie	101

Introducere

Aceasta este o carte care te învață să (fți) pui întrebări. Stabilirea unui psihodiagnostic corect permite „tratamentul” adecvat, „pastilele” potrivite. TU ești cel care va decide cui, când, cum și de ce este nevoie să fie prescrise. Mai exact, psihologul clinician este cel care poate folosi aceste „pilule”. Le recomand și celor interesați de psihologie, de dinamica interioară colorată de contextele experiențiale. Administrate corect, efectele nu vor întârzia să apară. Cum se administrează? Mecanismele sunt următoarele:

- Să citești cartea. Te gândești că este un truc de marketing, nu-i așa? Te las să afli singur. Cert este că domeniul clinic nu este neapărat o călătorie spirituală în care pleci cu o pereche de jeans, câțiva lei și dorința de a te re-găsi. Practica clinică necesită o bază. Teoretică. Probabil că ai tot răsfoit tratate. Bine ai făcut. Acum le vom traduce. În relația cu pacientul, căutăm împreună cu acesta nuanțele care dau notele particulare și uneori definiții ale simptomatologiei, însă este nevoie ca tu să fii familiarizat cu ele, pentru că altfel te-ai pricopsit cu un risc mare de a nu le recunoaște.

Acum, citind această carte, vei face asta.

Vei învăța să te orientezi în domeniul clinic, să te împrietenești cu conceptele psihologice, să cunoști fiecare piesă a puzzle-ului patologiei psihice. Mai mult, ori de câte ori te întâlnești cu anxietatea, de exemplu, te poți întoarce la acest ghid să îți reamintești în ce combinații are tendința să intre și cu cine face casă rea.

- Ai în fața ta toate piesele. Una este anxietatea, alta furia, cealaltă simptomatologia somatică. Ce faci cu ele? Păi, exact ce fac eu acum. Îți pui întrebări. Cât mai multe. E ca și cum ai desface un conținut bine împachetat pentru a ajunge la esență sau la miez, cum preferi. Scopul? Să cunoști mai bine dinamica simptomelor. De fapt, este singura modalitate în care poți să pătrunzi în Universul pacientului, reducând riscul interpretărilor. Altfel, într-o experiență trunchiată, incompletă, ești mai mult în iluzie. Așa vei putea decifra tipul de relație dintre simptome, ceea ce te va ajuta să le validezi și să înțelegi dinamica bolii. De multe ori vei descoperi existența altor simptome de care poate nici pacientul nu este conștient.

Să privim acest scenariu drept exemplu: Maria îl acuză pe Gigel că o înșeală cu Tănțica. Dovada incriminatoare – lungul șir de telefoane depistate în istoricul apelurilor. Prin urmare, la prima vedere, Gigel este „traducătorul”, Maria

este „tradusa”, iar Tănțica este... Analizând mai amănunțit în prag de seară, cu sau fără concursul celor de la „Trădați în dragoste”, situația se schimbă. Gigel rămâne „trădătorul”, iar Maria își păstrează și ea statutul de „tradusă”. Tănțica este promovată însă la rangul de „consilier”, ea fiind cea care aranja întâlnirile domnului Gigel cu... Vasilica. Ia uite! Un nou personaj. La femme fatale! Te-ai pierdut? Din citit poți să te oprești, dar cu pacienții nu este așa de simplu. Dacă te limitezi la nivelul aparențelor, fără să ajungi la esență, riscul de eroare psihodiagnostică este mare.

Complexitatea simptomelor te poate deruta și atunci trebuie să îți pui întrebări pentru a clarifica în ce context au apărut, cum se manifestă și se întrețin. Trebuie să afli dacă există vreo „Vasilica” în peisaj și ce rol sau semnificație are în ecuația de viață a pacientului.

Hai să încercăm altfel. Managerul unei firme proaspăt intrată în top 100 nu mai poate să doarmă. E activ toată ziua, face și desface, nimic nu se mișcă în firmă fără el. Eficiența la locul de muncă bifată, adaptarea socială bifată, insomnia bifată, plus un ulcer încăpățânat. Concluzia la prima vedere: nivelul de stress ridicat. Are nevoie să se relaxeze. Îl învățăm niște tehnici de relaxare.

Lipsește ceva? Sigur că da. Depresia mascată. Ca să o descoperi, aveți nevoie să înțelegeți, tu și pacientul, în ce fel aceste simptome se întrețin și ce anume acoperă ele, care este sensul lor în viața clientului. Tehnicile de relaxare singure sunt inefficiente. Golul rămâne. În acest caz, golul se numește depresie. Ca și cum ai pune un bandaj pe o rană infectată. Ghici ce se întâmplă în acest caz!

Furia

E roșu! Ai orbit?! Domnule, oamenii ăștia dorm la volan! Parcă s-au închis toate parcurile și nu mai au unde să caște gura. Când trec de intersecție... Unde te grăbești? Se dă un premiu pentru cine ajunge primul? Trebuie să găsec un claxon mai puternic! La birou, nici nu am ajuns bine și mă cheamă „Domnul Șef”. Bineînțeles, o cerere stupidă, ca toate celelalte. Nu are rost să mă cert cu el... Ca de obicei, zâmbesc și ies. Unde a ajuns țara asta! Merită să îi spun câteva, dar oricum nu pricepe nimic... O să văd cum o rezolv. Ce zi cumplită! Și, ca să fie tacâmul complet, fii atent! Ajung acasă. Ghici unde este EA? În duș!!! Păi e normal?! La ora aia se face duș? Să vezi ce i-am făcut...

Furia. Poți să îi alegi o culoare asortată, caracteristică? Este la fel cu aceea a rochiei care scoate orice femeie din dificultate, nu-i așa? Furia reprezintă una dintre emoțiile umane fundamentale. Face și ea parte din familia frustrării. Nimeni nu devine furios peste noapte. Este nevoie să acumulezi multă frustrare, tristețe, anxietate, vulnerabilitate, culpabilitate sau frică. De obicei, furia este cireașa de pe tort. O com-

parație ironică, știu. Tort sau colivă. Furia se naște atunci când libertatea moare.

Lipsa spațiului personal psihologic și a reperelor conduce la lipsa identității personale. Ca să evolueze, orice persoană are nevoie de provocări. Este greu de imaginat creșterea personală în condiții de perfect confort psihologic. Este nevoie să ieși din starea de „dolce far niente” pentru a vedea ce poți, cine ești și ce poți deveni, ce îți place, ce te reprezintă, ce alegi să fii. Spunea cineva inspirat că la umbra copacilor puternici, umbroși, nu crește mai nimic. Limitarea, constrângerea, dependența, sabotarea sunt pattern-uri pe care persoana le învață din relațiile fundamentale prin identificare sau contraidentificare.

Ulterior, există șanse mari să le învețe atât de bine, încât le va introiecta și repeta. „Nu ai voie acolo!”, repetat aproape obsesiv de mamă, se va transforma în autolimitare. „Dacă nu aș fi eu, ar fi vai de capul tău!” va conduce la „încoronarea” posesorului de cap cu o ditamai dependența. Dependență de alcool, droguri, persoane, toate la un loc sau numai una. Și tot așa.

Cum recunoști furia?

Furia este o emoție care, odată ajunsă în conștient, se transformă în sentiment exprimat prin manifestări comportamentale care nu trec

neobservate. Din acest motiv, modul de exprimare a furiei este modelat de cutumele sociale, de interdicțiile familiale, de comportamentele învățate. Este mai dezirabil social să fii anxios, decât furios. Furia este taxată cu respingere, rejecție, excludere, abandon. Furia este ușor de recunoscut de cei din jur, dar uneori destul de greu recognoscibilă de către persoana în cauză. Am spus de „recunoscut”.

Există o diferență între ceea ce persoana conștientizează și ceea ce recunoaște. Emoția conștientizată devine sentiment. Pe de altă parte, recunoașterea implică acceptare. Conștientizarea singură nu vindecă și rareori face minuni. Doar defrișează terenul pentru a face loc acceptării. Ca și cum ai fi găsit un teren, la un preț convenabil, e drept, și te și hotărăști să înalți ditamai vila cu trei etaje pe el. Dacă totuși e mlăștinos, calcaros? Ai rămas și fără vilă și cu banii pierduți. Proastă investiție.

Pe de altă parte, este greu de crezut că o persoană importantă pentru tine, încărcată cu bagaje emoționale, multe, masive și deloc confortabile, va accepta să locuiască într-un cort instalat pe un câmp plin cu buruieni. Este nevoie să pregătești terenul, să ai răbdare să îl cunoști, să îi afli potențialul, înainte de a construi locuința potrivită.

Uneori va fi necesar mai mult timp, va trebui să sapi mult pentru a construi o fundație solidă. Se poate să descoperi tot felul de gunoaie pe acolo, dar cine nu are propriile deșeuri? Este posibil să găsești și o comoară, un adevărat tezaur, cine știe? Vei fi în postura de a alege ce să faci cu ele. Le arunci, le găsești o întrebuințare? Cert este că „Acceptarea” are nevoie de o construcție solidă. Nu se instalează peste noapte oriunde este vreun colțișor liber. În psihologie, această construcție care deschide porțile, ușile, ferestrele, pentru a accepta experiențele în totalitate, se numește înțelegere, acceptare și integrare. Dacă înțelegerea se realizează numai la nivel cognitiv, nu și emoțional, persoana nu poate integra și accepta în totalitate experiența. În concluzie, din cauza stigmatizării sociale, oamenii au dificultăți în conștientizarea furiei, care pune bazele înțelegerii, acceptării, integrării și sublimării, convertirii furiei în comportamente hrănitoare, stimulative. Așa cum am mai precizat, este mai dezirabil social să fii anxios, decât furios.

În practica clinică și în psihoterapie, de cele mai multe ori pacientul accesează furia abia după ce a exprimat și integrat frica și culpabilitatea. Responsabile în mare măsură pentru aceste comportamente sunt miturile și credințele colective. Este acceptabil pentru un co-

pil, chiar devenit matur (cel puțin conform valorilor vârstei cronologice), să îi fie frică de părinții hiper-autoritari, să se simtă vinovat pentru că performanțele școlare sau profesionale nu erau pe măsura expectativelor celor din jur, dar nici odată un descendent al unei familii „ideale” nu are voie să fie furios pe cei care i-au dat viață.

Mai mult, ulterior, deplasează acest pattern în relația cu șefii sau cu alte persoane din viața lui care joacă un rol parental. Astfel, se naște și se exprimă *executantul*. Privește în interiorul sau/și în exteriorul tău și poate îl vei observa. Se conformează cerințelor din exterior, dar nu vede, nu aude, nu percepe, nu simte, nu acționează spre satisfacerea propriilor nevoi. Societatea românească este specialistă în crearea executanților ineficienți. Sunt cei care se conformează, care nu își dau voie să se exprime, care nu își pun întrebări și doar execută fără pasiune, fără implicare. Pentru că așa TREBUIE. Prețul? Furie, multă furie. Vestea bună este că tot acolo se găsește un uriaș potențial creativ ce așteaptă să fie descoperit și exprimat.

Însoțită sau nu de suport verbal, furia se exprimă corporal. În situații în care persoana se simte amenințată, trădată, înșelată, rănită, cel care reacționează primul este corpul, adoptând „ținuta” sau „echipamentul fiziologic” adecvat

pentru luptă sau pentru fugă. Un „echipament fiziologic” dotat standard cu multiple „acceleratoare”. Astfel, pulsul, ritmul respirator, vocea sunt turate la viteze și intensități mari. Tot corpul este tensionat. O persoană furioasă are tendința să vorbească din ce în mai tare, în timp ce corpul adoptă posturi ostile.

Paul Ekman, specialist în psihologia expresiilor faciale, a emoțiilor și a comportamentului simulat, susține că durata manifestării fizice a emoțiilor depinde de forța acestora, variind între jumătate de secundă și patru secunde, cu o medie de două secunde. În cazul furiei, Ekman descrie o serie de gesturi faciale: sprâncenele trase în jos, având colțurile interioare aproape de nas, pleoapele inferioare tensionate și cele superioare ridicate, ochii „holbați”, larg deschiși, parcă împing sau susțin sprâncenele ce par că alunecă în jos (cum altfel?). Buzele sunt încordate și lipite, astfel încât conturul lor se reduce.¹

Rădăcinile furiei

Furia are un partener permanent, adevărat crampon. Există șanse destul de reduse să o gă-

¹ Apud. Paul Ekman, *Emotions revealed: recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*, Times Books, 2003, New York.

sești fără el. Să facem prezentările! Partenerul se numește *Negativism*, zis și *Perspectivă negativă asupra vieții*. În compania lui, lumea este percepută ca fiind ostilă și amenințătoare. Ce se află în profunzime? Cum s-au cunoscut? Este simplu. Întâlnirea a fost mijlocită de stima de sine, nu oricare, ci cea slăbuță, filiformă. Nu te lăsa influențat de aparențe! În realitate, stima de sine slăbuță sau scăzută, cum preferi, nu este deloc lipsită de „puteri”. Dimpotrivă. Nucleul furiei este stima de sine scăzută. O persoană care are o imagine despre sine puțin favorabilă, care crede, conștient sau nu, că este lipsită de valoare, că nu este capabilă, dezvoltă diferite mecanisme psihologice cu rol de apărare prin care își gestionează furia. Concluzie: ai o părere proastă despre tine? Nu-i așa că asta te scoate din minți? Fii atent! Ți sunt cumva cunoscute aceste mecanisme?

Reprimarea

Împietrești în fața șefului, numărul cuvintelor din vocabularul propriu scade proporțional cu viteza luminii, până ajunge exact la numărul acela de grade Celsius la care îngheață apa. Ca urmare, îți este practic imposibil să mai spui ceva. Care punct de vedere? Nu ai cu ce să susții nimic!

Îți reprimi furia, o înghiți. Pentru un timp. După care, la un moment dat ai posibilitatea să „regurgitezi” comportamental, emoțional.

Ratezi însă șansa. Așa poate să apară depresia. Furia reprimată va ieși la suprafață sub forma depresiei.

Sublimarea

India, Indonezia, Africa etc. Acțiuni caritabile, proiecte de salvare a lumii care sunt cu adevărat benefice dacă se realizează într-o stare de relativ (cum altfel?) echilibru interior.

Dorința de a-i salva pe alții, având în subsidiar nevoia de a te salva pe tine - faimosul complex nevrotic al salvatorului - te va transforma în victimă, apoi în agresor. Nu se va opri aici. Vei relua ciclul, trecând dintr-un rol în altul. Spune stop, vezi unde ești și salvează-te întâi pe tine. Începe cu furia! Nu ai idee cum să o faci? Stai pe fază, citește cu atenție și poate vei afla cum!

Negarea

Nu, nu vrei să vorbești despre ceea ce simți. Însă poți să vorbești despre ceea ce faci. Te înțeleg, doar stai peste 12 ore la birou, ești o persoană importantă, nu se ia nicio decizie în

firmă fără tine. Felicitări! Tu sau furia ta a ajuns aici? Probabil amândoi. Oricum, sunteți la pachet, 2 în 1. Potențialul tău intelectual și cel emoțional și-au dat mâna. Acum te întreb dacă au făcut-o de complezență, pentru un scop (măcar sa fi fost nobil) sau chiar au fost în acord? Tu poți să vorbești mult și foarte bine despre realizările tale profesionale. Există oare cineva care poate vorbi și despre emoțiile tale, poate chiar despre furia ta? Colegii tăi? Ce spui? Sunt subiectiv(i)?

Fiecare persoană experimentează în mod propriu furia. Unii își înghit cuvintele și emoțiile când șeful îi face praf, certându-se în schimb toată seara cu partenerul. Alții înjură șoferul din față pentru că nu a demarat în mai puțin de două secunde la culoarea verde a semaforului. Dacă aceste comportamente sunt sporadice și nu cotidiene, reprezintă manifestări reactive la stres. Cu alte cuvinte, furia, iritabilitatea sau tristețea pot fi răspunsuri la situații stresante de viață și în acest context, de multe ori apar împreună. Pierderile psihologice importante, cum ar fi moartea unei persoane iubite, a cuiva drag, ascund, de cele mai multe ori în profunzime, multă furie. Este un răspuns pe care oamenii îl dau prompt sau în timp, atunci când experimentează, direct sau indirect, starea de boală, separarea, abuzul, pierderea.

Indicatori diagnostici

Depresia clinică

Furia poate fi un indicator al depresiei clinice. Atunci când este relativ constant reprimată, ea se întoarce ca un bumerang, secătând persoana de elan vital și aducând depresia. Persoanele care prezintă dificultăți în exprimarea emoțiilor, structurale sau învățate, sunt cele mai predispuse la acest pattern. Pe de altă parte, schimbările de dispoziție cu explozii emoționale și comportamentale, având în subsidiar furia, sunt semne clinice ale depresiei mascate.

Episodul maniacal

Pe fondul activismului crescut din timpul episoadelor maniacale, furia poate apărea reactiv la eșecul celor din jur de a-i înțelege, accepta și eventual susține trăirile și potențialul „re-activat”. Axat pe preocupările relativ neobișnuite prin complexitate, multitudine și nivel de implicare, maniacalul are dificultăți în a se face înțeles de ceilalți, pe care îi percepe ca fiind constrângători, ceea ce îi provoacă furia.

Tulburările obsesive

Furia cu destinatar precis, fizic, material, emoțional sau de orice altă natură, mereu ace-

lași, este cunoscută ca ură. Furie cronicizată care denotă o incapacitate crescută de a dezvolta strategii de coping constructive pentru a gestiona emoțiile negative. Ea vine însoțită de subiectivitate și contaminează tot ce se află în jurul destinatarului inițial al furiei cangrenată în ură.

Tulburările de personalitate

Furia poate fi un indicator al psihopatiei sau o trăsătură accentuată de personalitate. O personalitate *paranoidă* îi percepe pe cei din jur ca fiind amenințatori și este pregătită în permanență să riposteze. Persoanele cu tulburare de personalitate *narcisică* sau *paranoidă* au un Ego extrem de inflammat. Ele se simt superioare celorlalți, care sunt percepuți ca fiind constrângători, vinovați pentru că îi limitează și îi împiedică să se dezvolte, uneori prin simpla prezență în spațiul lor.

Cei cu tulburare de personalitate *borderline* au un nivel al furiei extrem de ridicat. Ei se transformă în adevărate „uragane” atunci când se simt atacați, trădați, înșelați, abandonați. În situații în care se simt neputincioși sau inadecvați, furia este canalizată asupra lor înșiși prin acte auto-agresive sau tentative de suicid. Uneori, actele autoagresive au ca scop dorința de a-i răni pe ceilalți.

Furia rămâne însă iremediabil ancorată de *tulburarea antisocială*. Aici este terenul ei, unde nerespectarea regulilor și a drepturilor celorlalți este privită ca un drept binemeritat de către dis-social. Cel mai ne semnificativ stimul îi poate trezi furia extrem de ușor. Oricum, furia este pentru dis-social „pastila” obișnuită care îi conferă putere. O putere distructivă în relație cu sine și cu ceilalți, recunoscutibilă în situațiile de abuz fizic, verbal, emoțional.

Toxicomaniile

Consumul de alcool și de droguri crește iritabilitatea și dezleagă furia.

Anxietatea

Ce mă fac dacă întârzie autobuzul??? Poate se întâmplă ceva și nu ajung la timp! Mă doare și stomacul... Nu, nu e timpul să cer mărirea de salariu... Poate șeful e nervos sau supărat. E și luni, început de săptămână... sigur are lucruri mai importante de făcut. Nici nu am dormit toată noaptea din cauza Mariei. Cum poate să îmi facă așa ceva după 10 ani de prietenie? Am plâns toată noaptea. Eu vreau să o ajut și ea nu înțelege. Nu se preocupa deloc de sănătatea ei. Degeaba i-am făcut programare la medic...

Anxietatea. Cel mai prezent simptom în boala psihică. Are puterea de a te face captiv în propria minte. Nu are însă întotdeauna loc rezervat în patologie. Conform unor studii recente, aproximativ una din 20 de persoane este mai mult sau mai puțin anxioasă. Privită dintr-o perspectivă corectă, bine gestionată, anxietatea poate fi transformată într-un instrument de creștere și evoluție personală.

Frică sau anxietate?

Ai făcut pană în miezul nopții. Pe o rază de 50 km, pare că civilizația a luat o pauză. În acest caz, **frica** este cea care iese din recreație.

Altă situație: stai în pat, ți-ai făcut un ceai cald cu un strop de lămâie și nu te poți opri să te „acrești” gândindu-te la drumul pe care trebuie să îl faci mâine. Te gândești că, în cazul în care ai noroc și pornește mașina, poate că vei scăpa și de vreo pană, dar sigur nu vei scăpa de un trafic infernal. Și nu e tot... anxietatea mai are ceva de completat la acest tablou. Sigur poate interveni și vremea, nu-i așa? Parcă vezi că va fi ceață sau dacă nu, poate... iar o zi oribilă!

Observați diferența? Frica este un răspuns la un pericol real, în timp ce anxietatea este anticipatorie. Frica este legată de prezent, în timp ce anxietatea are „priză” la viitor. În timp ce frica nu are o viață prea lungă, anxietatea poate deveni „matusalemică”, sau cronică, persoana ajungând să își facă griji în permanență pentru orice. Este important însă de reținut că patologia vine cu iraționalul și cu evitarea. Altfel spus, atunci când îngrijorarea este ridicată la puterea „n”, unde „n” nu are legătură cu realitatea și raționalul, rezultatul este evitarea și abandonul.

Anxietatea înseamnă teamă, neliniște și diferite acuze somatice. Stomacul are o activitate intensă, ca și cum ar fi populat cu plastic denumiții fluturași. În acest caz, însă, „fluturașii” nu sunt provocați de fiorii iubirii, ci de cei ai

anxietății. Persoana trăiește senzații de disconfort cauzat de crampe, stări de greață, indigestie, diaree, însoțite sau nu de puls crescut, dificultăți de respirație sau transpirație excesivă. Pe de altă parte, anxiosul este în continuă mișcare. Picioarele dansează mai mult sau mai puțin în ritm, mâinile găsesc în permanență ceva de făcut.

Toate acestea sunt manifestări aparent fără acordul conștient al posesorului, care pare că are dificultăți de concentrare, fiind preocupat în permanență de altceva, fie că sunt situații, persoane, activități sau diferite sarcini. Găsește întotdeauna câte ceva de făcut. Nici noaptea nu este vreun „sol de pace”. Somnul este agitat, populat de coșmaruri, ceea ce determină în timpul zilei o stare de disconfort provocat de oboseală. Se simte depășit atât de așteptările celorlalți, cât și de ale sale. Rezultatul? Explozii emoționale, udate din plin de lacrimi. Anxietatea face cumva parte din viața persoanei încă din copilărie.

Rareori cineva devine anxios peste noapte. De obicei, a petrecut anterior ceva vreme într-un mediu contaminat de îngrijorare, teamă, frică, pesimism, perspectivă catastrofică asupra vieții. Anxiosul are un istoric populat cu emoții de coloratură negativă. Anxietatea se dezvoltă cumva „dependentă” de context, de experiențele

cotidiene. Este un răspuns al persoanei la stres. Ea distrage persoana, iar aceasta rupe contactul cu situația în sine și devine captivă în panică, îngrijorare și inadaptare. De aici se poate deschide drumul către depresie și consum de alcool și/sau droguri. Este răspunsul pe care deseori pacientul îl dă anxietății. Din păcate, profund dezadaptativ, acest fapt reprezintă capitularea în fața anxietății, resimțită ca un dușman de neînfrânt.

În realitate, anxietatea nu este dușmanul nimănui. Face parte din viață, pentru o vreme sau poate pentru totdeauna, și e timpul să o pui la treabă, să îi oferi locul și statutul potrivit. Tu nu ești anxietatea. Te numești altfel, nu-i așa? Nu vreau să spun că ești doar Andrei sau Andreea, ești tot ceea ce îți dorești să fii. Anxietatea nu te definește. Nici nu e separată de tine. Nu ești tu și mai este și ea. Ești tu cu ea. Are grijă să îți reamintească atunci când te zgâlțâie bine cu câte un atac de panică. Se estimează că un sfert din persoanele anxioase dezvoltă atacuri de panică. Anxietatea joacă rol principal în numeroase afecțiuni.

Anxietatea, indiferent sub ce formă este prezentă în condiția clinică, trebuie diagnosticată și tratată de medicul psihiatru. Pe de altă parte, bolile cardiovasculare, respiratorii și endo-

crine pot cauza anxietate. Din acest motiv, întotdeauna în diagnosticarea anxietății este nevoie de consult de specialitate de către medicul de familie, cardiolog și endocrinolog. Dependența de alcool și droguri îngreunează procesul diagnostic, deoarece atât alcoolismul, cât și consumul de droguri, trezesc anxietatea.

Tulburările anxioase

Persoana își face griji tot timpul? Familie, stare de sănătate, profesie, toate sunt supuse temerilor, situație care durează de cel puțin șase luni, deși grijile nu au suport în realitate. Uneori, preocupările nu au neapărat un obiect anume, ceea ce nu diminuează nivelul tensiunii și al îngrijorării. Persoana se simte extrem de obosită, copleșită de durere și suferință, fără a avea un motiv real. Cert este că, atunci când relația cu anxietatea este una constantă, persoana afectată este temporar posesoarea unei *tulburări anxioase generalizate* și implicit a credinței că, orice ar face, dezastrul este inevitabil și ceva rău tot se va întâmpla.

În plus, pacientul se plânge în permanență, indiferent de importanța obiectului plângerii, prezintă dureri de cap, acuze somatice, suferință fără motiv, tensiune corporală și dificultăți de relaxare, de concentrare, schimbări rapide de

dispoziție, toleranță scăzută la frustrare, insomnie de adormire și de menținere a somnului, transpirații, senzații de nod în gât sau de greață.

În *tulburarea de panică*, persoana trăiește un sentiment terifiant de groază din senin. În timpul acestor atacuri, apar simptome somatice precum dureri de cap, puls crescut, dureri în piept sau palpitații, dificultăți de respirație sau senzație de sufocare, amețală sau transpirații abundente, probleme cu stomacul, greață, agitație, tremurături, furnicături, senzația de pierdere a controlului, derealizare, sentiment că se află în afara corpului, teamă că va muri sau că va înnebuni. Atacurile de panică pot surveni ori-când și în orice loc. Cel mai frecvent se produc în spații publice, aglomerate, sau în timpul călătoriilor. Cel în cauză trăiește cu frica constantă a unui nou atac, ceea ce îl face să evite locurile unde s-au petrecut acele momente, până acolo încât ajunge să nu mai iasă din casă. Chiar dacă nu durează mult, atacurile de panică sunt resimțite atât de intens, încât dau senzația că nu se mai termină. Tratamentul este medicamentos și psihoterapeutic.

Tulburările anxios-fobice

În cazurile în care starea de neliniște are conținut bine determinat, vorbim de *fobie*. An-

xietatea se poate declanșa în spații închise (clastrofobie) sau în spații deschise cu multă lume (agorafobie). Persoanele care au atacuri de panică cred că frica îi va face să cedeze fizic și psihic, iar cele cu fobie socială au credința că se vor face de rușine (vezi Frica).

Depresia

Anxietatea poate fi un simptom al *depresiei*, în cazurile în care este asociată cu sentimente de inutilitate, lipsă de speranță și de valoare, vinovăție. În acest caz, depresia poate fi diagnosticul principal. În *tulburarea obsesiv-compulsivă*, anxietatea este legată de anumite obsesii, care asediază permanent mintea persoanei. Pacienții se tem de posibilitatea realizării obsesiilor lor, sunt preocupați să nu ajungă să își facă rău lor însăși sau celor apropiați.

Simptomele caracteristice tulburării obsesiv-compulsive sunt gândurile sau imaginile supărătoare, cu încărcătură negativă care îi populează mintea, din nou și din nou, împotriva dorinței persoanei; existența sentimentului de neputință legat de oprirea acestor gânduri sau imagini, deși persoana își dorește să le stopeze; dificultăți de limitare și întrerupere a activităților, a ritualurilor repetitive, cum ar fi număratul, verificarea, spălarea mâinilor, rearanjarea și

ordonarea obiectelor, colecționarea de obiecte nefolositoare etc.; îngrijorarea cronică pentru ce ar putea să se întâmple dacă nu este atent; impulsul nedorit de a face rău, deși este conștient că, în realitate, nu ar face-o niciodată.

Reacții la stres sever și tulburări de adaptare

În *tulburarea post-traumatică de stres*, anxietatea se manifestă în situații care reamintesc de experiențele traumatiche din trecut sub forma unor amintiri neplăcute și persistente legate de amenințări trecute. Tulburarea post-traumatică de stres (PTSD) este o afecțiune dezvoltată în urma unei experiențe traumatizante, dureroase, înfricoșătoare, cu risc crescut, precum abuzul sexual, fizic, accident, incendiu etc. Simptomele pot apărea în trei luni, dar și după ani de la producerea evenimentului. Pacientul trăiește cu gândul și senzația iminenței repetării experienței traumatizante, gând care apare pe neașteptate, oricând și oriunde, având coșmaruri și amintiri terifiante despre eveniment. Ca urmare, ajunge să evite locurile care îi amintesc de incident. Alte simptome sunt reprezentate de schimbarea dispoziției cu trăiri inconfortabile, de tristețe intensă în situații neprevăzute, dificultăți în stabilirea relațiilor cu alte persoane, în creditarea sau învestirea acestora

cu rol de prieten sau partener, toleranță scăzută la frustrare, furie, sentimente profunde de culpabilitate legate de pierdere („Ei au murit, eu trăiesc! Sunt vinovat!”), insomnie de adormire, corp tensionat.

Este important să facem diferența între aceste condiții clinice. În orice situație, obligația psihologului este de a trimite pacientul către medicul psihiatru pentru tratament de specialitate. Tratamentul anxietății este chimic, farmacologic și psihoterapeutic.

Anxietatea este dotată cu magnet! Atenție! În funcție de materialul genetic texturat de contextul educațional, social și cultural, ai putea să te trezești „decorat” cu un astfel de accesoriu. Dacă partenerul, iubitul, părintele tău este anxios, ai mari șanse să devii la fel și tu.

Pe de altă parte, conflictul cu o persoană anxioasă și negarea sau minimalizarea trăirilor acesteia conduc la amplificarea simptomelor anxiosului. „Pilula” salvatoare este suportul emoțional, asigurarea persoanei de sprijin în gestionarea problemelor, a dificultăților, în cazul când acestea vor apărea.

Obiective ale intervenției clinice

Scopul intervenției terapeutice clinice este gestionarea și transformarea anxietății, NU

eliminarea ei. Este nevoie ca pacientul să conștientizeze următoarele:

Ce este anxietatea? Ce rol joacă în viața lui? Este întotdeauna problematică sau, pe lângă limitări, îi aduce și anumite beneficii secundare? Ce anume îi provoacă anxietatea? Care sunt cauzele, factorii declanșatori, stimulatori? Care sunt strategiile prin care gestionează anxietatea? Dacă anxietatea este percepută ca fiind problematică, în ce fel o tratează?

Aceștia sunt pașii intervenției clinice care trebuie să însoțească orice proces de evaluare psihodiagnostică clinică. Este nevoie ca pacientul să plece din cabinetul clinicianului capabil să dea un sens tulburărilor sale și, astfel, mai puțin anxios. Aceasta presupune că a înțeles dinamica simptomelor și a identificat cel puțin o modalitate de a gestiona ceea ce trăiește.

Explorarea conflictelor psihologice - surse ale anxietății - se va continua în cadrul unui program de psihoterapie realizat de un psihoterapeut specializat. Orice evaluare psihodiagnostică clinică trebuie însoțită de o minimă intervenție psihologică.

Compulsiile

Aragazul! Număr până la 20, timp în care ascult, miros, ca să fiu sigur că nu scapă gaze pe undeva. Apoi mai verific o dată butoanele, după care închid robinetul. Chiuvetele și prizele. Din nou aragazul. 1, 2, ... 20. Niciun miros, nu se aude nimic. Bag cheia în ușă, blochez mânerul, îl ridic și îl cobor de patru ori. Să nu se strice din nou... Gata. Ah, ferestrele. Dormitoare, bucătărie, living, balcoane. 10.30. Sun la serviciu să anunț că întârzii din nou. Mânerul ușii. Ridic și cobor, 1, 2, 3,4. Am scăpat... Nu s-a blocat.

Compulsiile sunt comportamente dezvoltate fără voia celui în cauză, acte care, paradoxal, îi provoacă disconfort, deși temporar drenează anxietatea. Sunt comportamente iraționale și conțin doze diferite de risc.

Compulsia este confundată uneori cu un comportament impulsiv. Impulsul reprezintă tendința de a te angaja, de a te implica în ceva, chiar dacă acest lucru poate avea consecințe negative. Impulsivitatea reprezintă un mecanism de apărare care permite eliberarea frustrării prin punerea în act a pulsiunii. „Ce îți vine să faci”, pulsiunea, devine realitate. Să dai gata 20 de prăjiturile înainte sau după examen este un

comportament compulsiv, în timp ce acțiunea de a mânca o prăjitură, fentând astfel dieta, este un comportament impulsiv.

Compulsiile sunt resimțite de către persoană ca fiind salvatoare, fiind ridicate temporar la rang de nevoie. În realitate, ele drenează temporar emoțiile care au conotație negativă, dar rezervorul pare inepuizabil.

În *tulburarea obsesiv compulsivă (TOC)*, obsesiile sunt gândurile persistente, intruzive și iraționale, cu conținut agresiv, religios, sexual, care angajează o anxietate enormă, având în subsidiar diferite temeri (teama de pierdere a controlului, de contaminare, de abuz fizic și/sau sexual, de abandon). Pentru a gestiona situația, persoana dezvoltă anumite ritualuri, comportamente consumptive energetice.

Ghid de întrebări pentru tulburarea obsesiv-compulsivă (toc)²

Se validează tulburarea obsesiv compulsivă prin existența simptomelor 1-4 pentru obsesii, 5-6 pentru compulsii, 7-8 pentru ambele.

1. Existența de gânduri, impulsuri sau imagini recurente și persistente, percepute ca intruzive, inadecvate, anxiogene.

² Adaptat după DSM IV.

Unii oameni sunt perturbați de anumite gânduri sau impulsuri care par să nu aibă nicio legătură cu realitatea, sunt fără sens, dar, cu toate acestea, ele se tot repetă și este extrem de dificil să le scoată din minte, să renunțe la ele. De exemplu, gândul că vor fi răniți sau că vor face rău celor pe care îl iubesc, că vor accidenta pe cineva în trafic sau că vor spune ceva nepotrivit sau vulgar în public, deși nu își doresc deloc așa ceva. Alte persoane trăiesc cu teama permanentă că vor fi contaminați de anumiți germeni sau de murdărie.

Ție ți s-a întâmplat vreodată așa ceva? Cât de des ți se întâmplă să te gândești că poți fi contaminat? Cum te simți când ai aceste gânduri? Ți se întâmplă să îți apară în minte în mod repetat anumite imagini? Despre ce este vorba, mai exact? Cât de des apar? Cum te simți atunci când îți imaginezi aceste lucruri?

* Întrebările vor fi puse succesiv, acordându-se atenție ritmului de răspuns al pacientului. ATENȚIE! Orice întrebare are un conținut evaluativ cu posibil impact anxiogen asupra pacientului. Ca urmare, de câte ori este posibil, întrebarea va fi înlocuită de formule menite a deschide discursul pacientului, pentru a identifica și clarifica indicatorii diagnostici (exemplu de formule de deschidere: „așa”, „și...”,

„ca și cum”, „ca și când”, „cu alte cuvinte”, „spuneai că...”, „observ că...”).

2. Gândurile, impulsurile și imaginile nu constituie doar simple temeri normale legate de problemele cotidiene.

Se va invita pacientul să ofere exemple concrete, astfel încât să se identifice gradul de inadecvare în raport cu experiențele de viață.

3. Persoana încearcă să minimalizeze sau să neutralizeze aceste gânduri, impulsuri sau imagini cu alte gânduri sau acțiuni.

Ce faci atunci când ai aceste gânduri (se va specifica exact despre ce idee este vorba)? În ce fel le gestionezi? Poți să dai un exemplu?

Dacă pacientul are dificultăți în a exprima strategiile de acțiune, va fi ajutat cu variante.

Se întâmplă ca, atunci când ai aceste gânduri (se vor preciza exact gândurile), mai degrabă să le ignori sau să le înlocuiești cu altele, mai plăcute? La ce te referi mai exact? Poți să descrii cum procedezi?

4. Persoana este conștientă că gândurile, impulsurile și imaginile obsesive sunt produsul minții sale, și nu sunt impuse/induse din exterior.

Te invit să aflăm mai multe despre gândurile tale. Cum apar ele? Este ceva anume sau

cineva care contribuie la apariția lor? Fă-mă să înțeleg cum se întâmplă. La ce te referi mai exact?

5. Comportamente repetitive (spălat pe mâini, aranjare, ordonare, curățare, verificare), activități mentale (rugăciuni, numărare, calcule, repetare în gând a anumitor cuvinte etc.) pe care persoana se simte constrânsă să le realizeze ca răspuns la o obsesie sau în conformitate cu anumite reguli care trebuie aplicate în mod rigid.

Unele persoane sunt deranjate de faptul că ajung să repete, iar și iar, anumite acțiuni, deși nu își doresc acest lucru. De exemplu, unii se spală mereu pe mâini, alții verifică tot timpul dacă aragazul sau ușa sunt închise sau numără mașinile din jur sau ferestrele. Ție ți s-a întâmplat așa ceva? Despre ce este vorba? La ce te referi mai exact?

Ai anumite ritualuri sau obiceiuri pe care întotdeauna le faci după un algoritm, într-o anumită ordine? Ți s-a întâmplat vreodată să nu respecti ordinea realizării acțiunii (se va specifica exact acțiunea/ritualul pacientului)? Ce ai făcut atunci? Ai reluat ritualul? Cum? Poți să descrii mai exact la ce te referi?

6. Comportamentele, actele mentale, ritualurile au scopul de a preveni sau a reduce dis-

confortul psihic, anxietatea, sau de a preveni anumite evenimente, situații cu potențial catastrofic. În realitate, ele au efect exact invers.

Ce se întâmplă atunci când nu faci (compulsia)? Cum te simți? (Ești foarte anxios sau tensionat?) Înțeleg că, deși nu a existat nicio situație în care să nu faci (compulsia), îți imaginezi că, dacă nu ai respecta ritualul, se va întâmpla ceva rău. Despre ce este vorba?

7. Persoana recunoaște, după un timp de la debutul afecțiunii, că obsesiile și compulsiile sunt excesive și iraționale.

Cum ai descrie aceste comportamente (obsesii și compulsiile)? Cei din jur ce părere au despre ele? Ce anume spun mai exact? Ce crezi despre ce spun cei din jur? Înțeleg că, deși (obsesiile și compulsiile) nu au rost, totuși te simți obligat să le faci?

8. Obsesiile și compulsiile determină stres major, sunt consumatoare de timp (consumând mai mult de o oră pe zi), afectează semnificativ programul zilnic al persoanei, funcționarea socială și profesională, activitățile cotidiene și contactele interpersonale.

Care este efectul acestor comportamente (obsesii și compulsiile) în viața ta? Cât timp le dedici pe zi? În ce măsură te afectează? Există anumite dimensiuni ale vieții tale care sunt mai

afectate? În ce fel îți influențează serviciul sau munca? Sunt anumite activități pe care este greu să le finalizezi din cauza lor? Dar relația de cuplu? Familia? Relația cu prietenii? Viața socială? Timpul liber?

*Se exclude TOC dacă este prezentă altă tulburare de pe axa I și conținutul obsesiilor și compulsiilor este specific (de exemplu: preocupare legată de alimentație subscrisă tulburării de alimentație; ruperea, smulgerea firelor de păr, asociată tricotilomaniei; preocupare pentru aspectul fizic asociat tulburării dismorfice; temerile de a avea o boală gravă asociate ipohondriei).

*Se exclude TOC în prezența efectelor fiziologice directe cauzate de consumul de substanțe (abuz de droguri, medicamente) sau de o condiție medicală generală.

Ghid de întrebări pentru tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă (oc)³

Prezența a cel puțin patru simptome validează tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă.

Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă constă într-un pattern pervaziv de preocu-

³ Adaptat după criteriile de diagnostic DSM IV.

pare pentru ordine, perfecționism și control interpersonal în detrimentul flexibilității, deschiderii și eficienței. Se manifestă începând cu perioada adolescenței, în diferite contexte de viață.

1. Preocupare pentru detalii, reguli, planificare, ordine, organizare, până în punctul în care sunt pierdute obiectivele principale de interes ale activității.

Ți s-a spus vreodată că petreci prea mult timp cu organizarea, programarea sau planificarea a ceea ce ai de făcut? Când ai o anumită sarcină, petreci atât de mult timp cu planificarea ei încât se întâmplă să ai probleme cu execuția în sine? Când lucrezi la ceva, adeseori acorzi atât de multă atenție detaliilor, încât poți să pierzi esențialul lucrului pe care îl ai de făcut?

2. Prezintă un grad înalt de perfecționism care îi afectează finalizarea sarcinilor (de exemplu, are dificultăți să termine un proiect din cauza standardelor de execuție prea ridicate).

Cum te-ai descrie? Ce înseamnă pentru tine a fi perfecționist? Ai putea să spui despre tine că uneori ești excesiv de perfecționist? Dar cei din jur? Ei ce părere au? S-a întâmplat vreodată ca standardele tale foarte ridicate să te facă să nu termini deloc sau la timp activitățile începute? La ce te referi mai exact? Poți să dai niște exemple? Cât de des ți se întâmplă acest lucru?

3. Devotament excesiv față de muncă și productivitate, ajungând până la renunțarea la timpul liber și la prieteni.

Te invit să vorbim puțin despre profesia ta. Ce loc ocupă munca în viața ta? Te-ai descrie ca pe o persoană extrem de devotată profesiei tale? Cei din jurul tău te-au descris vreodată astfel sau ti-au spus că ești dependent de muncă? Cam câte ore pe săptămână lucrezi? Observ că sunt destul de multe ore de muncă. Ce anume te face să lucrezi atât de mult? Înțeleg că ești plătit foarte bine pentru ceea ce faci. Ai munci la fel de mult dacă ai avea același salariu pentru un număr mai mic de ore? Spui că ai lucra mai puțin dacă s-ar putea. Ce te faci să spui acest lucru? Pe ce anume te bazezi?

Se întâmplă să petreci atât de mult timp la serviciu, încât îți mai rămâne foarte puțin timp pentru familie, prieteni sau pentru distracție?

Când ai avut ultima vacanță? Cum ai petrecut-o? Poți să descrii o zi de vacanță? Este greu pentru tine să te bucuri de vacanțe din cauza preocupărilor legate serviciu? S-a întâmplat să continui să lucrezi în vacanțe sau să îți iei de lucru cu tine? Ce părere ai despre acest lucru? Cum te simți cu asumarea acestor responsabilități profesionale? (se va formula întrebarea adecvat înțelegerii pacientului).

4. Conștiinciozitate exagerată, scrupulozitate și inflexibilitate în probleme de moralitate, etică sau valori.

Ce părere ai despre valorile și principiile oamenilor, despre etică și moralitate? Poți să spui despre tine că ai un simț moral puternic? Să înțeleg că ești mai preocupat de valorile morale decât majoritatea oamenilor pe care îi cunoști? Crezi că ai putea să fii prieten cu cineva care are valori și principii morale diferite, care sunt în dezacord cu ale tale? Cât de des te preocupă faptul că ai fi putut să faci ceva nu tocmai moral sau etic?

S-a întâmplat ca cei din jur să îți reproșeze că ești prea strict cu anumite chestiuni morale? Mai exact, în legătură cu ce se plâng ei că ești prea strict? Ce părere ai despre acest lucru? Cum te simți atunci când ceilalți îți reproșează această strictețe a ta legată de? În ce fel reacționezi?

5. Nu renunță la obiecte inutile sau uzate, chiar dacă acestea nu au nici o valoare sentimentală.

Unora le este foarte greu să arunce lucruri, chiar dacă sunt vechi și uzate. Ți se întâmplă și ție? Ce fel de lucruri păstrezi tu? Ce anume te face să le păstrezi? Cum reacționează cei din jur la această tendință a ta de a colecționa (obiectele)?

S-a întâmplat ca ei să se plângă sau să te șicaneze în legătură cu toate aceste lucruri pe care le păstrezi sau le colecționezi? Cum te-ai simțit atunci? În ce fel ai reacționat?

6. Refuză să delege responsabilități sau să lucreze în echipă, în afară de cazurile în care cei din jur se supun exact indicațiilor date de ei, modului lor de a face lucrurile, fără nicio abatere.

Se întâmplă să ai foarte multe responsabilități pentru că nimeni altcineva nu poate face lucrurile așa cum vrei tu? Poți să dai niște exemple? La ce te referi mai exact?

Se întâmplă să îți asumi responsabilitățile altora ca să te asiguri că lucrurile sunt făcute cum trebuie? Poți să dai niște exemple?

7. Este zgârcit atât cu el, cât și cu ceilalți. Consideră că banii trebuie economisiți pentru zile negre.

După ce îți plătești facturile, pe ce anume îți place să cheltuiești banii? Faci cheltuieli pentru tine? Când ți-ai cumpărat ultima oară ceva? Despre ce anume este vorba? Îți place să faci daruri? Când ai oferit ultima oară un cadou? În ce a constat? Ce anume te-a determinat să faci acest lucru? Cum te-a făcut să te simți?

Unii oameni sunt atât de preocupați de faptul că s-ar putea întâmplă ceva rău în viitor,

încât economisesc aproape toți banii, astfel încât să fie pregătiți pentru ce poate fi mai rău. Se întâmplă să faci și tu la fel? Poți să spui mai multe despre asta? La ce te referi mai exact (gânduri, pattern-uri comportamentale)?

8. Manifestă o mare rigiditate și încăpățânare.

Te invit să te descrii în câteva cuvinte. S-a întâmplat ca cei din jur să îți spună că ești încăpățânat, rigid și că îți dorești ca toate lucrurile să se facă cum vrei tu? Ce crezi că i-a făcut să te considere astfel? Tu ce părere ai? Ești de acord cu ei?

Confuzia

Unde sunt? Cum? De ce? Cine?

Timpul, spațiul, identitatea se acoperă de necunoscut și capătă etichete de mister. La conducere se instalează confuzia. Preia controlul în multe sindroame aparținând patologiei psihice și rareori poate trece neobservată. Confuzia reprezintă o condiție medicală extrem de serioasă.

Afectarea contactului cu realitatea prin percepția distorsionată a acesteia și instalarea confuziei se regăsește în *tulburările psihotice* și în *episoadele maniacale*, comportamentul psihoticului fiind caracterizat prin hiperactivitate, dezorganizare și lipsa unui scop exact. Discursul poate fi incoerent și fără sens. Cu toate acestea, deși contactul cu realitatea este afectat, se menține starea de alertă vizavi de mediul înconjurător.

Stările confuzionale prezente în *demențele* determinate de afecțiuni sau leziuni cerebrale (demența Alzheimer, demența vasculară, delirium, tulburări mnezice) sunt caracterizate prin afectarea semnificativă a cogniției, senzorialității, dispoziției, personalității și comportamentului. Confuzia este însoțită de cei 4 A, respectiv Amnezia de fixare și evocare a datelor, faptelor și eveni-

mentelor, Afazia (pierderea capacității de înțelegere a limbajului verbal), Agnozie (incapacitatea identificării și discriminării obiectelor) și Apraxie (incapacitatea realizării unei activități motorii) plus deficit la nivelul funcțiilor executorii de organizare, planificare și abstractizare.

Tulburarea delirantă se distinge prin ideea delirantă persistentă cu ideatie aparent plauzibilă, dar în realitate neverosimilă. Conținutul delirului dă nota distinctă a tulburării delirante. Pacientul dezvoltă ideatie delirantă de persecuție, somatică, de grandoare, filiație, crotomană, însoțită de halucinații tactile, olfactive, gustative și dispoziție depresivă timp de minim o lună.

Delirul se manifestă prin ruperea contactului cu realitatea și afectarea capacității de concentrare și atenție. Cu tratament adecvat, dispare atunci când cauza este tratată. Persoana este incapabilă să fie atentă la ceea ce se întâmplă în jurul ei. Chiar dacă i se spune unde se află, informațiile nu sunt înregistrate în memorie.

Pacientul nu știe unde se află, locul, ziua, ora etc. El nu prezintă atât o afectare a memoriei, cât o dificultate marcantă de concentrare a atenției necesară înregistrării în memorie a informațiilor. Încetarea episodului delirant aduce restabilirea în limitele normalității a funcțiilor mnemice. Probele de investigare a atenției sunt

suficiente pentru a determina corect existența unui episod delirant.

Consecutiv unei *intervenții chirurgicale*, o persoană poate dezvolta relativ rapid un episod delirant, care va dispărea în câteva ore.

Minciuna

O poveste populară indiană spune că un tânăr prinț s-a îndrăgostit de o tânără și a cerut-o de soție. Tatăl fetei însă a spus că nu poate să-i dea fiica, pentru că băiatul nu cunoaște adevărul.

- Caută adevărul și, când îl găsești, întoarce-te și îți voi da fata, i-a spus el.

Tânărul a plecat și a început să caute peste tot, întrebând pretutindeni. De fiecare dată afla că nu era acolo, că fusese cândva, dar plecase repede. Adevărul era în altă parte, mai departe, de fiecare dată mai departe. Căutarea tânărului a durat ani la rând, până când, obosit și dezamăgit, s-a așezat lângă o peșteră aflată în vârf de munte. Era epuizat și se gândea să se oprească din căutări. Deodată, din fundul peșterii a auzit un zgomot, ca un mormăit. Pregătit să se apere, crezând că este vreun animal, a intrat în peșteră. Acolo a zărit o femeie bătrână, plină de răni, zbârcită și murdară. Arătarea l-a întrebat ce dorește.

- Caut adevărul, a răspuns tânărul.

- L-ai găsit, a zis ea.

- Tu ești adevărul?

- Da.

- Cum aș putea fi sigur de asta?
Bătrână i-a dat dovezi. Știa totul despre el.
- Eu sunt primul care te-a găsit?
- Ești primul.
- Sunt foarte bucuroși că te-am găsit. Voi putea să mă însor cu femeia iubită. Ce să le spun oamenilor despre tine?
- Nu le spune nimic.
- Dar toți vor să te cunoască! Mă vor întreba. Trebuie să le răspund ceva. Ce să le spun?
- Atunci, femeia bătrână și slută i-a răspuns prințului:
- Spune-le că sunt tânără și frumoasă.⁴

Minciuna face parte din realitate. Câteodată vine pe cal alb și are obiceiuri de Făt-Frumos salvator, alteori de Santa sau Grinch (n-am aflat încă), aduce bani, succes și hrănește până la saturație dorința de putere. Dulce-amară iluzie! În câteva secunde, puterea e flămândă iar.

Oare cei mai mari mincinoși nu sunt chiar scriitorii? Care e diferența între minciună și imaginație? Una e hulită, cealaltă este dorită. Pe una o dezavuăm, pe cealaltă căutăm să o dezle-

⁴ Jean-Claude Carriere, *Cercul mincinoșilor. Povești filozofice din lumea întreagă*, Humanitas, București, 2010.

găm, să o provocăm. Prima atrage oprobriul, cealaltă are intrare directă la domeniile creativității. „Logica te duce de la A la B. Imaginația te duce peste tot”, spunea Einstein. Probabil că ceea ce face diferența este nucleul. În realitate, ambele se întrețin, stimulează, completează. Diferența? Minciuna își are rădăcinile în frică. Mecanismele minciunii sunt complexe și rafinate: negarea, disimularea, reprimarea, evitarea, minimalizarea, sublimarea.

Există studii care susțin că în zece minute, un om spune opt minciuni. Din fericire, minciuna semnalează destul de rar boala psihică. Există însă afecțiuni psihice severe în care aceasta reprezintă unul dintre simptomele importante. De obicei, minciuna este apanajul psihopatiei.

Persoana cu *tulburare de personalitate antisocială* minte. Minte patologic, cu scopul de a-i manipula pe ceilalți și de a fenta efectele adeseori nefaste ale acțiunilor întreprinse. Antisocialii sunt maeștrii cuvintelor spuse când, cum și unde trebuie. Emoțiile celorlalți nu au nici o șansă. Vor fi răscolite și se vor trezi în postura de a răspunde. Ce rol are rațiunea în toata treaba asta? Te invit să răspunzi. Îți ofer un pont. Reamintește-ți dacă ți-ai golit vreodată rezervele financiare, inițial pentru un scop nobil, despre care nu mai știi nimic. Dacă te afli acasă,

privește în jurul tău și observă câte lucruri ai adunat fără să le folosești vreodată. Cum au ajuns acolo? O fi fost vreo minciună la mijloc, o păcăleală inocentă sau una la nivel mai mare? Acum e rândul tău să răspunzi. Fără minciună.

Minciuna sau exagerarea nu este atât de selectivă încât să se atașeze iremediabil doar de dis-sociali. Dimpotrivă. În *tulburarea narcisică* face figură frumoasă, inventând abilități și tot felul de competențe, cosmetizând astfel cât mai bine nesiguranța și vulnerabilitatea. În realitate, narcisicul ascunde sub discursul cu iz de bravadă și mustind a superlative o imagine de sine negativă și o mare fragilitate emoțională.

Îți amintești de Narcis? Narcis este, așa cum îl numea Octavian Paler, poate cel mai calomniat personaj din mitologie. Este hulit, pentru că s-a aplecat deasupra unei fântâni și s-a îndrăgostit. Pe mormântul lui a rămas solitară narcisa înflorită din sângele lui. Narcis este de fapt o victimă. Deși i se reproșează iubirea pentru sine, cei ce se iubesc nu prea au obiceiul să își ia viața. Actul său nu este consecința cunoașterii de sine, ci mai ales eșecul ei. Acesta este mecanismul narcisismului. Drumul către sine al narcisicului este blocat de laudă.

În zilele noastre, adeseori cunoașterea și iubirea de sine sunt mascate de Mercedes-uri

ultimul tip sau haine de firmă. Nici colecționarii de diplome desfășurate pe CV-uri kilometrice nu ies din acest peisaj. Cel puțin până când nu le interiorizează, decorându-și muzeul intrinsec cu propriile creații. Nu putem fi cu toții laureați ai premiului Nobel pentru știință, dar putem fi buni părinți, profesori, parteneri, copii sau orice altceva. Știu câteva persoane care m-ar contrazice. Este dreptul lor și pot să înțeleg.

Este greu de crezut că poți să fii un bun psiholog, dacă eșuezi lamentabil și repetat în rol de partener sau de părinte. Tu ce părere ai? În ce măsură te aștepti să fii autentic, iubitor, implicat și eficient, într-un rol pe care îl joci după scenariul (pre)scris de altcineva, indiferent de experiența și portofoliul lui?

Tulburarea de personalitate histrionică se exprimă pe terenul provocării și al exagerării. Histrionicul împinge la limite totul. Pentru el, viața este o scenă. Noi, ceilalți, nu suntem însă actorii ei. Nicidecum. Suntem spectatori. Actorul este unul singur. Histrionicul, omul-spectacol. One man show. Spumos, viu, colorat, fără limite. Dramă sau comedie? Nu are importanță. Spectacol să fie!

Atunci când persoana mimează sau își induce anumite simptome, prin medicație, injecții, cu scopul de a obține îngrijiri medicale, *sindromul Munchausen* este responsabil.

De obicei, el se instalează pe o structură de personalitate psihopată sau cu trăsături dizarmonice. Găsim în antecedentele unui astfel de bolnav multiple spitalizări, o istorie medicală bogată, dar destul de neclară prin simptomatologie și fără o logică a evoluției bolii.

Relativ bun cunoscător al terminologiei medicale, pacientul încearcă să fenteze specialistul prin cunoștințele sale.

Nevoia de atenție, îngrijire, dar și dorința de control sunt motoare care pun în mișcare mecanisme psihologice rafinate, ce pot reflecta transgenerațional un istoric de abuz în care contactul cu medicina să joace un anumit rol. Oricum, acest pacient poartă boala pe corp, cicatricele, chirurgicale sau nu, fiind accesorii nelipsite.

Sindromul Munchausen prin intermediar sau prin transfer reprezintă o formă gravă de abuz emoțional și nu numai, asupra copilului. În acest caz, părintele sau o persoană adultă în general obține atenția personalului medical prin intermediul unui copil, propriu sau nu, ori al unei rude sau cunoștințe, fabricându-i acestuia sau chiar provocându-i anumite simptome, afecțiuni, răni.

Sindromul amnezic (Korsakov) se exprimă clinic prin tulburări ale capacităților mnezice și confabulație („sora inconștientă a minciunii”).

Confabulația constă în relatarea unor evenimente, situații plauzibile, dar neverosimile, pacientul nefiind conștient de tulburările sale. Contactul cu realitatea este pierdut.

Negarea

Sunt alții care au probleme mai mari decât mine... Până la urmă, eșecul face parte din viață. Eu sunt mai ghinionist. Toate mi se întâmplă numai mie... Nimeni nu mă înțelege! Medicii nu fac decât să mă îndoape cu pastile care îmi fac mai mult rău decât bine... vedeniile alea le am de la ele... iar psihologul... știu eu mai bine decât el.... Până la urmă, nici job-ul ăsta nu cred ca era potrivit pentru mine... O să stau acasă și timpul le va rezolva pe toate...

„Să înveți să spui nu”. Tehnică ce are efecte benefice asupra sănătății fizice și mentale, preocupare a celor pasionați de psihologie și de dezvoltarea personală.

„Secretul” constă însă în conștientizarea, ordonarea, prioritizarea și satisfacerea nevoilor psihologice. Acesta este scopul lui NU. Altfel, spui NU reactiv, fără sens, pentru că așa ai auzit de la cineva pe care l-ai investit cu rol parental protectiv și atotștiutor și te alegi mai degrabă cu frustrare și negare. Da, și negarea face parte din familia frustrării. În negare, mintea spune NU realității. Persoana a auzit pe undeva că e timpul să învețe să spună NU și, ca orice cunoștință

sau informație care se lasă agățată neselectiv, pulsional și înghițită „pe nemestecate” (irațional), o va intoxica. Pe de altă parte, negarea are fațete multiple. Ea poate fi sănătoasă în anumite situații. Aviz psihologilor!

Orice mecanism de APĂRARE este destinat... apărării. Dacă demolezi o construcție înălțată ani de zile în care pacientul a găsit o vreme adăpost contra demonilor interiori treziți deseori de cei din exterior, fără a construi înaintea cel puțin o altă fundație specifică nevoilor lui, pacientul rămâne fără casă, fără repere, dissociat, deznădăcinat! Și ghici cine va avea rol protector, salvator, ajutând persoana să supraviețuiască condițiilor vitrege, de orice natură ar fi ele? Negarea. Este cadrul în care mintea caută o soluție salvatoare, detașându-se de realitate. Rareori cineva neagă realitatea având alternativa stabilirii unui contact relativ confortabil cu ea. De cele mai multe ori, negarea acoperă, maschează conflictul psihologic și neputința.

În acest sens, este nevoie să facem distincția între afectarea în diferite grade a capacității de testare a realității, care se regăsește în psihoze și situațiile în care abilitățile de evaluare și înțelegere a realității sunt păstrate, cum se întâmplă în nevroze.

Negarea reflectă dificultatea psihologică a pacientului de a-și accepta boala. Oricâte cunoștințe ar avea o persoană despre afecțiunea sa, ea eșuează în a recunoaște, evalua și accepta ceea ce este evident pentru ceilalți și anume faptul că suferă, că are dificultăți în a gestiona anumite experiențe, de orice natură ar fi acestea și că are nevoie de ajutor.

În cazul *schizofreniei*, lipsa conștiinței bolii este frecventă, pacienții negându-și boala. În *tulburarea bipolară, depresia clinică și tulburarea anxioasă*, aproape trei sferturi din pacienți nu acceptă patologia psihiatrică. Mai mult, dintre cei care nu au fost diagnosticați cu o boală psihică, dar care prezintă simptomatologie psihiatrică, 90% nu se consideră bolnavi. Să fie o înțelegere deficitară a patologiei mentale în general sau o negare a realității personale? Probabil că amândouă.

Depresia

Aștept să mor... E prea mult... 20 de ani de speranțe moarte. Nu a mai rămas nimic pentru mine. Nu știu ce e mai greu... corpul sau sufletul... să trăiesc sau să mor?

Depresia colorează totul în nuanțele ei favorite. Negru și, pe alocuri, nuanțe de gri. Depresie. Te întâlnești zilnic cu acest cuvânt. Pe stradă, la radio, în cărți. Este adeseori asimilată tristeții. Care este diferența între tristețe și depresie? Tristețea este o emoție.

Toate emoțiile sunt sănătoase, atunci când sunt exprimate adecvat. Emoțiile dau sens și culoare vieții. Sunt indicatorul care îți semnalează direcția. Celălalt indicator este rațiunea. De multe ori, ți se pare că indică direcții opuse.

Privește mai bine. Cu ochii minții. Te ajută și corpul. Dacă ești atent la tine, la emoțiile tale, fără a le deconecta de la rațiune, poți găsi mai ușor drumul pe care este bine să mergi. Emoțiile, mai ales tristețea, sunt felinare în întunericul îndoielilor, preocupărilor, confuziei. Ascultându-le, te ajută să cunoști, să înțelegi și să acționezi în direcția satisfacerii nevoilor psihologice.

Tristețea nu este depresie. Poate fi un simptom al depresiei clinice atunci când se încapătănează să locuiască în interiorul persoanei perioade lungi. Nu stă doar în interior. Iese și pe peluză, în curte, pe chip, în corp. Atunci când ți se pare că a ajuns să te definească, de fapt îți poate semnala că suferi și că ai nevoie de ajutor. În depresie, tristețea nu mai este o emoție. Ea a devenit o dispoziție și se asociază cu lipsa de speranță și încetinirea funcțiilor psihice - lentoare ideatică, a fluxului verbal - bradilalie, bradipsihie,acompaniate de tulburări ale somnului, ale apetitului și ale interesului pentru sex și pentru viață în general.

Aceasta este depresia clinică majoră. Studiile arată că una din patru femei suferă un episod depresiv major de-a lungul vieții, în timp ce, în cazul bărbaților, depresia este mai puțin prezentă. Doar unul din opt bărbați o cunosc. Previziunile OMS stipulează că în anii 2020 depresia va reprezenta a doua cauză mondială de dizabilitate și va primi aurul morții în țările în curs de dezvoltare și bronzul în țările dezvoltate. Realitate impregnată de sarcasm științific, știu. Oricum ar fi, depresia constituie, după bolile cardiovasculare, a doua cauză de deces, precedând accidentele cerebrale vasculare.

Este greu de descris tristețea pe care o resimte un depresiv. Este extrem de copleșitoare. Durerea este profund întipărită în sufletul și corpul pacienților. Ei vorbesc despre depresie ca despre cea mai cumplită durere trăită vreodată. Corpul vorbește și el despre ea prin musculatura flască, facies-ul devenit curgător, îndreptându-se undeva spre pământ cu pleoapele căzute și umerii încovoiați. Ochii, „înotători de performanță”, parcă și-au pierdut abilitățile, și în orice moment se pot îneca în lacrimi.

Depresiei îi place însă și balul mascat. Aici se prezintă cu o altă ținută. Mascată, evident. Cel în cauză manifestă un nivel energetic destul de crescut și pare ori plin de viață, vesel sau, dimpotrivă, iritabil. Conform statisticilor, în rândul adolescenților și al persoanelor vârstnice există cea mai mare prevalență a depresiei mascate. Atenție! Deși unii oameni par mai degrabă anxioși decât triști, în realitate ei pot fi depresivi. Din această categorie fac parte în general persoanele care au dificultăți în exprimarea emoțiilor, disimulează tristețea prin furie, drenându-o printr-un comportament agresiv și autodestructiv. Astfel, o persoană sociabilă și plăcută îmbracă instantaneu o mască ursuză, furioasă, anulând tot ce stabilise anterior.

Indicatori ai depresiei sunt acuzele somatice, dureri de cap, de stomac, stări de oboseală și slăbiciune, perturbarea ritmului somn-veghe, stări care nu au o cauză medicală.

Depresia vine cu senzația de vid interior. Uneori, depresivul încearcă să umple acest gol mâncând foarte mult. De cele mai multe ori, însă, comportamentul este exact invers. Pe o persoană cu depresie nu o mulțumește nimic, nu se poate bucura nici de/cu persoanele pe care anterior le iubea, nici de activități care anterior îi plăceau (anhedonie). În cazurile de depresie severă, bolnavul este incapabil să exprime orice emoție. Este împietrit, nu poate nici măcar să plângă. Lacrimile i-au secăt.

Depresia preia controlul asupra întregii vieți. Își pune amprenta asupra gândurilor, credințelor, ideilor, reprezentărilor. Depresivul se simte înfrânt de întreaga lume, fără nicio posibilitate de a ieși la lumină, de a mai rezolva ceva. Totul este pierdut. Viața este pierdută. Se simte vinovat pentru tot, inclusiv pentru boala sa. Dacă ar fi fost o persoană mai bună, mai capabilă, ar fi reușit să se vindece, să treacă peste tristețe și peste letargie, așa cum alții au avut o viață mult mai grea și totuși au reușit.

Depresivul se simte ca fiind o povară pentru familie și prieteni. Tentativele și suicidul

în sine au legătură cu această percepție. Depresivul dorește să își elibereze familia de povara de a mai avea grijă de el. Un depresiv aproape că nu este capabil să vadă sau să anticipeze suferința pe care moartea lui ar provoca-o familiei. Filtrele lui interioare lasă să treacă doar efectele pe care boala le are asupra lui și a familiei.

Depresia duce la pierderea perspectivelor. Viitorul devine prezent scufundat în trecut. Speranța pare pentru totdeauna pierdută de un depresiv. Conotațiile emoționale ale sentimentului asociat pierderii speranței sunt atât de profunde, încât sunt greu de înțeles pentru cineva care nu a experimentat vreodată depresia. Îți amintești când te-ai simțit cel mai rău din punct de vedere fizic? Poate stomacul tău ți-a jucat feste sau un virus s-a atașat atât de tare de tine, încât capul, nasul, tot corpul îl ascultau fără nicio împotrăvire? Orice tratament medicamentos era inutil. Așa se întâmplă cu depresia. Cognitiv, ești conștient că te vei simți mai bine peste câteva zile, dar senzația de rău te țintuiește în prezent și îți fură speranța că va mai fi bine. Mai mult, în cazul depresiei, acea senzație nu trece în câteva zile. Zi după zi, te privează de speranță, de perspective, de emoții, de tine. Îți lasă doar credința că va fi din ce în ce mai rău. Din mintea și sufletul depresivului se șterge orice urmă de existență a sentimentului de bine. Nu există

amintiri colorate, experiențe fericite, chiar dacă le-a trăit cu ceva timp în urmă. A pierdut orice contact cu starea de bine. A căpătat în schimb convingerea că nimeni nu îl poate ajuta, doctori sau familie. Nedrept schimb, nu-i așa? Nu se termină aici! Aceste convingeri vin împreună cu adormirea speranțelor și trezirea incertitudinilor.

Depresivul începe să se întrebe dacă viața mai merită trăită și dacă nu cumva lumea ar fi mai bună fără el. Viața sa se constelează acum în jurul întrebării „La ce bun?”.

Depresia nu este întotdeauna ușor de recunoscut. Pe lângă modificările emoțional-afective (tristețe, anxietate, indiferență), apar cele comportamentale (energie, interes, voință, somn, apetit, sex), cognitive (tulburări ale performanțelor intelectuale), însoțite de tulburări psihosomatice. Depresia atipică se manifestă diferit. Pacientul poate prezenta perturbări ale ritmului somn-veghe, cu dificultăți la adormire și/sau trezire, modificări ale apetitului și ale greutateii corporale. Pe de altă parte, se poate simți bine în compania altora, înflorind în contexte sociale.

Pierderea interesului pentru sex poate duce clinicianul pe o pistă greșită. Terapie de cuplu sau tratamentul depresiei? Întotdeauna tratamentul depresiei. Tratamentul medicamentos

al depresiei poate provoca disfuncții sexuale, manifestate la femei prin amenoree (lipsa ciclului menstrual).

Depresia scurge viața. Depresia încetinește totul. Gândirea, mișcările, viața. Retardare psihomotorie. Fiecare mișcare consumă resurse energetice imense. Persoana abia merge, mănâncă, vorbește. Discursul ei este marcat de pauze lungi și suspine. Tonul și ritmul verbal este scăzut. Cei din jur fac eforturi pentru a auzi și înțelege un depresiv. Pentru un timp. La un moment dat, persoanele din jurul depresivului obolesc, se plictisesc, ceea ce duce la creșterea sentimentului de inadecvare a pacientului, mai ales că acesta se confruntă și cu dificultatea de a-i urmări, de a fi atent, de a se adapta exteriorului.

De asemenea, comportamentul mimico-gestual este redus. În depresia cronică, acesta este redus spre zero (depresia catatonică). Oboseala se instalează rapid în urma oricărei activități. Ca urmare, multe dintre acțiunile începute rămân nefinalizate. Depresivul devine neglijent, nu mai acordă atenție aspectului fizic, nu se mai spală și nu își mai schimbă hainele. Aptitudinile cognitive se reduc, concentrarea, atenția, abilitatea de a memora și de a rezolva probleme sunt afectate.

În depresia mascată, persoana se simte ca pe marginea prăpastiei, trăind într-o continuă anxietate. Este îngrijorată în permanență. Anxietatea se traduce prin agitație psihomotorie. Persoana se mișcă tot timpul, mută obiecte, își frământă mâinile, ceea ce o deturneză de la scopul inițial.

Oricând te poți trezi cu depresia la ușă. Uneori este sezonieră... poate apărea toamna și/sau iarna. Adesea își face bagajele primăvara. De obicei, se instalează în urma unui eveniment traumatizant, cum ar fi pierderea locului de muncă, a cuiva apropiat, plecarea de acasă, începerea unui proiect nou (slujbă, școală etc.). Chiar și evenimentele fericite pot fi precursori ai depresiei din cauza potențialului stresor (nașterea unui copil, căsătoria, absolvirea studiilor).

Nucleul depresiei este pierderea. Depresivul este cel care nu se adaptează pierderii. După săptămâni sau luni în care experiențele de viață sunt amprentate de pierdere, fie că e vorba de cea a unei persoane, relații, obiect investit, situație, statut, eveniment, șansă, persoana începe să simtă eșecul ca pe o constantă în viața sa. Drept urmare, principalele accesorii ale vieții sale devin tristețea și lacrimile.

Depresivul își trăiește doliul pierderii și nu găsește resurse pentru a merge mai departe, pen-

tru a restabili contactul cu realitatea. Toleranța la frustrare scade considerabil, nu mai găsește soluții pentru nimic. Este momentul pentru tratament. Din păcate, cei mai mulți depresivi nu ajung la medicul psihiatru. Este o mare greșeală. Fără tratament corespunzător, medicamentos și psihoterapeutic, un episod depresiv se cronicizează. În unele cazuri, persoana ajunge să nu mai iasă din casă și apare ideea suicidară.

De asemenea, pot apărea episoade psihotice, situație în care depresivul aude voci și pierde contactul cu realitatea. Oricum, cu tratament psihiatric, depresia începe să se remită în mai puțin de câteva săptămâni. Depresia ușoară răspunde bine și la psihoterapie. Intervenția psihoterapeutică nu este însă indicată în depresia cronică, pentru că efectele sunt ne semnificative.

Depresia se tratează medicamentos.

Majoritatea oamenilor au mai mult de un episod depresiv. Posibilitatea de a dezvolta al doilea episod depresiv crește în cazurile în care primul episod a apărut în tinerețe, a durat ani de zile și a fost afectat contactul cu realitatea, mai ales dacă și altcineva din familie a fost/este depresiv.

Depresia la copil și adolescent prezintă semne clinice diferite, ceea ce o face greu de recunoscut, fiind confundată deseori cu criza de

adolescență. Lipsa de interes pentru activități altădată plăcute, tristețea, scăderea performanțelor intelectuale și școlare, tulburările de somn și de alimentație, ideea și tentativele suicidare, comportamentul opozant și antisocial, perturbarea imaginii corporale, schimbările de dispoziție constituie semne ale depresiei.

Depresia la vârstnici se manifestă în principal prin anxietate crescută, hiperactivitate și scăderea aptitudinilor cognitive, ceea ce poate conduce în mod eronat la diagnosticul de demență.

Depresia însoțită de anxietate și ideatie delirantă se poate dizolva treptat în *demență cauzată de boala Huntington*, exprimându-se clinic inițial în plan afectiv și comportamental, apoi în plan cognitiv și relațional.

Demența în boala Parkinson apare în forme severe sau în fazele finale ale bolii Alzheimer și include manifestările depresive care se suprapun demenței, cronicizând-o.

Distimia sau tulburarea distimică este o formă de depresie în care simptomele sunt de intensitate ușoară, însă durează o perioadă lungă de timp. Persoana se simte nefericită aproape tot timpul, cel puțin o zi din două, dar nu are tulburări de somn, de apetit sau de ordin sexual și este adaptată social, fiind capabilă să aibă un

loc de muncă și să se adapteze responsabilităților profesionale.

Există păreri conform cărora distimia se află cumva la granița dintre boala psihică și trăsătura de personalitate. Cert este că afectează aproximativ 3% din populație, debutează de cele mai multe ori în adolescență, dar poate apărea și tardiv, după vârsta de 21 de ani și nu dispăre spontan. Deși chiar persoana în cauză și cei din jur pot crede că sunt manifestări structurale și că simptomele depresive sunt trăsături de personalitate, realitatea este alta. Este nevoie de tratament psihiatric. Altfel, distimia poate dura ani de zile și calitatea vieții este sever afectată.

Depresia postschizofrenică sau depresia postpsihotică prezintă un risc de suicid crescut și tocmai de aceea este extrem de important diagnosticul diferențial cu schizofrenia. Simptomele depresive apar în primele 12 luni după un episod schizofrenic, cu o durată de minim două săptămâni, iar simptomele specifice schizofreniei manifestate în principal prin aplatizare afectivă, alogie și avoliție sunt subsidiare celor depresive. Depresia este cea care a preluat controlul!

Tulburarea bipolară este caracterizată de alternanța episoadelor depresive cu cele maniacale. În acest caz, este esențial diagnosticul diferențial între depresie și tulburarea bipolară.

Distincția nu este simplă, întrucât manifestările depresive sunt exact identice. Indicatorii sunt existența tulburării bipolare în istoricul familial și tonusul ridicat, comportamentul cu note euforice prezent la remisia episodului depresiv. În această situație, tratamentul psihiatric va fi diferit.

Tulburarea schizoafectivă este ilustrată prin prezența simultană sau consecutivă a unor simptome schizofrenice și dispoziționale – expansive sau depresive, unice sau recurente. Când simptomele depresive sunt prezente alături de cele schizofrenice, vorbim de *tulburarea schizoafectivă de tip depresiv*. Statisticile susțin că tulburarea schizoafectivă expansivă este mai frecventă la adolescenți și tineri, în timp ce depresia apare mai mult la adulți.

Intoxicațiile cu substanțe psihoactive se manifestă prin labilitatea dispoziției cu treceri de la depresie la expansivitate, însoțite de tulburări psihice și comportamentale.

Un lucru extrem de important trebuie însă reținut: depresia este tratabilă!

Ghid de întrebări pentru depresia majoră⁵

La fiecare simptom, se va investiga durata și persistența. Este nevoie să acordăm atenție

⁵ Adaptat în funcție de criteriile de diagnostic DSM IV.

simptomelor cauzate de o afecțiune somatică, precum și ideății delirante. Acestea nu vor fi considerate simptome ale depresiei.

Prezența a cel puțin cinci dintre simptomele prezentate mai jos pentru o perioadă de două săptămâni, cu modificarea nivelului de funcționare anterioară a persoanei, conduce la validarea diagnosticului de depresie cronică.

1. Dispoziție depresivă în cea mai mare parte a timpului, aproape în fiecare zi, conform declarațiilor persoanei sau ale celor din jur (tristețe, vid interior).

Atenție! Uneori, este nevoie ca un depresiv să fie ajutat și stimulat să vorbească, oferindu-i-se variante de răspuns, fără a-l intruza, prin acordarea la ritmul său redus din punct de vedere verbal și ideatic. Acordarea se va face cu scopul de a dinamiza pacientul și, implicit, relația terapeutică, prin comportamentul verbal și nonverbal al clinicianului.

Cum te simți? Observă că ești/pari destul de (trist, obosit, dărâmat sau deprimat. Nu se dau toate variantele deodată.) De cât timp te simți așa? Este prima dată sau ți s-a mai întâmplat să te simți ca acum? Hai să vorbim puțin despre tristețea ta (sau despre emoția pe care o descrie pacientul). Cât de des se întâmplă să te simți așa? În fiecare zi? Cât timp

durează starea aceasta? Aproape toată ziua? Cum este această stare (tristețea ta)? În ce fel te afectează ea? Cât de rău este sentimentul? Te simți ca și cum

2. Diminuare considerabilă a interesului sau a plăcerii pentru aproape orice activitate.

Cu ce te ocupi? Există anumite activități sau lucruri pe care le faci cu plăcere în prezent? Dar în trecut? Care erau activitățile tale preferate? (dacă îi este greu să răspundă, îl ajutăm cu sugestii - TV, citit, sporturi, cumpărături, plimbări, întâlniri cu prietenii, o masă bună - mâncarea, sexul, hobby-uri).

Ce simți acum în legătură cu ele? De cât timp ți-ai pierdut interesul pentru ele sau nu îți mai plac? Există situații în care te simți mai disponibil să acorzi atenție anumitor lucruri (se face referire la activitățile/lucrurile care îi plăceau anterior)? La ce te referi, mai exact? Când s-a întâmplat ultima oară să faci (se face referire la activitățile/lucrurile plăcute anterior)? *Cum te-ai simțit atunci?*

3. Pierdere considerabilă în greutate fără a ține vreo dietă (modificare mai mare decât 5% din greutatea corpului într-o lună), scăderea sau creșterea apetitului, manifestată aproape în fiecare zi.

Ce ai mâncat astăzi? Există vreo modificare a apetitului tău? Ai putea să descrii ce anume ai mâncat ieri? În fiecare zi ai același apetit, mănânci la fel? De cât timp ți se întâmplă? Ai slăbit sau te-ai îngrășat în ultima vreme? Cât? De când s-a modificat greutatea ta?

4. Insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare noapte.

Cum este somnul tău? Câte ore dormi pe noapte? Cum ți se pare? E mai mult sau mai puțin în comparație cu somnul tău normal? De cât timp ai probleme cu somnul? Cât de des ți se întâmplă să îți fie greu să dormi/să te trezești? Hai să vorbim mai mult despre problemele tale cu somnul ca să înțeleg exact în ce constau. Îți este greu să adormi, să menții somnul, sau te trezești prea devreme? Cum te simți când ai (se vor menționa dificultățile)? Ce faci când (se vor menționa problemele)?

5. Agitație sau lentoare psihomotorie, manifestată aproape tot timpul și observată de cei din jur (nu doar senzații subiective de agitație, neliniște sau de oboseală).

Indicatori ai agitației psihomotorie: persoana nu își găsește locul pe scaun; se atinge, se răsucește, se învârte, se trage de păr, de piele sau de haine; își frământă mâinile; își încrucieșează și eliberează mereu picioarele.

Indicatori ai lentorii psihomotorii: vorbește încet, rar, cu pauze mari între răspunsuri sau între cuvinte, mutism (nu vorbește deloc), mișcări ale corpului lente, încetinite.

Observă că(ești destul de agitat, neliniștit, nu îți găsești locul pe scaun etc.). Se întâmplă de obicei să fii agitat? Poți să spui în ce fel se manifestă agitația ta? Îți este greu să îți găsești locul sau să stai în același loc? Cei din jurul tău ți-au spus ceva în legătură cu agitația ta? Au observat-o și ei? Ți se întâmplă uneori să te simți greoi, încetinit, ca și cum ai avea niște greutate în picioare sau în cap? Cât de des te simți așa? Cei din jur au observat și ei? Ce anume ți-au spus?

6. Oboseală și scădere a nivelului energetic resimțite aproape zilnic.

Cum stai cu energia? Te-ai simțit obosit, epuizat? De cât timp te simți așa? Te rog să descrii această stare. Cum este? Cât durează de obicei? Există momente în care te simți revitalizat? Când s-a întâmplat ultima oară să te simți plin de energie? Ce ai făcut atunci?

7. Sentiment acut de lipsă de valoare și culpabilizare excesivă generalizată, nu doar auto-culpabilizare sau învinovățire pentru starea de boală.

Am înțeles că de (durata trăirilor negative) te simți (acuzele). Ce crezi despre toate aceste trăiri pe care le ai? Ce simți față de ele? Ce îți imaginezi că te face tocmai pe tine să trăiești toate astea?

Să înțeleg că te simți fără valoare sau ca și cum ai fi eșuat? Se întâmplă adeseori să te învinovățești pentru diferite lucruri, fapte sau altceva? La ce te referi mai exact? În legătură cu ce anume te culpabilizezi? Există și altceva pentru care te simți vinovat în prezent? Fă-mă să înțeleg despre ce anume este vorba. La ce te gândești, mai exact? Cum este să trăiești cu acest sentiment de vinovăție? Ce efect are aceasta în viața ta? Ce ai vrea să faci atunci când te simți vinovat? Ai vrea să scapi de vinovăție? Cum te gândești că ai putea să procedezi? Ce anume ai făcut în mod concret?

Sunt și alte lucruri, persoane, situații din trecutul tău, față de care te simți vinovat? Care sunt ele? La ce te referi? Înțeleg că ești destul de preocupat de (pattern-ul de vină și stimă de sine scăzută)? Cât de des ți se întâmplă să te gândești la (pattern-ul de vină și stimă de sine scăzută)? Se întâmplă zilnic?

8. Încetinirea proceselor gândirii, scăderea capacității de concentrare, indecizie, manifestate aproape zilnic.

Ai dificultăți de concentrare sau de gândire? Poți să dai un exemplu? La ce te referi mai exact? De cât timp ai aceste dificultăți? Durează o anumită perioadă de timp? În ce fel se manifestă? Cum te afectează aceste probleme? Poți să citești? Să te uiți la TV? Să te concentrezi într-o conversație? Ți este mai greu să iei decizii decât înainte? Sunt anumite decizii pe care le iei mai greu? Care?

Care sunt deciziile pe care este nevoie să le iei zilnic (se exemplifică concret, în funcție de responsabilitățile pacientului: deciziile legate de gospodărie, familie, profesie)? Durata și persistența.

9. Gânduri recurente de moarte (nu doar teama de moarte), ideatie suicidară, fără planuri specifice sau tentativă de suicid ori un plan de suicid.

Uneori, când cineva se simte extrem de deprimat și dărâmat, se poate gândi la moarte. Ai avut astfel de gânduri? Cum te fac să te simți aceste gânduri? Te-ai gândit la un anumit mod de a muri? La ce te referi mai exact? În ce constă acest plan? Ai făcut vreodată ceva în acest sens (acțiunea)? Când te culci, ți se întâmplă adeseori să îți dorești să nu te mai trezești?

10. Simptomele cauzează un disconfort clinic major și inadecvare socială, profesională sau în alte domenii de funcționare a persoanei.

Ce dificultăți îți provoacă starea ta (depresia)? În ce fel te afectează aceste dificultăți? Îți cauzează probleme la școală, la serviciu? În cuplu? În relațiile cu prietenii sau familia? În viața socială? La îndeletnicirile casnice?

*Se exclude diagnosticul de depresie majoră dacă simptomele sunt cauzate de medicație (cum ar fi antihipertensivele), droguri (alcool, cocaină, steroizi etc.) ori ale unei condiții medicale generale (de exemplu o boală endocrină).

*Se exclude diagnosticul de depresie majoră în cazul în care simptomele au apărut în mai puțin de două luni de la o pierdere semnificativă (decesul unei persoane importante), cu excepția situației în care apare o afectare majoră a funcționării, preocupări morbide, însoțite de stimă de sine scăzută, ideatie suicidară, simptome psihotice sau încetinirea procedeeleor gândirii.

*Se exclude diagnosticul de depresie majoră când pacientul prezintă ideatie delirantă și halucinații de cel puțin două săptămâni în absența schimbărilor de dispoziție semnificative. În aceste cazuri, diagnosticul poate fi schizofrenie, tulburare schizoafectivă, tulburare delirantă, tulburare schizofreniformă sau tulburare psihotică.

În cazul psihozei, se recomandă următoarele întrebări: *A fost vreo perioadă când ai simțit (simptomele psihotice), dar nu te simțeai trist sau deprimat și aveai probleme cu (simptomele depresiei)? De cât timp ai (simptomele psihotice)? Când a apărut depresia legată de acestea?*

Ghid de întrebări pentru distimie

Dispoziție depresivă pe aproape tot parcursul zilei, în majoritatea timpului, descrisă de persoană sau de cei din jur, care durează de cel puțin doi ani.

Cum ai putea să descrii felul în care te simți? Înțeleg că te simți trist și deprimat. Cât de des ți se întâmplă să te simți astfel? De cât timp durează această stare?

Atenție: Diagnosticul de distimie trebuie să excludă existența depresiei majore în ultimii doi ani.

Te-ai simțit de curând mai deprimat decât de obicei? Te-ai simțit vreodată în ultimii doi ani mult mai rău, mai deprimat decât de obicei, timp de cel puțin două săptămâni?

În cazul în care răspunsul la ultimele întrebări este afirmativ, diagnosticul este probabil depresie majoră.

Disocierea

Puzzle mental. Corp, minte, suflet. Ai toate piesele. Te uiți la ele, dar nu le vezi. Nu poți să le găsești locul în ecuația interioară. Tocmai tu, specialist în puzzle, ești pur și simplu blocat în fața acestor bucățele. La ce anume folosesc? În disociere, mintea parcă ar fi separată de corp. Persoana se simte ca un străin în propriul corp, iar funcțiile cognitive parcă nu îi mai aparțin. Este nesigură de propriile sentimente și acțiuni. Nu își mai amintește experiențele cu încărcătură emoțională negativă. Disocierea apare de cele mai multe ori ca urmare a șocului produs de evenimente traumatizante. Disocierea este deseori legată de abuz.

Jerome S. Blackman relatează despre existența alter ego-urilor” sau a personalităților alternante la adulții abuzați sexual în copilărie. În acest context, „disocierea este un proces prin care aspecte importante ale personalității sunt clivate și devin inconștiente, ca apărare împotriva intensității afectelor determinate de evenimentul din copilărie”.⁶

Majoritatea oamenilor trăiesc stări de relativă disociere în situații de stres, oboseală ac-

⁶ Jerome S. Blackman, *101 Aparari. Cum se autoprotejează mintea*, Ed. Trei, 2009, p.161.

centuată, deprivare de somn. În cazul senzației de inadecvare în raport cu propriul corp sau de deconectare de la gânduri și acțiuni, vorbim de *depersonalizare*. Ca și cum te-ai percepe din perspectiva altcuiva, greu de perceput și el, un robot alunecând printre nori.

Depersonalizarea este asociată unui sentiment cel puțin ciudat. Dintr-o dată, parcă ar fi altcineva. O persoană care trăiește într-un alt ritm și altă lume. O lume bidimensională în raport cu care se află în rol de spectator. Viața i se derulează pe ecranul personal, iar el privește. Totul este diferit. Sunetele sunt mai puternice sau mai slabe, culorile sunt mai vii sau mai pale, decorul pare a fi de neatins undeva în fundal.

Un alt tip de experiență disociativă este *déjà-vu-ul*. Timpul se dilată, înghițind prezentul. Pacientul retrăiește experiențe ca și cum ar fi în prezent. În majoritatea cazurilor, aceste perturbări ale realității și ale identității sunt temporare. Pacientul se luptă cu aceste senzații stranii, căutând, pe de o parte, să înțeleagă natura trăirilor și, pe de altă parte, să redevină actorul propriei vieți. La un moment dat, constată că nimic nu s-a schimbat. El este actorul și autorul scenariului său de viață.

Schizofrenia este ilustrată clinic prin *depersonalizare* și *derealizare* pe fondul tulburări-

lor comportamentului, cogniției, senzorialității, dispoziției, comunicării și voliției. Pacientul prezintă incoerența ideo-verbală, comportament dezorganizat sau catatonie, manifestări halucinatorii, idei delirante de persecuție, control, de „referință de inserție sau extracție a gândurilor”.

Tulburarea de personalitate schizotipală reprezintă terenul experiențelor perceptive neobișnuite, pacientul experimentând trăiri cronice și uneori persistente de derealizare. Disocieră poate fi un răspuns la experiențele traumatizante și, în acest caz, o regăsim în *tulburarea de stres posttraumatic*.

Euforia

Ce muzică extraordinară!!! Picioarele bat ritmuri frenetice, brațele învârt aerul cu viteze și mișcări năucitoare. Vocea nu mă mai ascultă! E atât de slabă... Parcă nu e a mea. Altfel, ar ține pasul cu tot ce simt!!! Bucuria, tot extazul pe care artiștii ăștia îl trezesc în mine... Trebuie să ajung pe scenă! Să îi trezesc pe oamenii ăștia din public! După ore întregi, mă simt la fel.... Ca și cum aș fi acolo. Trebuie să am propria scenă, propriul show. Am atâtea idei!!! Nimeni nu ar înțepeni pe scaun la spectacolele mele. Știu deja cum va fi. Versurile deja se scriu, melodiile se așază. Costumele, costumele. Aaa, scenografia este fantastică...

Euforia - emoția cu stoc nelimitat de aripi. Are conexiune directă la experiențe pozitive, cuvintele și îmbrățișările persoanei iubite sau ale mentorului spiritual, fie el o persoană, o lectură plină de sensuri, cerul plin de stele sau un copac ca niciun altul. Sunt întâlniri fundamentale la care ținuta obligatorie sunt aripile împărțite cu generozitate la intrare de euforie. Într-o altă dimensiune, aparent la celălalt pol, se află depresia.

Euforia reprezintă unul dintre motoarele creativității. Uneori însă, aceste întâlniri pot introduce în scenă alcoolul sau drogurile. Euforia apare și în aceste situații.

Mai mult, în anumite cazuri, este precursora episoadelor maniacale. În primă fază, persoana se simte extrem de încrezătoare, bine dispusă, optimistă, energizată de iubire pentru toți și toate. Scrisoarea a treia se rescrie permanent, reînnoind cu viteza luminii numărul prietenilor cuvântători sau nu. Râul, ramul, omul și tot ce mai este prin zonă, devin pe rând prietenii.

În această fază, euforicul, copleșit de iubire și generozitate, este invadat de intenții, gânduri și acțiuni – adevărate supape emoționale. Creativitatea este la ea acasă. Ideile se nasc una după alta, care mai de care mai spumoase. Somnul? Cine are nevoie de el? Este supra-încălzit. Euforicul, proaspăt ridicat la rang de maniacal, hipo-maniacal, ce-i drept, deși doarme puțin, crede că arată mai bine ca niciodată și se simte mai plin de energie ca oricând.

Tocmai v-am făcut cunoștință cu o persoană aflată în episod hipomanical, a cărei severitate este mai redusă raportată la manie. Hmm... Ce e rău în a te simți atât de bine? Vreți și voi pilula asta... Poate să se cheme hipomanie, euforie, iubire sau oricum altfel, nu

contează ce nume poartă. Are inimă de aur, mușchi de oțel și creier care procesează informațiile mai repede și mai bine decât cel mai performant computer al NASA. Cei din jur sunt fascinați, toate manifestările emoționale și comportamentale par mai degrabă indicatori de sănătate decât de boală.

De reținut! Aceste schimbări de dispoziție nu reprezintă neapărat un indicator al maniei.

În *tulburarea ciclotimică*, apar schimbări de dispoziție, de la depresia moderată la hipomanie, care durează de la câteva zile sau săptămâni. În ambele situații, este important să fie recunoscut pattern-ul comportamental subsidiar tulburării bipolare.

În *tulburarea afectivă bipolară*, episodul hipomaniacal este precursorul maniei. Episodul expansiv sau mixt survine anterior sau ulterior unui episod depresiv major. Ca urmare, cel în cauză se simte acum ca și cum a găsit rețeta magică ce îl ferește de orice. Acum nimic nu mai este supărător. Totul este haios, provocator, excitant. Maniacalul dorește să îi implice pe cei din jur în viața sa. Nu contează că nu i-a mai văzut niciodată. Vrea să împărtășească totul împreună, să râdă cu ceilalți, să le povestească despre sine. Cu cât mai mult, cu atât mai bine.

Timiditatea, modestia, reținerea, toate acestea țin de trecut. Chiar dacă acum ceva timp erau trăsături definitorii ale personalității sale, acum ele sunt înlocuite de preocupările sexuale și/sau religioase, sub influența euforiei. Acum, interesele principale sunt iubirea și comuniunea spirituală. Nobile scopuri, nu-i așa? Capcana este că, în căutarea scopurilor sale, maniacul se află pe nisipuri mișcătoare, în propria realitate. Iluzii create pe credințe mai mult sau mai puțin false, toate la superlativ: farmecul personal irezistibil, atracția și iubirea nemărginită a celorlalți, interesul și înțelegerea cu totul specială din partea divinității.

Cronicizarea maniei amplifică aceste credințe, euforia fiind înlocuită de sentimentul omnipotenței. Iubirea, extazul, excitația, apropierea de divinitate se transformă în iritabilitate. Divinitatea nu mai este în exterior. Ghici unde este? Și, cum un zeu are nevoie de atenție, adulație, divinizare, atunci când nu le primește, devine furios și frustrat. Acum sora maniei, depresia, începe să își facă intrarea în scena. Persoana trăiește mai multe episoade depresive decât maniacale, sau acestea se derulează alternativ.

Tulburarea schizoafectivă este ilustrată prin prezența simultană sau consecutivă a unor

simptome schizofrenice și dispoziționale – expansive sau/și depresive, unice sau recurente. Când simptomele expansive sunt prezente alături de cele schizofrenice, vorbim de *tulburarea schizoafectivă de tip maniacal*. Statisticile susțin că tulburarea schizoafectivă de tip maniacal este mai frecventă la adolescenți și tineri, femeile fiind cele care dețin „monopolul”.

Intoxicațiile cu substanțe psihoactive se manifestă prin labilitatea dispoziției cu treceri de la depresie la expansivitate, alături de tulburări psihice și comportamentale.

Ghid de întrebări pentru manie / hipomanie⁷

1. Dispoziția hipomaniacală euforică este confirmată de prezența a cel puțin trei factori. Mania este caracterizată prin prezența unei dispoziții expansive sau iritabile, anormale și persistente, dezvoltată pe o perioadă de cel puțin o săptămână. Hipomania se desfășoară pe o perioadă mai scurtă de timp, de cel puțin patru zile, simptomele fiind relativ asemănătoare, ceva mai reduse ca intensitate.

Te-ai simțit vreodată extrem de vesel și de bine-dispus, stare care a durat minim cinci zile și care este destul de diferită de modul în

⁷ Adaptat criteriilor de diagnostic DSM IV.

*care te simți de obicei? Ce anume ți-a cauzat
acea stare? Cât a durat mai exact?*

*Să înțeleg că sentimentul a fost mai intens
decât o simplă stare de bine? Îți amintești când
a apărut? Ce se întâmpla atunci în viața ta?
Cât de des ai avut astfel de stări? A existat vreo
perioadă în care ai fost extrem de iritabil, când
totul te enerva foarte tare, nimeni și nimic nu îți
intrau în voie? Cam cât a durat acea perioadă?
Mai mult de cinci zile? Te rog să descrii mai
exact cum era acea stare. Când anume a apărut
ea? Ai consumat alcool sau droguri?*

*Ai intrat în multe conflicte, verbale sau
fizice? Există anumite motive pentru care te
simți așa? Au existat mai multe episoade? Câ-
te? Cât de des se întâmplă să te simți așa?*

2. Stimă de sine crescută, grandoare.

*Cum te-ai descrie în timpul acestor epi-
soade? Care este imaginea ta despre tine? Te
simți mai încrezător în tine decât de obicei?
Este o perioadă în care parcă simți că ai mai
multă putere, poate devii conștient de anumite
talente, abilități? La ce te referi mai exact?*

*Care sunt aceste abilități sau puteri?
Atunci când oamenii sunt foarte bine dispuși,
euforici, capătă credința că pot deveni faimoși
sau că pot face lucruri extraordinare. Ți s-a
întâmpnat și ție? Ai putea să mă faci să înțeleg*

despre ce fel de gânduri sau convingeri este vorba?

3. Reducerea nevoii de somn (se simte odihnit după doar câteva ore de somn)

Câte ore ai dormit în acest timp? Ai nevoie de mai puține ore de somn decât de obicei, pentru a te simți odihnit?

4. Debit verbal mai mare decât de obicei.

Aveai mai mult chef de vorbă decât de obicei? Te-ai simțit cumva obligat să vorbești constant, să menții conversații? S-a întâmplat în acea perioadă să te faci mai greu înțeles, poate să vorbești atât de repede, încât ceilalți nu te înțelegeau?

5. Fugă de idei, senzația că îi zboară gândurile.

În această perioadă ai avut multe idei, gânduri care îți treceau foarte rapid prin minte, ca și cum ar fi zburat?

6. Distractibilitate crescută (capacitate de concentrare scăzută cu disiparea atenției către stimuli ne semnificativi și detalii)

S-a întâmplat ca cel mai mic stimul să îți distragă atenția? Poți să dai un exemplu?

7. Creșterea nivelului de implicare în activități sociale, la serviciu sau la școală, preocupări sexuale, agitație psihomotorie.

Ai fost mai activ în această perioadă decât de obicei? De exemplu, ai avut mai multe activități acasă? S-a întâmplat să te simți atât de plin de energie încât, în loc să dormi, ai făcut diverse treburi casnice sau ai lucrat și în timpul nopții? Ai început noi proiecte sau ți-ai asumat mai multe responsabilități în ultimul timp?

Ai lucrat mai mult decât de obicei? S-a întâmplat să vorbești mai mult sau să te întâlnești mai des cu prietenii? Viața ta sexuală s-a îmbunătățit considerabil, în sensul că ai fost mai activ sexual decât de obicei? Te-ai simțit atât de odihnit, încât pur și simplu îți era greu să îți găsești locul și simțeau nevoia să te miști în permanență? Poți să detaliezi? Ce anume ai făcut?

8. Implicare excesivă în activități plăcute, dar cu posibile consecințe negative (investiții riscante, petreceri în lanț, relații sexuale)

Ai făcut ceva în ultimul timp care ți-a creat sau îți poate crea probleme, ție sau familiei tale? Știi, atunci când oamenii se simt (simptomele maniacale), ei fac multe cheltuieli, unele fără acoperire, investiții riscante, sau se implică în tot felul de relații, lucruri pe care de obicei poate nu le-ar face. S-a întâmplat să faci ceva de genul acesta? Despre ce anume este vorba?

9. În cazul maniei, tulburările de dispoziție sunt suficient de severe încât să producă derapaje severe în sfera funcționării sociale, în activitățile curente sau în relațiile interpersonale; de asemenea există posibilitatea ca persoana să necesite spitalizare, pentru a reduce riscul de a se răni pe sine sau pe alții.

10. Episodul hipomaniacal este asociat cu schimbări evidente și fără echivoc în funcționarea persoanei, nespecifice acesteia în condiții normale, tulburări de dispoziție și de comportament observabile și de cei din jur.

A observat cineva că este ceva diferit la tine în ultimul timp? Ce anume ți-a spus? Ți-a spus cineva că ești mai (simptomele maniacale)? Ce efect a avut în viața ta această perioadă în care ai fost (simptomele maniacale)? Ți-a produs probleme la serviciu (școală)? Dar în cuplu? Dar relațiile cu prietenii sau familia sau viața socială? Ce anume s-a întâmplat? Ai urmat vreun tratament? Ai fost internat vreodată?

11. Se exclude mania dacă persoana prezintă ideeație delirantă și halucinații de cel puțin două săptămâni, în absența tulburărilor de dispoziție semnificative. În acest caz, diagnosticul probabil este unul dintre cele de mai jos: schizofrenie, tulburare schizoafectivă, tulburare

delirantă, tulburare schizofreniformă sau tulburare psihotică.

S-a întâmplat vreodată să ai (simptomatologia psihotică), dar nu te-ai simțit (dispoziția maniacală) și nu ai avut probleme cu (simptomele maniacale)? Când? Cât timp au durat? La ce distanță, de când au apărut (simptomele și dispoziția maniacală) de la debutul (simptomele psihotice)?

12. Se exclude mania dacă simptomele au fost cauzate de o afecțiune somatică (ca de exemplu hipertiroidia) sau de consum de alcool sau droguri (amfetamine, cocaină).

Frica este o emoție normală, care pregătește persoana pentru gestionarea pericolului, mobilizând corpul și mintea.

Fobiile sunt cele mai frecvente afecțiuni psihice și constau într-o frică irațională de un obiect sau/și situație specifică, afectând, conform criteriilor DSM IV, 7-10 % din populația generală. În general, adulții suferă de frică de animale, insecte, avioane, lift sau automobile, în timp ce copiii sunt mai afectați de furtuni, apă sau de monștri imaginari din întuneric.

Etajul 10 este un tabu pentru tine? S-ar putea ca acrofobia să fie prin zonă. Liftul, chiar și la simpla vedere, are o telecomandă magică care îți crește pulsul, îți accelerează ritmul respirator, îți usucă gura, îți umezește palmele și îți populează stomacul cu o armată de fluturi? Dă-mi voie să îți prezint autorul: claustrofobia.

Stai, nu răsufla ușurat. Fobiile sunt pline de surprize și se manifestă diferit în funcție de ocazie. Astfel, la vederea aceluși lichid roșu, vâscos, acompaniat sau nu de un ac de seringă, persoana vede numai roșu. Un timp. După care, nu mai vede nimic. Fobia de sânge, injecții, operații chirurgicale sau alte intervenții stropite cu sânge se manifestă diferit. Tensiunea arteria-

lă scade și urmează lipotimia. Se pare că aceste fobii legate de sânge se transmit genetic, transgenerațional.

Fobia socială

Persoana se simte inconfortabil și înfricoșată în preajma altor oameni? Este dificil pentru ea să funcționeze social? Școala sau serviciul sunt un tabu? În cazul fobiei sociale, pacientul trăiește cu teama că se va expune și nu va face față contactelor sociale. Frica este atât de puternică, încât îi paralizează întreaga activitate.

Are dificultăți în a stabili relații. Discuțiile la serviciu sau la școală sunt o adevărată provocare. Mai mult, simpla ieșire din casă îi provoacă teamă. Se așteaptă să fie privit de toată lumea, să îi fie vâdate greșelile. Îi este teamă că se va înroși sau că va tremura în fața celorlalți. Situații precum discuțiile la telefon, achitarea unei facturi sau pur și simplu folosirea toaletei publice îi provoacă frică.

Majoritatea oamenilor trăiesc o stare de relativă neliniște, anxietate, atunci când stabilesc noi contacte sau susțin discursuri. Persoana cu fobie socială, însă, este terifiată săptămâni întregi înaintea evenimentului, canalizându-și toate eforturile în direcția evitării acestuia.

Fobia socială are ca simptom central evitarea. Persoana în cauză este prinsă într-un cerc vicios, în care cauză și efect sunt frica intensă asociată gândurilor de eșec, reacțiilor inadecvate – va face și va spune ceva și se va face de rușine în fața celorlalți –, teama permanentă de a greși și de a fi privit, judecat, criticat, umilit de ceilalți, temeri îndelungate derulate pe perioade de zile sau săptămâni în legătură cu întâlnirea unor persoane noi. Pacientul este copleșit de manifestările fricii, respectiv înroșire, transpirații abundente, tremor, senzație de vomă înaintea și în timpul evenimentelor la care participă persoane necunoscute. Frica de a se face de rușine determină evitarea activităților pe care își dorește să le desfășoare și a contactelor sociale.

De cele mai multe ori, nu participă la situații sociale, evenimente școlare, conferințe sau discursuri. Pacientul cu fobie socială este predispus la consum de alcool pentru ameliorarea fricii.

Frica de a nu deține o boală gravă face ca persoana să exagereze sau să distorsioneze simptomele fizice, să amplifice durerea. Tot frica este autorul, în acest caz, a unei creații patologice: *ipohondria*.

Orice obiect ar avea, frica are un singur context general, fundamental, de manifestare.

Trecutul. Persoana care trăiește în frică, trăiește și în trecut. Revenirea în prezent, ancorarea în realitatea de aici și acum, te scoate din frică. Poate cel mai relevant, dar și paradoxal exemplu, în acest sens, este tulburarea post-traumatică. Cel în cauză își canalizează toate eforturile pentru a evita tot ce îi reamintește experiența traumatizantă. În realitate, trauma este cea care a preluat controlul asupra vieții lui. Totul este cumva dirijat și influențat de ea cu maneta de viteze doar în marșariér. Astfel, persoana ajunge să rămână blocată undeva în trecut, cu frica la volan.

În *tulburarea obsesiv-compulsivă*, frica aduce în scenă preocuparea pentru viitor. Interesantă strategie, nu-i așa? Captiv în trecut, obsesivul reiterează compulsiv ritualurile, de frica viitorului, având credința că, altfel, va urma ceva rău. Știți cum se simte o astfel de persoană? Pot răspunde doar cei care au avut contact cu un pacient cu tulburare obsesiv-compulsivă. Restul sunt supoziții.

Schizofrenia vine cu o altă frică. Paranoidă. Cineva sau ceva încearcă să îi facă rău. Există o diferență majoră între frica paranoidă prezentă în psihoze și cea din fobii. Persoana cu fobie a pus de mult etichetă fricii sale: irațională.

În loc de încheiere...

Îți propun o continuare. Mi-am dorit să îți deschid drumuri, autostrăzi, ulicioare sau orice altceva cu potențial de deschidere, către o altfel de înțelegere a dinamicii psihice colorate de emoții, sentimente și dispoziții afective. Este nevoie să înțelegi că schimbarea perspectivei asupra bolii și a bolnavului este esențială în aceeași măsură în care este condiționată de întrebări. O măsură semnificativă. Întrebările potrivite sunt cele desprinse din conotațiile strict evaluative cu accente interogative și amprentate de empatie și de reflectarea conținutului experiențial al interlocutorului, client sau pacient, prieten sau iubit, șofer de autobuz sau orice altă ființă umană căreia întâmplarea i-a dat un rol în scenariul tău de viață.

Cu siguranță ai sesizat trecerea de la persoana a doua la a treia în compozițiile „literare” ale pastilelor. Nu, nu am greșit formulele... de exprimare. Dacă ai ajuns aici, înțeleg că ai acceptat provocarea de exersare a empatiei și de identificare a resurselor psihologice blocate sau pur și simplu uitate în Umbră. Sper că pastilele și-au făcut efectul, iar esențele au fost suficient de tari pentru a-ți accesa capacitatea de „a te pune” în locul celuilalt, rămânând în același

timp în stare de martor, fără a fuziona sau a te identifica. Această abilitate este cheia alianței psihologice, care reprezintă principalul instrument clinic și terapeutic.

Așa cum ai observat, am ales 10 pastile. Ți-am explicat deja valențele, mecanismele și efectele lor. Alegerea lor se datorează atât experienței clinice care m-a învățat despre utilitatea lor, cât și providenței. Acum, că te-ai familiarizat cu ele, ești pregătit pentru ce va urma: intervenția psihologică clinică. Ai observat? Nu am spus nici consiliere psihologică, nici psihoterapie, pentru că este altceva... Ești curios, nu-i așa? Deja îți pui întrebări... Q.E.D.

BIBLIOGRAFIE

American Psychiatric Association (2000). *Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale - DSM IV, 1994, Ediția a Patra, Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București.*

Jean-Claude Carriere (2010). *Cercul mincinoșilor. Povești filozofice din lumea întreagă*, Humanitas, București.

Jerome S. Blackman (2009). *101 Aparari. Cum se autoprotejează mintea*, Editura Trei, București.

Paul Ekman (2003). *Emotions revealed: recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*, Times Books, New York.

SITOGRAFIE

<http://socyberty.com/psychology/the-most-devastating-emotions-that-a-person-can-have-anger/>

http://scienceblogs.com/grrlscientist/2008/12/pure_hypomanics_living_zippedy.php

Colecția Alma Mater:

Cărți	Preț
Psihoterapie (repere teoretice, metodologice și aplicative) – Iolanda Mitrofan	80 RON
Orientarea experiențială în psihoterapie – coord. I. Mitrofan	60 RON
Terapii de familie – Iolanda Mitrofan, Diana Vasile	35 RON
Psihologia cuplului – Adrian Nuță	45 RON
Eficiența psihoterapiei experiențiale la copilul hiperkinetic – Geanina Cucu-Ciuhan	25 RON
Interconexiuni. Fizica cuantică povestită de un psihoterapeut – Adrian Nuță	35 RON
Elemente de psihologie socială – Laurențiu Mitrofan	35 RON
Psihologia relației de cuplu. Abordare teoretică și aplicativă – Iolanda Mitrofan, Cristian Ciupercă	40 RON
Compendiu de fobii – Laurențiu Mitrofan, Sorina Daniela Dumitrache	30 RON
Neuropsihologie - bazele teoriei și practicii - Eugen Avram	53 RON

Psihogenealogie. Diagnoza, intervenția și vindecarea istoriei familiale - Iolanda Mitrofan, C. Denisa Godeanu, A. Sebastian Godeanu	50 RON
Parafiliile – extremele comportamentului sexual uman - Laurențiu Mitrofan, Sorina Daniela Dumitrache	30 RON
Multiplele fațete ale workaholis- mului - Laurențiu Mitrofan, Eugen Avram	25 RON
Trauma familială și resursele compensatorii – Diana Lucia Vasile	35 RON
Terapia toxicodependenței ed. a 2-a - coord. Iolanda Mitrofan	35 RON

Colecția Anim:

Cărți	Preț
Terapia Unificării – abordare holistică a dezvoltării și a transformării umane – Iolanda Mitrofan	45 RON
Analiza transgenerațională în Terapia Unificării (O nouă abordare experiențială a familiei) – vol. II: Integrarea rădăcinilor sau dulapul cu haine vechi – Iolanda Mitrofan, Denisa Stoica	50 RON
Infinitul mic, iubindu-l pe cel Mare – Adrian Nuță	25 RON

Mai mult de 10%. Unitatea verticală a creierului – Adrian Nuță	37 RON
Între nicăieri și altundeva – Adrian Nuță	25 RON
Călătorii lejere către Sine. 20 de exerciții de meditație unificatoare – Iolanda Mitrofan	30 RON
Melcul cu umbrelă. Pași spre o conștiință extinsă - Seramis Sas	20 RON
Umbra. Polul întunecat al sufletului (ediția a 3-a) - Adrian Nuță	25 RON
IUBIREA, dincolo de luna de miere... - Marcu Ioana Corina	20 RON

Colecția Caiete Experiențiale:

Cărți	Preț
Abilități de comunicare – Adrian Nuță	32 RON
Psihologia și terapia cuplului – Iolanda Mitrofan, Cristian Ciupercă	30 RON
Cinci minute la o cafea. Eseu despre intimitatea postmodernă – Ion Cosmovici	20 RON
Consiliere și terapie centrată pe traumă – Iolanda Mitrofan, Doru Buzducea	30 RON

Conceptul de Sine la adolescenți. Evaluare și optimizare în grupul experiențial – Elena Otilia Vladislav	30 RON
Ne jucăm învățând... învățăm jucându-ne! Dezvoltare personală asistată de calculator în grup experiențial (Către o nouă paradigmă educațională) ed. a 2-a – Iolanda Mitrofan, Augustina Ene	25 RON
Învățare experiențială în educație și consiliere: o pepinieră de idei – Carmen-Maria Mecu	30 RON
Inter-realitatea. Psihoterapie și spectacol dramatic – Adrian Nuță	15 RON
Ascultând cu a treia ureche. Reflecțiile unui terapeut experiențialist – Adrian Nuță	15 RON
Analize psihologice. Oceanul din picătura de apă – Adrian Nuță	20 RON
O incursiune în psihologia prenatală. Regresia emoțională prenatală și perinatală (Vol. 2) – Alin Cristinel Cotigă	15 RON
Când Dumnezeu este interzis - Pseudoroman - Ion Mânzat	45 RON

Colecția SPER Audiobooks:

Cărți	Preț
Arta transfigurării - exerciții de meditație creativă unificatoare. Vol. 1: Călătorii lejere către Sine – Iolanda Mitrofan, cu contribuția lui Emil-Răzvan Gâtej <i>(audiobook)</i>	35 RON
Experiența schimbării - exerciții de meditație creativă unificatoare. Vol. 2: Călătorii lejere către Sine – Iolanda Mitrofan, <i>(audiobook)</i>	35 RON
Practica bucuriei: Poezie terapeutică – INDARA, <i>(audiobook)</i>	35 RON

Colecția Doctoralia:

Cărți	Preț
Consilierea alternativă prin realizare de filme - un program pentru adolescenți și preadolescenți cu dificultăți de adaptare – Mădălina Negreț	22 RON
Mecanismele intimității în relația de cuplu. Evaluare și intervenție terapeutică – Ioana Stancu	30 RON
Cuplul: Stop cadru transgenerațional - Alin Sebastian Godeanu	30 RON

Alegerea partenerului. Mituri, secrete, repetiții - A. Sebastian Godeanu (ed. a 2-a)	20 RON
---	-----------

Colecția *Masteralia*:

Cărți	Preț întreg
Jurnalul unui grup de dezvoltare personală unificatoare – competențe universitare transversale – Maria-Luiza Udrea	17 RON
Laborator P.E.U. Dezvoltare și transformare în grup – Oana Popescu	15 RON
În umbra cerului stins. Secrete de familie și „vindecare” transgenerațională (lectura unui caz de patologie congenitală oftalmologică din perspectiva P.E.U.) – Oana Benescu Mihai	20 RON
Tulburarea de spectru autist. Drumul parcurs spre normalitate - Alina Porumboiu (coord. I. Mitrofan)	17 RON
Printre fantasmalele unei vieți netrăite - însoțirea experiențial-transgenerațională a unui caz de leucemie - Valentina M. Stoica (coord. I. Mitrofan)	17 RON

În spatele paravanului abuziv - Perpetuarea rolului de victimă pe filon transgenerațional - Sonia Elena Ghiță (coord. I. Mitrofan)	20 RON
COPILUL și ARBORELE - studiu de caz - Liana-Nicoleta Vlădilă (coord. I. Mitrofan)	17 RON
Metaforă, autotransformare și dezvoltare personală în grup - o abordare experiențial-unificatoare - Răzvan Sebastian Stan (coord. I. Mitrofan)	17 RON

Colecția ISIS – Poezie terapeutică:

Cărți	Preț
Bună dimineața, realitate! Satori mundan – INDARA (Iolanda Mitrofan)	12 RON
Practica bucuriei - INDARA (Iolanda Mitrofan)	10 RON
In (terioare) – Lucian Alecu	12 RON

Revista de Psihoterapie Experiențială

Reviste	Preț
Revista de psihoterapie experiențială Nr. 49, 50, 51, 52	10 RON
Revista de psihoterapie experiențială Nr. 53 (2011)	15 RON
Revista de psihoterapie experiențială Nr. 54 (2011)	15 RON
Revista de psihoterapie experiențială Nr. 55 (2011)	15 RON
Revista de psihoterapie experiențială Nr. 56 (2011)	15 RON
Revista de psihoterapie experiențială Nr. 57 (2012)	15 RON

Editura SPER își răsplătește cititorii cu noua
Colecție de carte: **CARTE On-Line**

Cărți	http
Călătoria studentului. Inițiere în carieră (Orașul fără sfârșit - Partea I) - Ion Cosmovici	http://sper. ro/editura/ carti/carti- on-line
Psihosociologia familiei - Dictionar de autori - Cristian Ciupercă	
Mic dicționar al marilor psi- hologi și sociologi - Cristian Ciupercă	

Librărie Ed. SPER:

Complex LEU, Univ. București (etaj V)
București, Bd. Iuliu Maniu nr. 1-3 Complex Leu,
Corp A, et. 5

Orar: L: 12 – 15³⁰; Mi: 12 – 18³⁰; J: 12 – 18³⁰

Telefon de contact: 0733.918.014

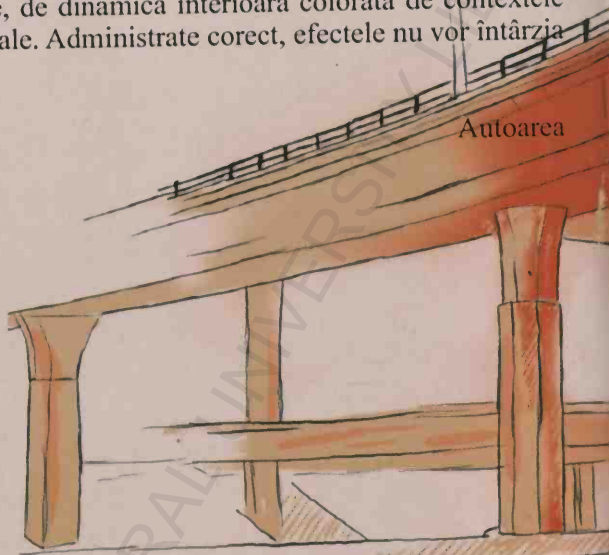
Coordonator difuzare carte: Dan Stoica, tel.

0733.918.016,

e-mail: comenzi.sper@gmail.com

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Aceasta este o carte care te învață să (îți) pui întrebări. Stabilirea unui psihodiagnostic corect permite „tratamentul” adecvat, „pastilele” potrivite. TU ești cel care va decide cui, când, cum și de ce este nevoie să fie prescrise. Mai exact, psihologul clinician este cel care poate folosi aceste „pilule”. Le recomand și celor interesați de psihologie, de dinamica interioară colorată de contextele experiențiale. Administrate corect, efectele nu vor întârzia să apară.



Autoarea



ISBN 978-606-8429-04-5



978-606-8429-04-5