

UNIVERSITATEA TITU MAIORESCU
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE

PSIHOPATOLOGIE SI PSIHIATRIE

Curs pentru învățământ la distanță

Conf .univ.dr Mirela Manea



PSIHIATRIE ȘI PSIHOPATOLOGIE

Psihiatria este știința care se ocupă cu studiul simptomelor și al tulburărilor psihice, stabilește condițiile, succesiunea, interdependența și dinamica tulburărilor mintale. Intensitatea manifestărilor în psihiatrie cuprinde câteva forme: nevrotica, psihotica, tulburări datorate nedevoltării și demențe.

Procesele care stau la baza semiologiei sunt:

- procesele de cunoaștere cuprind: senzații și percepții, atenția, memoria, gândirea, limbajul, imaginația;
- Procese afective și trebuințele stabilesc raportul subiectiv între individ și realitatea obiectivă;
- Voința și activitatea prin care se realizează acțiunile, în conformitate cu scopurile stabilite în mod conștient.

SEMIOLOGIA PROCESELOR DE CUNOAȘTERE

Semiologia este partea psihicului care se ocupă cu studiul semnelor și simptomelor. Vom începe prin trecerea în revistă a fiecărei funcții psihice.

SENZAȚIA ȘI PERCEPȚIA

Senzația

Senzația este un act psihic elementar, monomodal, care realizează imaginea singulară a unei însușiri, a obiectelor și fenomenelor lumii înconjurătoare. Se produce în urma acțiunii directe a obiectelor sau fenomenelor asupra analizatorilor (organe de simț: ochi, urechi, tegumente etc).

Ele evidențiază proprietăți elementare ale materiei: formă, marime, greutate, culoare, miros, gust. Ele reprezintă imagini subiective ale lumii obiective.

Particularitățile senzațiilor: sunt instrument de reflectare nemijlocită a lumii materiale prin intermediul analizatorilor asupra cărora acționează direct, iar o altă particularitate o constituie faptul că senzația reprezintă reflectarea pe plan ideal a proprietăților separate ale obiectelor și fenomenelor concrete.

Percepția

Percepția este procesul de transferare a realității fizice în informații psihologice și prin care stimulii devin conștienți.

Sunt procese senzoriale elementare care se disting prin sintetism, unitate, integritate. Ele redau realitatea obiectivă în imagini de ansamblu. Insușirile obiectelor sau fenomenelor sunt reflectate în condiții de simultaneitate sau succesiune - aspect multimodal. Percepția presupune raporturi între calitățile obiectului (însușirile generale și esențiale) și condițiile subiective ale individului (trebuințe, interese, experiența).

Psihopatologia senzorialității

Psihopatologia senzorialității se caracterizează prin două tipuri de tulburări: cantitative și calitative.

a) Tulburările cantitative

Acestea constau în modificarea pragului senzorial. Poate apărea o scădere a pragului senzorial ce determină o suprasensibilitate la stimuli subliminali. Fenomenul poartă denumirea de hiperestezie senzorială. De exemplu, picătura apei de la robinet, scârțâitul ușii sunt percepute cu o sonoritate crescută, mult mai amplă decât în realitate. Apare în surmenaj, suprasolicitare fizică și psihică, afecțiuni nevrotice.

Cenestopatiile (termen introdus de Dupre) reprezintă o formă de *hiperestezie* caracterizată printr-o tulburare conștientă a senzației și percepției intero și proprioceptive. Sunt percepute senzații penibile, difuze cu sediul variabil care nu respectă un teritoriu nervos și care nu sunt declanșate de nici o modificare organică. De exemplu, furnicături sau parestezii (amorțeli) în “mănușă sau ciorap” care apar pe membrele superioare sau inferioare de la degete până la articulația pumnului, cotului sau umărului, respectiv glezna, genunchi. De asemenea, cefaleea care are caracter migrator de la regiunea occipitală către zona frontală sau parietală și care este tot o cenestopatie. Apar în tulburări nevrotice.

Hipoestezia este opusul hiperesteziei. Aceasta se caracterizează prin ridicarea (creșterea) pragului senzorial astfel încât are loc o scădere a receptivității la diverși stimuli. Pentru a putea fi percepuți stimuli trebuie să aibă o intensitate mult mai mare decât normalul. Poate fi întâlnită în cazul leziunii de analizator așa cum apare în hipoacuzie, iar în patologia psihiatrică se întâlnește în stări reactive, stări conversive (disociative, isterie) schizofrenie. O mai putem întâlni în inducția hipnotică.

b) Tulburările calitative

Iluziile

Acestea reprezintă percepția deformată a unor obiecte sau fenomene existente în realitate. H. Ey considera că iluzia este, în general, o “eroare cognitivă sau perceptivă”.

Pot apărea în condiții de normalitate datorată distanței luminozității sau stării afective speciale. În fizică vorbim despre iluzii optico-geometrice. Persoanele corectează ușor eroarea și o corectează.

Iluziile patologice pot fi clasificate după fiecare analizator. Pacienții nu sunt convingși de caracterul patologic și își modifică comportamentul. Ele apar în tulburările de intensitate psihotică (schizofrenie), stări confuzive dar și în sevrajul la alcool.

Iluziile întâlnite în afecțiunile psihice sunt: vizuale, auditive, gustative, olfactive, tactile, interoceptive. Cele mai frecvent întâlnite sunt cele iluziile vizuale.

Iluziile vizuale

Vom enumera câteva dintre tipurile de *iluzii vizuale*:

- Metamorfopsii - impresia de deformare a obiectelor și spațiului perceput;
- Micropsii (liliputane) - obiectele percepute ca fiind mai mici;

- Macropsii (pantagruelice) - obiectele percepute ca fiind mai mari;
- Dismegalopsii - obiectele percepute ca fiind alungite sau lărgite;
- Porropsia – obiectele sunt percepute mai apropiate sau mai îndepărtate;
- Callopsia - obiectele sunt percepute mai înfrumusețate;
- Pareidolii - interpretarea imaginativă ce poate oferi percepției patologice un mare grad de bogăție și vivacitate (Ele sunt intens anxiogene);
- Falsele recunoașteri - identificarea greșită a diverselor persoane. Trebuie diferențiată de confuzia de persoană;
- Iluzia sosiilor - impresia că persoane sau ființe care seamănă foarte mult încât nu pot fi deosebite, persoanele cunoscute sunt multiplicat, cel mai adesea, în scop ostil. Pot apărea în schizofrenie, demențe.

Iluziile auditive: perceperea modificată a unor zgomote.

Impresia că anumite sunete sunt mai apropiate, mai puternice, mai distincte, sau dimpotrivă: discrete, estompate, îndepărtate. Sunete reale (bătăile ceasului, apa de la robinet) sunt percepute drept cuvinte injurioase.

Iluzii gustative și olfactive: reprezintă percepere eronată a gustului sau mirosului normal al diferitelor substanțe sapide sau odorifice = parosmie. Apar mai frecvent în leziunile de lob temporal. Acestea se deosebesc greu de halucinații.

Iluzii viscerale sau interoceptive: perceperea eronată a funcțiilor unor organe sau aparate.

Modificarea de schemă corporală: perceperea denaturată a formei, mărimii, greutateii și poziției propriului corp

Transpoziție a părților corpului, micșorării sau măririi lor. Acestea apar în schizofrenie.

Halucinațiile

Percepție fără obiect de perceput (H. Ey).

H. Ey observa că definiția explică halucinația prin eroarea fundamentală de percepție care o creează. Halucinațiile se însoțesc de un mare grad de convingere.

Halucinațiile propriu-zise (Psihosenzoriale).

Caracteristici principale (după V. Predescu):

- Proiecție spațială situată în spațiul campin sau extracampin;
- Convingerea pacientului asupra “realității” lor;
- Perceperea lor prin modalitățile senzoriale obișnuite (exteroceptive, interoceptive, proprioceptive) și pe căile senzoriale normale;
- Grad variabil de intensitate (discret sau intens, anxiogene);
- Claritate diferită;
- Complexitate variabilă;
- Durată (intermitente sau continue);
- Rezonanța afectivă (inițial anxiogenă, apoi fără participare afectivă);
- Natura senzorială: exteroceptive (auditive, vizuale, olfactive, gustative, tactile); interoceptive (h viscerale); proprioceptive (h motorii - kinestezice).

Halucinațiile auditive

Ele pot fi elementare, comune sau complexe situate cel mai frecvent în spațiul campin, iar în cel extracampin mai rar. Aceste halucinații sunt mai frecvente la adulți.

Rezonanța afectivă poate fi favorabilă, sau cel mai frecvent defavorabilă, anxiogenă. Acestea pot avea caracter comentativ sau imperativ. Caracterul imperativ impune considerarea acestor halucinații ca urgență psihiatrică deoarece pacienții pot deveni auto sau heteroagresivi. Halucinațiile pot fi concordante sau neconcordante cu starea afectivă. Halucinațiile apar mai frecvent în schizofrenie, tulburările afective.

Halucinații vizuale

Sunt percepții ale unor obiecte, ființe, imagini inexistente în acel moment în realitate. Sunt mai frecvent întâlnite la copil. Ele pot fi mono sau policromatice, percepute cu unul sau ambii ochi, pot ocupa tot câmpul vizual sau scotom, imagini de mărimi variate: normale, gulierniene, liliputane. Proiecțiile spațiale pot fi: campine sau extracampine, cu o complexitate variabilă: elementare-fosfene - puncte, complexe - figuri, obiecte, ființe; scenice - statice (panoramice), cinematografice (mișcare).

Durata: pot fi permanente sau episodice, iar tonalitatea afectivă variabilă.

Halucinații autoscopice

Pacientul vede propria imagine în fața ochilor având impresia că are de-a face cu o altă persoană (J. Postel).

Caracteristici: percepția propriului corp, sau părți din el proiectate în afară.

Apariția poate fi: unică (secunde) sau persistentă, continuă.

Poate fi identic sau modificat (urâțit, înfrumusețat)

Halucinații olfactive și gustative

Acest tip de halucinații constau în senzația de gusturi sau mirosuri neplăcute/plăcute. În general, se discută împreună deoarece sunt greu de separat, substanțele sapide sunt și odorifice. Aceste halucinații apar după alte tulburări de percepție. Frecvent acestea apar în diferite afecțiuni organice.

Halucinații tactile

Constau în impresia de atingere a suprafeței cutanate și pot fi percepute continuu ca o rețea, sau discontinuu, punctiform. Pot apărea la suprafață (h epidermice) sau în profunzime (h hipodermice).

Halucinații interoceptive (halucinații viscerale)

Constau în senzația existenței unor ființe în corp, schimbării poziției unor organe sau obstrucției sau perforării lor.

Halucinații proprioceptive (motorii sau kinestezice)

Constau în impresia de mișcare, sau deplasare a propriului corp sau a unor segmente.

Pseudohalucinațiile (halucinații psihice)

Sunt autoreprezentări apericeptive caracterizate prin: incoercibilitate (adevăr imposibil de combătut, căruia nu trebuie să i se demonstreze veridicitatea), automatism, exogenitate (V. Predescu).

Caracteristici: se vorbește despre “voci sau vedenii” stranii, speciale, nu se proiectează în afară, ci se petrec în minte, respectă aceleași modalități senzoriale dar sunt percepute de analizatori speciali (ochii minții, urechile minții), sunt ”făcute, provocate” din afară.

Clasificare: pseudohalucinații auditive, vizuale, gustative, olfactive, interoceptive, motorii sau kinestezice. Acestea apar în schizofrenie.

Alte tipuri de halucinații:

Halucinații funcționale, care sunt generate de excitanți obiectivi ce determină apariția unor percepții false: de exemplu, zgomotul de roți poate fi perceput în două moduri în același timp (aspect care îl deosebește de iluziile auditive), cuvinte injurioase și amenințări. Ele se manifestă atâta timp cât persistă excitantul real.

Halucinozele

Sunt fenomene halucinatorii, cel mai adesea auditive care sunt asociate consumului de alcool în mod cronic; sunt halucinații a căror semnificație patologică este recunoscută de pacient. Acesta adoptă față de ele o atitudine critică, caută să le verifice autenticitatea. Halucinozele pot fi întâlnite și la persoanele cu defect de analizator.

Halucinoidele

Sunt fenomene halucinatorii situate între reprezentări vii și halucinații vagi. Acestea sunt forme prehalucinatorii. Este dificilă convingerea pacientului de veridicitatea lor. Ele pot să apară în perioada de dezvoltare sau ștergere a halucinațiilor.

Halucinațiile hipnagogice și hipnapompice

Aceste tipuri de halucinații se pot întâlni și la omul normal. Ele se referă la percepțiile care pot apărea în starea dintre veghe și somn, la adormire sau la trezire. Aceste halucinații au caracter tranzitoriu.

Agnoziile

Acestea reprezintă o altă categorie de tulburări perceptuale, pe care dorim doar să le amintim. Agnoziile se întâlnesc în cadrul afecțiunilor neurologice. Agnoziile reprezintă un defect de integrare gnozică (transformarea excitației în senzație și a acesteia în imagine perceptivă) datorită leziunii centrilor de integrare. În acest mod se pierde capacitatea de a recunoaște obiectele după calitățile lor senzoriale.

Tipuri de agnozii: vizuală (cecitatea psihică, agnozia obiectelor animate, agnozia culorilor, agnozia simbolurilor grafice, cecitatea verbală, agnozia spațială); auditivă; tactilă.

ATENȚIA

Atenția este funcția psihică care realizează orientarea și concentrarea selectivă a activității psihice asupra unui grup de elemente, fenomene.

Tipuri de atenție:

Involuntară

Acest tip de atenție ține de stimuli ce apar brusc, de noutatea informațională, organismul nu este pregătit.

Voluntară

Este tipul de atenție care are la bază susținerea de efort volițional.

Habituală: de pregătire, de așteptare.

Tulburările de atenție (disprosexii):

Distractibilitatea

Constă în incapacitatea de concentrare a atenției, asociată cu atragerea atenției de către stimuli irelevanți. Această tulburare apare în episoade expansive.

Hiperprosexii

Constă în exagerarea orientării selective a activității de cunoaștere (episoade expansive, intoxicații ușoare, hipocondrie);

Hipoprosexii

Constă în diminuarea orientării selective a activității de cunoaștere (surmenaj, anxietate, oligofrenie, demență);

Aprosexie

Se referă la dispariția oricărei activități psihice.

MEMORIA

Memoria este procesul psihic al orientării retrospective realizat prin fixare (întipărire), conservare (păstrare) și reactualizare (evocare). Ea oglindește experiența anterioară, constituie rezervorul gândirii și imaginației este suportul forței cognitive a persoanei și este strans corelată cu procesele afective.

Procesele memoriei

Procesele memoriei sunt: memorarea, păstrarea, reactualizarea.

Memorarea - transformări menite să asigure fixarea informației pe suporturi adecvate. Ea depinde de factori obiectivi (volum, natura materialului, gradul de organizare a materialului, gradul de omogenitate, semnificație) și subiectivi (stare fiziologică, motivația, gradul de tensiune afectivă, vârsta).

Tipurile memoriei:

Imediată

Se referă la reproducerea sau recunoașterea unui material până la 10 secunde de la prezentare.

Recentă

Se referă reproducerea sau recunoașterea unui material, se produce la un interval de peste 10 secunde de la prezentare.

De lungă durată

Se referă la reproducerea evenimentelor îndepărtate (evenimente trăite de la începutul vieții până în prezent).

Tulburări ale memoriei (cantitative și calitative):

a) Dismneziile cantitative

Hipomneziile: scăderea în grade diferite a forței mnezice. Poate apare în: surmenaj, involuție, oligofrenii, depresie.

Amnezii: reprezintă prăbușirea forței mnezice parțiale sau totale; retrograde sau anterograde;

- Amnezii anterograde (fixare) se caracterizează prin faptul că pacientul nu poate fixa evenimentele trăite de la îmbolnăvire (debut) spre prezent. Acestea apar în sindromul amnestic Korsakov, stări confuzive, stări reactive;
- Amnezia retrogradă (evocare): are drept caracteristică de bază uitarea progresivă a amintirilor dinaintea bolii spre trecut. Destructurarea nu este atât de accentuată. Vor fi uitate mai întâi amintirile mai complexe, apoi cele simple, cele mai recente apoi cele mai vechi.

Hiperamneziile: reprezintă exagerarea evocărilor care devin tumultuoase, indepartează individul de la orice preocupări apare la normal, intoxicații. Apare în episodul maniacal.

b) Tulburările calitative

Paramneziile sunt amintiri deformate, false fie sub aspectul desfășurării cronologice, fie sub aspectul lipsei legăturii cu realitatea obiectivă trăită de pacient.

Acestea sunt clasificate astfel;

- Tulburările sintezei mnezice imediate: sunt adevărate iluzii de memorie, evocări eronate ale unor evenimente trăite în realitate, ce nu sunt încadrate în timpul și spațiul real, sau nu sunt recunoscute ca trăite sau netrăite;

- Criptomnezia - nerecunoașterea ca fiind străin a unui material citit sau auzit în realitate și pe care îl consideră propriu. Apare în schizofrenie, demență, TCC;

- Instrăinarea amintirilor - scăderea capacității discriminatorie dintre evenimentele proprii și străine, pe care le crede auzite, văzute.

Variante false recunoașteri, iluzia de nerecunoaștere, paramneziile de reduplicare.

Tulburările rememorării trecutului (Amnezii): falsificări mnezice retrospective, sau reproduceri ale unor evenimente reale din trecut, pe care le situează în prezent.

Confabulații (h. de memorie): reproducerea unor evenimente imaginare posibile, dar ireale care umplu golurile de memorie. Tipuri: mnestice, fantastice, onirice.

Ecmnezia: tulburare globală de memorie, cu întoarcerea întregii personalități în trecut.

Anecforia: posibilitatea reproducerii unor amintiri pe care le crede uitate, poate fi posibilă dacă se sugerează unul sau mai multe elemente: apare în surmenaj, afecțiuni deteriorative.

GÂNDIREA

Reprezintă procesul central al vieții psihice ce asigură distincția dintre esențial și fenomenal în ordinea ideilor și lucrurilor, dar și edificarea relațiilor dintre ele, interconditionarea lor.

Operațiile gândirii:

- *analiza* - separare mentală a părților componente ale obiectelor, fenomenelor;
- *sinteza* - reunirea mentală într-un ansamblu unitar a părților componente;
- *comparația* - distinge asemănările și deosebirile dintre obiecte și fenomene;
- *abstractizarea* - extragerea unei însusiri esențiale a obiectului, făcând abstracție de restul trăsăturilor;
- *concretizarea* - conține obiectul în toată varietatea trăsăturilor sale;
- *generalizarea* - ridicarea de la reflectare a unui obiect la o categorie de obiecte, pe baza unor elemente comune și esențiale.

Elementul esențial în toate operațiile gândirii este cuvântul. El are capacitatea de a achiziționa, păstra și vehicula informațiile.

- Noțiunile se exprimă printr-o varietate de cuvinte;
- Judecățile oglindesc raportul obiecte și fenomene;
- Raționamentele – sunt alcătuite din judecăți, au o structură și funcție logică.

Asociațiile

Sunt legături temporare între noțiuni, între ideile în permanentă desfășurare.

Tipurile de mecanisme în formarea asociațiilor sunt:

- contiguitate - asociații pe plan ideativ între obiecte și fenomene, care sunt reprezentate simultan sau succesiv, ele coexistă în spațiu și timp;
- asemanare - pe baza asemănării formei cuvintelor respective; în particular: rima și asonanța;
- contrast - asocierea de noțiuni care au caracter opus (bine-rău);
- cauzalitate - cele mai complexe și cele mai frecvente, se face legătura cauzala între fenomen și cauza sa.

Tulburările gândirii (predominant formale și predominant de conținut)

a) Tulburări predominant formale

Tulburările ritmului, fluxului ideativ dar și a coerenței prin perturbări ale asociațiilor logice:

- *accelerarea simplă a ritmului ideativ*: succesiunea rapidă a ideilor, însoțită de exagerarea evocărilor, stil eliptic, scurt, circuitat; stări normale, surmenaj, intoxicații;
- *fuga de idei*: asociații la întâmplare, după asonanță, pierde coerența, digresiuni multiple, idei lipsite de legătură. Se însoțește de creșterea forței imaginative, a forței reprezentative, a mobilității prosexice. Este întâlnită în episoade expansive, agitație psihomotorie;
- *lentoare ideativă*: discurs lent, cu multe întreruperi, răspunsuri după repetarea întrebării. Asociază: scăderea forței imaginative, slăbirea forței reprezentative; bradipsihie. Apare în episoade depresive, schizofrenie;
- *vâscozitatea psihică*: scăderea ritmului ideativ, aderența la temă, scăderea debitului (epilepsie);
- *fading mental*: lentoarea ideativă accentuată progresiv, ajunge la epuizarea ritmului și oprire;
- *baraj ideativ*: oprirea bruscă a ritmului ideativ (Apare în schizofrenie);

- *incoerența*: asociație formală lipsită de conținut, coerență. Incoerența apare la nivelul: discursului, frazelor, propozițiilor, cuvintelor;
- *salata de cuvinte* - nu se păstrează forma gramaticală; amestec de cuvinte lipsite de înțele logic;
- *verbigeratie* - repetarea stereotipă a aceluiași cuvinte, lipsite de înțeles;
- *psitacismul* - adaugă tulburări de pronunție.

b) Tuburări predominante de conținut

Sunt manifestări anormale ale ideității, în opoziție cu realitatea.

Idei dominante - se detașează la un anumit moment, de celelalte idei, tranzitorii.

Idei obsesive - contradictorii personalității insului, vin de la periferia psihismului, asediază gândirea, se impun conștiinței și au caracter parazitar. Obsesiile pot fi idei, amintiri, îndoieli privind efectuarea unor acțiuni. O variantă o reprezintă îndoielile obsesive prin care persoana are dubii dacă a efectuat un anumit act (incuiatul ușii, închiderea gazelor) drept pentru care verifică în repetate rânduri - ritualuri de verificare.

Compulsii - tendința interioară imperativă care îl determină pe subiect să îndeplinească o anumită acțiune sau să se gândească la o anumită idee, în timp ce o reproabă, și-o interzice pe plan conștient. Tentativa de a le rezista duce la apariția anxietății de mare intensitate (În cadrul tulburării obsesiv compulsive, alături de obsesii, întâlnim și compulsii).

Fobii: teamă irațională și continuă de un obiect, de o ființă sau de o situație determinată care în realitate nu prezintă nici un pericol.

Exemple de fobii:

- *Agorafobia* - frică de locuri deschise;
- *Claustrofobia* - frică de locuri închise;
- *Aihmofobia* - frică de obiecte ascuțite;
- *Nosofobia* - frică de boală;
- *Misofobia* - frică de mizerie;
- *Tanatofobia* - frică de moarte.

Idei prevalente: ocupă poziție centrală în câmpul conștiinței, în concordanța cu sistemul ideativ al insului, se află în neconcordanța cu realitatea, orientează cursul gândirii, celelalte idei vin în jurul ei și o sprijină, poartă în ea potențial delirant.

Pacienții acceptă într-o oarecare măsură contraargumentarea rațională.

Idei delirante sunt convingeri care pleacă de la premise false, reflectă deformat realitatea, are caracter stabil, sunt inabordabile la verificări și experiențe, impenetrabile la contra argumente și care modifică comportamentul.

Caracteristicile delirului (I. Micluta):

- *Anastrofa*, debut brusc ca o revelație sau pregătirea apariției printr-o fază predelirantă. Această perioadă este marcată de căutări, neîncredere, retragerea persoanei;
- Conținut la limita posibilului, ca în delirul expansiv, din episodul maniacal;
- Tematica: monotematica versus politematica;
- Unitate sau articulare în sisteme delirante;

- Sistematizare: delir sistematizat, monotematic, argumentat aparent logic și credibil chiar dacă conținutul este neverosimil; delir nesistematizat în care temele delirante sunt disparate, greu de urmărit și de înțeles prin natura discursului dezlânat;
- Răsunset afectiv: delir congruent în conformitate cu starea afectivă; delir incongruent: starea afectivă este contrară conținutului delirant;
- Delirul indus - folie a deus: inductorul are o putere persuasivă asupra unei persoane puternic implicate afectiv - indusul care preia delirul.

Dupa tematica delirantă întâlnită în conținutul ideilor, acestea se clasifică în: idei delirante de tip expansiv, idei delirante de tip depresiv și idei delirante mixte.

a) Idei delirante de tip expansiv

În cadrul acestora se încadrează:

Ideile de grandoare prin care persoana este convinsă că dispune de puteri deosebite, calități speciale sau averi, bogății nemăsurate. Aceste idei apar în episoade maniacale.

Idei delirante de inventie în cadrul cărora există convingerea elaborării de planuri pentru aparate sau descoperirea unor invenții vitale pentru omenire. Apar în schizofrenie, tulburarea delirantă.

Idei delirante de reforma socială constau în convingerea pacientului că este creatorul unor planuri filantropice a pacii universale, a lumii perfecte. Apare în schizofrenie.

Idei delirante de filiație sunt exprimate prin convingerea persoanei că este descendentă din familii renumite.

Idei delirante de tip erotoman constau în convingerea că este iubit de o persoană înalt investită, sau cu o poziție socială deosebită. Apar în schizofrenie.

Idei delirante mistice sunt reprezentate de convingerea că este purtătorul unei misiuni religioase, că este mesager divin, înger, sau instanță divină supremă. Apar în schizofrenie.

b) Idei delirante de tip depresiv

Idei delirante de persecuție constau în convingerea că sunt persecutați de persoane cunoscute sau necunoscute.

Idei delirante de urmărire din partea unor persoane direct sau prin aparatură, cel mai adesea, pentru a li se face rău.

Idei delirante de otrăvire prin substanțe puse în alimente, în apă, pentru a fi suprimați.

Idei delirante de relație sau referința constau în convingerea că atitudinea, comportamentul sau discursul celor din jur fac referiri la el.

Idei delirante de gelozie se referă la convingerea că gesturile, expresia mimică, atitudinile partenerului sunt probe de adulter.

Idei delirante de prejudiciu reprezintă convingerea că este furat de cei din jur

Idei delirante somatice constau în convingerea că diverse organe au o proastă funcționare deoarece s-a acționat asupra lor din afară prin diverse mijloace.

Idei delirante de vinovăție constau în convingerea delirantă că toate relele din jur sunt cauzate de el.

Idei delirante hipocondriace constau în convingerea delirantă a existenței unei boli incurabile sau a unui defect fizic.

Idei delirante de transformare și posesiune în care apare convingerea că au fost transformați în alte ființe sau părți din corp au fost modificate.

Idei delirante de negație în care există convingerea că organe vitale din corp au petrezit, sau le-au fost extirpate. Apare în sindronul Cotard.

c) *Idei delirante mixte* datorită ambiguității, tonalității afective pe care evoluează ideile.
Idei delirante de interpretare: tot ceea ce se petrece are o semnificație specială împotriva sa.

Idei delirante de influență: se află sub influența unor forțe străine (xenopatie) care acționează prin unde, radiații, sugestie.

Idei delirante de metafizice (cosmogonice): a elucidat originea vieții, a lumii, a sufletului.

A. Tulburările comunicării verbale

Tulburările comunicării verbale sunt în strânsă legatură cu tulburările de gândire.

Activitatea de comunicare, de realizare a gândirii verbale, noțională poartă denumirea de limbaj. Este diferită de limbă care este un sistem de mijloace lingvistice (fonetice, lexice, gramaticale) cu ajutorul cărora se realizează comunicarea.

Tulburările limbajului: dislogii, disfazii, dislalii

Dislogiile sunt tulburări mentale consecutive modificărilor de formă și conținut ale gândirii, care evoluează fără modificări ale funcției limbajului și aparatului logomotor.

Disfaziile: apar în afecțiuni neurologice.

Dislaliile: imposibilitatea pronunțării unor sunete, silabe, cuvinte, dar numai atunci când se află în context. Apar în rotacism, stigmatism, balbism.

Tulburările de formă se referă la intensitate, înălțime, timbru. Creșterea lor apare în agitația psihomotorie, episodul maniacal, catarsis afectiv.

Scăderea apare în depresii, schizofrenie.

Vorbirea declamativă, patetică este întâlnită în tulburarea delirantă

Vorbirea prețioasă, manierată apare în schizofrenie.

Tulburările ritmului

Tahifemia constă în accelerarea ritmului în lipsa sistematizării comunicării verbale.

Logoree: creșterea patologică a ritmului și fluxului (curgerea verbală nestăpânită). Apare în intoxicații ușoare, episodul maniacal, schizofrenia hebefrenică.

Hipoactivitatea verbală simplă: se manifestă la indivizii timizi.

Bradifemia reprezintă scăderea ritmului, mai puțin a fluxului, cu vorbire monotonă (apare în depresie).

Mutism psihic: absența comunicării verbale, dar cu motricitate pastrată:

- absolut: isterie, demența, oligofrenie;
- reactiv: nu comunică verbal, dar comunică prin mimică;
- discontinuu (semimutism): comunică verbal doar în anumite momente (se manifestă în stări confuzive, delirante);
- electiv: comunică numai cu anumite persoane, evită să povestească anumite situații (se manifestă în paranoia, isterie).

Tulburările coerenței verbale

- *incoerenta verbală*: exprimă în plan verbal incoerență tematică la nivelul discursului, incoerență ideativă la nivelul propoziției, incoerență sintactică. Apare în schizofrenie;

- *salata de cuvinte*: comunicare neinteligibilă, formă gravă de incoerență, cuvinte asociate fără nici o legătură și semnificație (schizofrenie, demențe);

- *verbigerația*: forma extremă de incoerență, asociată cu repetiția stereotipa a unor cuvinte, cu tendința de rimă (apare în demențe);

- *psitacismul*: sonorizarea mecanică a unor foneme fără conținut semantic (apare în demențe, oligofrenie);

- *stereotipii*: repetarea în plan verbal în aceeași formă a unui cuvânt (apare în schizofrenia catatonică, demențe);

- *ecolalia*: repetarea întocmai a cuvintelor auzite la interlocutor (apare în sindromul Ecopatic din demențe, în schizofrenie, oligofrenii);

- *palilalia*: repetarea întocmai a ultimului cuvânt al unei propoziții/fraze (apare în demența Pick);

- *onomatomania*: repetarea obsedantă a unor cuvinte, expresii (grosolane).

Trăsăturile caracteriale rezultate din analiza limbajului

Persoanele iritate tind să utilizeze în exces verbele la timpul prezent; personalitatea de tip paranoid face abuz de pronume personal la persoana I-a singular; timizii în schimb evită singularul de la pronumele personal, persoana I-a și folosește persoana I-a plural; obsesionalii, persoanele cu tulburare de personalitate de tip dependent preferă articolul nehotărât; opusul lor fanaticii preferă articolul hotărât.

Tulburările de conținut

Aceste tulburări constau în tendința de a reda conținutul ideilor într-o manieră nouă, originală. Se produc alterări ale sensului cuvintelor ce sunt fuzionate, modificate:

- *paralogisme* - folosirea unui cuvânt cu alt sens decât cel consacrat;

- *neologisme* - nu se exprimă prin cuvinte obișnuite: active (cuvinte inventate), pasive (cuvinte realizate prin fuzionare);

- *jargonofazie* - limbaj cu multe neologisme active;

- *paragramatism* - frazele au expresii bizare, neoformații verbale, nu au semnificație.

Tulburările limbajului scris

Tulburările activității grafice urmează pe cele ale limbajului oral. Cele mai frecvent întâlnite sunt următoarele:

- hipoactivitate grafică până la negativism grafic; apare în schizofrenie;

- hiperactivitatea grafică;

- graforee corespondentul logoreei - apare rar;

- grafomania: predilecția pentru manifestare grafică și disocierea de logoree;

- respectă rigorile stilistice;

- incoerența grafică: cuvinte, fraze lipsite de legătură;

- stereotipii grafice: repetarea unei conjuncții, cuvânt, fraze.

B. Tulburările comunicării nonverbale

Aspectul vestimentar, gesturile, atitudinile sunt modalități de comunicare importante, alături de limbaj.

Ținuta vestimentară

Modul de interrelaționare și adaptare a persoanei la normele de conviețuire poate fi:

- dezordonată: apare în schizofrenie, stări confuzive;
- excentrică: apare în episodul maniacal;
- rafinament vestimentar: apare în tulburări histrionice;
- travestitism: reprezintă ținuta inadecvată sexului;
- cisvestitism: ținuta adecvată sexului, dar inadecvată vârstei;

Privirea

Aceasta poate reda conținutul afectiv al psihismului persoanei:

- mobilă, strălucitoare – apare în episodul maniacal;
- stinsă, hipomobilă – apare în episodul depresiv;
- rătăcită – apare în stări confuzive;
- detașată – apare în schizofrenie.

Expresia mimică

Mimica poate îmbrăca câteva aspecte: de la o *hiperactivitate* (hipermimie) care exprimă satisfacția, bucuria; la una *imobilă*, comisurile bucale coborate, cu omega melancolic la nivelul frunții (așa cum apare în depresie); *artificială*, de împrumut, demonstrativă (ca în isterie). În patologia psihiatrică putem întâlni o mare varietate de modificări mimice.

Pantomimica

Reprezintă ansamblul și frecvența gesturilor, atitudinea și manifestările motorii. În această categorie se încadrează:

- *Manierisme* - comportamentul motor se modifică, iar mișcările apar nemotivate, artificiale, bizare. Mișcările sunt în discordanță cu starea afectivă și conținutul ideativ;
- *Bizarerii* - grade diferite de comportare manieristă, gesturile nu au caracter logic.

Tulburarea conduitei motorii

Conduita motorie poate fi unul din semnele importante în cazul unor boli psihice. Putem întâlni o *exacerbare a activității motorii* (hiperkinezia) care asociază o pantomimică bogată, cu o creștere a activității motorii.

Agitația psihomotorie reprezintă forma extremă a conduitei activității motorii, care are etiologie polimorfă și are un caracter dezordonat, cu lipsă de scop și eficiență.

Agitația psihomotorie are caracteristici diferite în funcție de entitatea clinică în care o întâlnim. În demențe sau oligofrenie agitația apare brusc la incitații minime, are caracter stereotip, cu tendința la agresivitate verbală în demențe și fizică în oligofrenie

Agitația în stări maniacale poate îmbrăca aspectul iritabilității în stările prodromale, poate asocia polipragmazie (efectuarea mai multor lucruri în același timp) sau poate îmbrăca aspectul extrem - furorul maniacal.

Stările depresive pot include ca semn în agitația psihomotorie; ea se caracterizează printr-o stare de neliniște și dezordine motorie de mare violență, cum ar fi loviri, omucideri, sinucideri sau raptusul melancolic.

În epilepsie poate apare intercritic la incitații minime furor epilepticus, de asemenea, cu mare agresivitate urmat de amnezie.

În cadrul tulburărilor de personalitate care se pot decompensa putem întâlni uneori alura teatrală cu tendința de a impresiona sau șantaja, iar în tulburarea de tip antisocial agitația poate deveni suficient de intensă pentru a intra în conflict cu legea.

În stările reactive agitația este generată de sentimentul de frustrare și paroxisme anxioase. Agitația este dezorganizată, discretă, pacienții se mișcă în continuu își frâng mâinile, cer compasiune. În schizofrenie apare imprevizibil, are intensități variabile de la redusă la extrema, incomprehensibilitatea conduitei, vorbirea și mișcărilor au caracter simbolic.

Acatisia este o formă specială de agitație care se manifestă prin nevoia de mișcare permanentă, disconfort muscular și imposibilitate de a păstra o anumită poziție o perioadă variabilă de timp. Este generată de tratamentul cu neuroleptice (antipsihotice).

Diminuarea activității motorii (hipokinezie), reprezintă inhibiția psihomotorie caracterizată prin lentoarea mișcărilor până la întreruperea activității motorii (*akinezia*). Oprirea bruscă a oricărei mișcări poartă denumirea de *baraj*. *Fadingul motor* constă în diminuarea mobilității, la dispariția amplitudinii oricărui gest, acțiuni. *Stupoarea* reprezintă imobilitate completă, pacienții devin inerti, nu răspund solicitărilor din afară sau răspund foarte greu cu o mimică impietrită sau inexpressivă.

Entități în care întâlnim stuporea: stuporea nevrotică (isterie) apare brusc mai ales după stări conflictuale și este însoțită de mimica anxioasă; stuporea psihotică apare în depresie când asociază faciesul melancolic; în schizofrenie stuporea se însoțește de facies amimic, akinetic, apar hipertoniile (contracturi) localizate și variabile, participă pasiv la activitatea anturajului. Stupoarea confuzivă se caracterizează prin activitate psihică aproape suspendată. Interferă cu stări delirante oneiroide.

Catalepsia este totală inerție motorie, cu ușoară hipertonie musculară cu păstrarea mult timp a aceleiași poziții (flexibilitatea ceroasă). Aceasta cunoaște mai multe forme:

- *Somnul cataleptic*, care apare în mod brusc, cu îngustarea câmpului conștiinței, inhibiție motorie completă, respirație imperceptibilă dând impresia morții aparente. Durata de manifestare este lungă, de la ore până la zile.

- *Catatonie*, care este o stare de etiologie neprecizată cu manifestări multiple ce interesează activitatea motorie. Datorită polimorfismului simptomatologic, catatonie este un sindrom complex în care pe primul plan se află tulburările comportamentului motor. Astfel, comportamentul motor se desfășoară pe un fond de inerție și catalepsie sau pe o stare de fixare tonică, persistentă a corpului în anumite poziții. Sindromul catatonic de origine psihică evoluează pe fondul de luciditate a conștiinței. Elementele catatoniei sunt:

- Sugestibilitatea - influențarea prin sugestie cu receptivitate extremă a pacientului. Acceptă recomandările interlocutorului, execută automat toate ordinele, are caracter imitativ. Acesta este sindromul ecopatic alcătuit din ecopraxie, ecolalie, ecomomie;

- Negativismul reprezintă tendința de a opune rezistență, el este pasiv opune rezistență la ordine, nevoi fiziologice și activ, atunci când execută în mod invers ordinul primit;

- Stereotipii: tendința de repetare a uneia și aceleiași manifestări în atitudine, limbaj mișcări;

- Stupoarea catatonică sau agitația catatonică;

- Hipertonia musculară generalizată;

- Flexibilitatea ceroasă.

Simptomele pot fi întâlnite în asocieri variabile ceea ce nu înseamnă că este obligatoriu sau le întâlnim pe toate la un pacient. De asemenea, un singur simptom nu poate pune diagnosticul de catatonie.

Alte tipuri de manifestări ale activității mororii:

Ticurile: tulburări ale activității motorii cu mișcări care au caracter intempestiv, repetitiv și rapid date de contractarea unor mușchi, scăpate de sub control volițional; sunt mișcări parazitare.

IMAGINAȚIA

Proces psihic de prelucrare, transformare și sintetizare a reprezentărilor și ideilor în scopul făuririi de noi imagini și idei.

Formele imaginației

a) *neintenționată* (pasivă) reprezentate de vis, reverie; toate tendințele, aspirațiile și dorințele, gânduri intime care se manifestă în vis;

b) *intenționată* (activă), care se poate clasifica astfel:

- *Reproductivă*: constă în asocierea elementelor verbal-imaginative cu imagini ce vin din experiența proprie (cum se întâmplă în cazul citirii unei cărți);
- *Vis de perspectivă*: se referă la proiectarea mentală a dorințelor, aspirațiilor și planurilor de viață;
- *Imaginație creatoare*: ideea sau planul viitoarei acțiuni sunt anticipate imaginativ,

Tulburările imaginației

Acestea sunt strâns legate cu cele ale gândirii.

a) *Tulburările cantitative*

Scăzută: oligofrenii, demențe, depresie.

Exaltarea imaginației - apare în intoxicații, episoade expansive, deliruri cronice din schizofrenie.

Mitomania sau pseudologia fantastică Birnbaum: isteria, deliruri de imaginație.

Relatarea mitomană se caracterizează prin existența a patru etape de elaborare:

- organizarea românească a trăirii cuprinde aspectul formal al discursului care nu este adecvat conținutului și este sesizat de interlocutor;
- alibiul existențial: indiferent de forma și conținutul relatării, ideile merg univoc, unidirecțional spre supraestimarea propriei persoane;
- suprasemnificarea: trecerea de la simpla exagerare la fabulația cea mai amplă, pentru a atrage atenția asupra sa;

- conduita de teamă care apare în urma posibilei descoperiri a caracterului fabulator al relatării.

b) Tulburările calitative

- *Simulația*: reprezintă falsificarea adevărului în privința stării de sănătate. Fidelitatea simulării depinde de: imaginația, inteligența și rezistența celui ce simulează.
- *Metasimulația*: după un episod psihotic acut, real, pacientul refăcut perseverează în acuzele sale anterioare;
- *Suprasimulația*: amplificarea simptomatologiei unei afecțiuni somatice sau psihice preexistente;
- *Disimularea*: ascunderea unor simptome psihice sau somatice, ori a unei boli, pentru a se sustrage de la tratamentul obligatoriu. Această tulburare apare în depresia cu risc suicidar.

CONȘTIINȚA

Conștiința are mai multe definiții, în funcție de domeniul în care este tratată.

Conștiința, din perspectiva psihologică, reprezintă procesul de reflectare a propriului eu și a lumii înconjurătoare.

Din perspectiva medicală, conștiința reprezintă capacitatea de apreciere corectă a mediului și a propriei persoane, capacitate strâns legată de funcționarea normală a proceselor mentale și care se manifestă numai în perioada în care subiectul este treaz (M.J. Georgescu).

Starea de conștiință (starea de luciditate) este capacitatea și claritatea reflectării, cât și înțelegerea realității obiective.

Criteriile de clasificare după Jaspers a tulburărilor de conștiință:

- Detașarea de realitate: cuprinde următoarele aspecte: ridicarea pragurilor senzoriale cu perceperea realității în mod estompat, mai puțin distinct, hipoprosexie de fixare, hipomnezie sau amnezia evenimentelor: fixarea evenimentelor este fragmentară, superficială;
- Tulburarea memoriei: apare amnezie postcritică, cu dificultăți în privința evocării unor fapte importante din antecedentele insului, chiar dacă sunt foarte bine fixate și redată în afara stării confuzive, hipomnezia și amnezia sunt generate de perturbarea profundă a funcțiilor psihice;
- Dezorientarea este secundară tulburărilor mnezice și prosexice, are intensitate diferită, se poate referi la: spațiul geografic în care se află, spațiul fizic, la orientarea în timp, în cazuri grave la orientarea autopsihică;
- Incoerența ideativă și a activității evoluează, însoțite de semnele enumerate mai sus; incoerența ideativă nu urmează direct proporțional intensitatea tulburării de conștiință, ea poate asocia productivitate senzorială psihotică.

Tulburările conștiinței pot fi clasificate în cantitative și calitative-

a) Tulburările cantitative ale conștiinței

Aceste tulburări apar cel mai frecvent în afecțiunile neurologice.

Starea de veghe: funcțiile psihice se desfășoară cu claritate, luciditate și sub controlul rațiunii. Formele principale:

- *Obtuzie* - imprecizie, dificultăți asociative, pierderea mobilității ideative;
- *Hebetudine* - perplexitate, detașare, indiferență față de situația în care se află;
- *torpoare-dezorientare ușoară*, hipokinezie, reducerea inițiativei, indiferentism, apatie;
- *obnubilare* - orientare incompletă și dificilă în spațiul imediat, bradipsihie, bradikinezie, informații vagi despre propria persoană;
- *stupoare* - activitatea psihomotorie pare suspendată, răspunde numai la stimuli foarte puternici;
- *sopor* - reacțiile la stimuli senzoriali foarte reduse, somnolență accentuată
- coma-apsihism;
- *pierderea completă a conștiinței*, se realizează prin disoluția funcțiilor de relație, conservarea uneori relativă a funcțiilor vegetative.

B) Tulburările calitative

Aceste tulburări sunt caracterizate prin modificări de natură organică ale percepției realității, asociate cu destructurări ale funcțiilor cognitive.

Îngustarea câmpului conștiinței: focalizarea conștiinței asupra unei idei, amintiri, acțiuni de care nu se poate desprinde, conștiința nu poate cuprinde întreaga experiență prezentă, duce la deformarea relației cu realitatea.

Starea crepusculară constă în îngustarea câmpului clarității conștiinței în diferite grade, cu debut și sfârșit brusc, mențin automatismele motorii, cu posibilitatea de efectuare a unor acte complexe. Are loc alterarea profundă a reflectării senzoriale, pot asocia idei delirante, halucinații auditive imperative, sau vizuale.

Confuzia mintală (Starea confuzională, Delirium). Este consecința unei afecțiuni organice cerebrale acute, ce duc la modificări ale conștiinței cu caracter tranzitoriu.

Debutul este brutal, durează câteva. mbracă aspectul de ruptură, hiatus față de comportamentul avut anterior, are loc o denivelare a conștiinței în diferite grade (torpoare, obnubilare, comă). Prezintă dezorientarea în spațiu și timp, tulburări masive de percepție, terifiante, evoluează pe fondul unei anxietăți marcate, idei delirante polimorfe și fragmentare, absurde. Asociază uneori febra și deshidratare.

Starea oneiroidă este caracterizată prin infiltrarea construcțiilor visului în gândirea vigیلă, la care asistă, nu participă, amestec între fragmente ale realității reflectate și reprezentări senzoriale plastice, are reminiscențe halucinatorii și idei de vis ce au o coerență și sistematizare.

Starea amentivă: simptomatologie polimorfă, alterarea profundă a conștiinței propriului eu, prezintă dezorientare totală, incoerența ideativă este maximă, vorbirea este ininteligibilă, agitație dezordonată, de obicei, în limitele patului.

AFECTIVITATEA

Reprezintă ansamblu de manifestări psihice care reflectă realitatea prin trăiri pozitive și negative. Ea cuprinde două componente: *afectivitate bazală* care include stări afective elementare (starea de afect), emoții, dispoziție și *afectivitatea elaborată* care include sentimentele și pasiunile.

Starea de afect reprezintă o încărcătură emoțională puternică, cu debut brusc, desfășurare furtunoasă și efecte dezorganizate asupra comportamentului: “expresia observată a emoțiilor” (Kaplan, citat de Georgescu). Se însoțește de modificări mimico pantomimice și neurovegetative și are o capacitate scăzută de coordonare a răspunsurilor. Afectele sunt în strânsă legătură cu ceea ce reprezintă conținutul gândirii. Ele pot fi adecvate, concordante conținutului gândirii sau inadecvate, când vorbim de neconcordanța între reacția afectivă și conținutul gândirii.

Emoția este un sistem motivațional complex și reprezintă răsunetul afectiv al raportului dintre subiect și obiecte, fiinte, fenomene. Au manifestare spontană și creează o tensiune afectivă de mai mică amplitudine. Emoțiile pot fi *pozitive* ca plăcerea, bucuria, satisfacția sau *negative* cum sunt neplăcerea, tristețea, frica. Pe de altă parte, emoțiile pot fi *stenice* când ajută la creșterea capacității de efort și *astenice* care contribuie la scăderea rezistenței la efort.

Dispoziția (sau starea timică) este starea afectivă generală, de fond, permanentă, de durată, cu o intensitate medie. Este rezultanta tuturor impulsurilor extero, intero sau proprioceptive. Este determinată de gradul de adaptare la ambianță. Ea oscilează între tristețe și bucurie.

Sentințele sunt trăiri emoționale complexe, stabile și generalizate, ele sunt interiorizate și influențează conduita.

Pasiunile presupun o amplitudine mai mare, o angajare mai puternică din partea individului și sunt puternic instrumentate volițional.

Tulburările afective

Tulburările afective pot fi grupate în cantitative și calitative.

A) Tulburările cantitative

Hipotimia reprezintă scădere în grade diferite a tensiunii afective, expresivitatea mimică este redusă, Această formă de tulburare apare în oligofrenii, demențe,

Atimia reprezintă scăderea capacității de rezonanță afectivă, inexpresivitate mimico-pantomimică.

Apatia este caracterizată prin lipsa de tonalitate afectivă și interes pentru propria persoană.

Hipertimia este de o importanță deosebită pentru patologia psihiatrică (V. Predescu). În cadrul acesteia sunt cuprinse mai multe forme:

Depresia este o hipertimie negativă caracterizată prin tristețe nemotivată, cu sentimentul durerii morale. Este o trăire puternică cu participare afectivă intensă ideatică cu ritm incetinit, conținut trist, idei de inutilitate, idei de devalorizare. Activitatea motorie este scăzută până la inhibiție motorie sau neliniște anxioasă, mimica este hipomobilă, comisurile bucale căzute, corpul încovoiat, brațele căzute pe lângă corp, în tot ce simte întrezărește răul. Apar modificări ale instinctelor mai ales cel alimentar, inapetenta iar în privința somnului cel mai frecvent sunt insomniile și/sau somn neodihnitor cu coșmaruri. Instinctul sexual este diminuat. Instinctul de conservare este scăzut. Depresia este întâlnită frecvent în cadrul afecțiunilor psihice.

Anestezia psihică dureroasă constă în senzația că nu se poate bucura, intrista, indiuoșă, nu mai poate simți afecțiune pentru cei din jur, pentru persoanele apropiate; în concluzie

pierde capacitatea de rezonanță afectivă. Depresia și anestezia psihică dureroasă pot culmina prin exacerbări critice cunoscute drept raptusul melancolic cu risc suicidar.

Euforia: stare de încărcătură afectivă pozitivă, exagerarea dispoziției cu veselie exagerată. Apare o stare de plenitudine, bine general, sănătate, forță, putere. Ideea se desfășoară în ritm alert, materializată prin logoree, conținutul limbajului este presarat de glume și calambururi contagioase (stârnesc râsul). Mimica hipermobilă, bogată, gesturi ample, apare tendința de supraapreciere. În cadrul dispoziției expansive se întâlnește polipragmazia (implicarea în mai multe activități în același timp). Instinctele se modifică: aici vorbim de scăderea necesarului de somn, nici într-un caz nu vorbim de insomnii, apare exacerbarea trebuințelor și tendințelor în special sexuale. Și aici este o scădere a instinctului de conservare mai ales datorită neglijării riscului la care se poate expune. Apare în episodul maniacal.

Disforia este o stare mixtă caracterizată prin dispoziție depresiv anxioasă, de rău general, disconfort somatic, neliniște, ce asociază logoree, excitabilitate crescută, impulsivitate, comportament coleros. Apare în boala afectivă, în epilepsie, dependența de alcool.

Anxietatea este teama difuză fără obiect, este desprinsă de concret, nedistinctă. Frica este irațională, în absența unui pericol real, este proiectată în viitor și desprinsă de concret, este mai mult potențială decât actuală. De cele mai multe ori apare depresia. Se însoțește de manifestări somatoforme în diverse sfere: cardiovasculară cu tahicardie, palpitații, modificarea tensiunii arteriale; gastrointestinală: cum ar fi greața, vărsături, modificarea tranzitului intestinal. Mai putem întâlni modificări respiratorii cu senzația de lipsa de aer, senzația de sufocare. În mod particular senzația de “nod în gât” care nu are nici un substrat organic ci este numai o manifestare somatoformă. Alte manifestări care se pot întâlni sunt: tremurături, fatigabilitate, transpirații, cefalee, amețeli etc. Acestea apar în tulburările anxioase.

B) Tulburările calitative ale afectivității

Paratimiile sunt reacții aberante și indecvente, paradoxale față de motive, situații sau evenimente.

Inversiunea afectivă este o reacție afectivă negativă față de persoane pe care le-a iubit înainte de a se îmbolnăvi (părinți, frați, copii). Această formă de tulburare a afectivității apare în schizofrenie.

Ambivalenta afectivă este caracterizată prin prezența simultană a două emoții, sentimente opuse, contradictorii. Această formă de tulburare a afectivității apare în schizofrenie.

VOINȚA

Este funcția psihică prin care se realizează trecerea conștientă de la o idee sau raționament la o activitate, sau inhibiția unei activități în vederea realizării unui anumit scop.

Desfășurarea actului volițional cuprinde mai multe *etape*:

- Formularea scopului: sub raport afectiv tendința este trăită ca o dorință iar în planul conștiinței devine motiv;

- Lupta motivelor: motivul apărut se luptă cu alte motive potențiale sau active. În cazul scopului unic lupta se tranșează spontan;
- Adoptarea hotărârii: constă în definirea scopului și pregătirea acțiunii;
- Execuția (îndeplinirea) acțiunii; trecerea la acțiune implică efortul volițional, predomină aspectul cantitativ al procesului volițional. Răspunde la întrebarea “CÂT POȚI ?”

Tipurile de voință

Voința activă: care stă la baza perseverenței, tenacității și îndeplinirii izbutite a unei activități. Are rol mobilizator, de susținere a efortului volițional; mai poartă denumirea de voință de suport.

Voința inhibitorie este responsabilă de stăpânirea de sine, determină reținerea în anumite situații, frânează reacția imediată. Se opune unor tendințe impulsive, stă la baza conduitei amânării.

Tulburările de voință (disbulii)

Tulburările afective pot fi grupate în cantitative și calitative.

A) Tulburările cantitative ale voinței

Hiperbulia reprezintă exagerarea forței voliționale. Poate apare la normali, iar în patologie apare rar deoarece se dezorganizează suportul motivațional; o întâlnim în stări obsesivo-fobice; la toxicomanii hiperbulia are caracter unidirecțional și electiv în sensul procurării drogului. În cadrul tulburării delirante hiperbulia este selectivă și unilaterală.

Hipobulia se referă la scăderea forței voliționale ce se traduce prin scăderea capacității de a acționa. Pacientul știe ce trebuie să facă, dar nu poate. Este comună unei mari tulburări din patologia psihiatrică: depresie, schizofrenie, demențe.

Abulia se referă la lipsa de inițiativă, incapacitatea de a acționa. Apare în catatonie, depresii profunde.

B) Tulburările calitative ale voinței

Disabulia reprezintă dificultatea de a trece la o acțiune sau de a sfârși o acțiune începută, însoțită de perplexitate și cu o notă afectivă negativă. Apare în schizofrenie.

Parabulia este insuficiența volițională însoțită sau determinată de anumite dorințe, pulsuni sau acte paralele. Apare în nevroze motorii (ticuri).

Impulsivitatea constă în insuficiența voinței pasive, inhibitorii ceea ce duce la lipsă de frână și comportament impulsiv. Rezultă acte impulsive, intempestive cu un caracter antisocial, reprobabil și dramatic. Apare în tulburările de personalitate.

Depersonalizarea este situată la "frontiera psihopatologiei conștiinței și a personalității" (S. Folin). *Depersonalizarea este o stare (nu este un simptom sau sindrom)*. P. Janet consideră că *"nu este o stare, ci un moment de evoluție"*. În depersonalizare elementul esențial este impresia de schimbare. Depersonalizarea poate viza impresia de schimbare psihică numită *desanimare sau schimbare somatică: desomatizare. Este redată prin sentimentul anxiogen al modificării propriului eu: "Au impresia că nu mai sunt ei, caută să se regăsească pe ei înșiși, par a fi pierdut simțul unității proprii persoane."* Starea de depersonalizare "se trăiește" prin impresia de inautenticitate; această modificare atinge forul intim al individului, subiectivitatea sa profundă. Este trăită pe fundalul unei profunde îngrijorări și reunește anxietate, perplexitate și straniețe. *Derealizarea* reprezintă impresia (sentimentul) de înstrăinare, îndepărtare și nonfamiliaritate a realității trăite anterior. Pacientul are sentimentul iluzoriului, irealității, cu un colorit cenușiu, se exprimă prin pierderea autenticității și a receptivității psihosenzoriale a ambianței.

PERSONALITATEA

Personalitatea umană constituie, direct sau indirect, terenul de intersecție al mai multor discipline științifice; este un univers care incită permanent la cunoaștere.

Termenul se referă la disponibilitățile generale și caracteristice exprimate de o persoană și conturează identitatea ei specifică. Personalitatea se referă la forme distincte și caracteristice de gândire, emoționalitate și comportament care definesc stilul personal al unui individ și-i influențează interacțiunile cu mediul.

Definirea personalității Termenul de personalitate vine de la cuvântul etrusc "persona" (mască, rolul jucat de actor pe scenă) și desemnează omul considerat sub toate aspectele: biogenetice, psihologice, morale, culturale și sociale. Este integrat în sistemul conceptual de diverse discipline (psihologie, sociologie, pedagogie, istorie, etică, politologie) unde cunoaște accepțiuni relativ diferite: sociologia atribuie termenul pentru a diferenția indivizii după contribuția adusă într-un anumit domeniu de activitate; psihologia atribuie termenul la fiecare dintre indivizii normali.

Există un număr mare de teorii privind personalitatea, fiecare dintre acestea oferind o definiție proprie. G. W. Allport și H. S. Odbert (1936) au inventariat un număr de 50 de definiții ale personalității, iar Mc Clelland (1951) un număr de peste 100. În structura personalității au fost identificați 300 de factori și 1000 de variabile (Eysenck, Cattell, Guilford). Principalele divergențe dintre autori se referă la conținutul personalității, a metodologiei folosite în studiul ei și a modului de interpretare a informațiilor.

Redăm câteva dintre definițiile reprezentative privind personalitatea:

- este organizarea dinamică în cadrul individului a acelor sisteme psihofizice care determină gândirea și comportamentul său specific (G. Allport, 1981, p. 40);
- este unitatea bio-psiho-socială constituită în procesul adaptării individului la mediu și care determină un mod specific, caracteristic și unic de comportare în diversitatea situațiilor externe (Mischel, 1968; Wiggins, 1971);
- este un sistem hipercomplex, cu autoorganizare, teleonomic, determinat biologic și socio-cultural, cu o dinamică specifică, individualizată (M. Golu, 1972, 1993) etc.

În urma analizei diverselor definiții sunt evidențiate, în general, următoarele caracteristici ale personalității (Perron, 1985):

- *globalitatea*: personalitatea este constituită din ansamblul de caracteristici ce permit descrierea și identificarea unei persoane printre celelalte;
- *coerența*: există o anumită organizare și interdependențe ale elementelor componente ale personalității;
- *stabilitatea temporală*: există anumite legi de organizare care au o acțiune permanentă, astfel chiar dacă persoana se dezvoltă, se transformă, ea își păstrează identitatea.

Psihologia personalității încearcă, pe de o parte să explice diferențele interindividuale, iar pe de altă parte, să sintetizeze într-o imagine integratoare persoana.

Personalitatea poate fi abordată din mai multe perspective:

- *general-uman*, în sensul că fiecare individ prezintă anumite particularități caracteristice, comune tuturor oamenilor;
- *tipologic (de grup)*, nivel care se referă la faptul că indivizii aparținând anumitor grupări sociale, colectivități, epoci istorice, au trăsături caracteristice care-i diferențiază de alți indivizi;
- *particular (individual)* - în sensul că fiecare om este unic și irepetabil din punct de vedere al configurației trăsăturilor sale; așa cum nu există doi indivizi identici din punct de vedere anatomo-fiziologic, cu atât mai mult la nivelul deosebit de complex al personalității repetabilitatea nu este posibilă.

Cunoașterea obiectiv-științifică a personalității, stabilirea mecanismelor și modelelor explicative ale acesteia sunt deosebit de dificile datorită complexității acesteia. La formarea personalității contribuie o diversitate de factori: ereditatea; educația, cultura etc. Complexitatea personalității determină necesitatea participării mai multor discipline la studierea ei: biologice, psihologice, sociale, culturale.

Teorii ale personalității

Psihologia personalității are, în general, două obiective majore: separarea variabilelor specifice, care diferențiază indivizii (diferențele interindividuale); sintetizarea proceselor psihologice care pot influența interacțiunea individului cu lumea într-o perspectivă globală, a întregii persoane.

Vom prezenta direcțiile majore de abordare ale personalității din următoarele perspective: psihanalitică; psihometrică; învățării sociale; umanistă. Fiecare dintre aceste abordări oferă o serie de răspunsuri cu privire la natura, dezvoltarea personalității, ipotezele care stau la baza fiecăreia dintre ele, oferind în același timp o anumită notă specifică. Mulți dintre psihologii contemporani preferă o orientare eclectică, respectiv combinarea de elemente provenind din diferite moduri de

abordare, în scopul obținerii unei viziuni integratoare proprii sau pentru a ajuta la rezolvarea unor probleme practice.

Abordarea psihanalitică

Conform teoriei lui Freud, comportamentul este produs de conștient și de forțe instinctive. Freud a elaborat un model în care a identificat trei niveluri ale psihicului: conștientul, preconștientul și inconștientul. *Conștientul* conține gândurile și sentimentele de care individul își dă seama la un moment dat. Principala sa funcție este să răspundă la realitatea externă, de a evita pericolul, de a menține un comportament acceptabil social. *Inconștientul* conține amintiri reprimare („uite”), incluzând dorințe și impulsuri în proporție ridicată sexuale sau agresive. Acestea pot determina gânduri și comportamentele conștiente. *Preconștientul* conține gânduri ce nu sunt conștiente la un moment dat, dar care la nevoie sunt accesibile. El acționează ca un filtru, cenzurând dorințele inacceptabile, permițând pătrunderea lor în conștient atunci când li se acceptă originile inconștiente.

Oamenii se nasc cu pulsuni instinctuale care le motivează și adaptează comportamentul încă din copilărie. O idee centrală a lui Freud pentru a explica originile personalității a fost conceptul de *libido*, pe care-l consideră ca fiind o energie vitală generală, motivantă. Energiile instinctuale (pulsunile sexuale și cele agresive) se acumulează în timp, în condițiile în care nu apare un mijloc de a le elibera. Influențele asupra comportamentului pot fi: reducerea tensiunii; nevoia de a face față cerințelor imediate ale mediului sau istoriei dezvoltării personale din copilărie. Orice comportament are determinări multiple. Experiențele dobândite în copilărie au o influență importantă asupra dezvoltării personalității.

Ulterior, Freud consideră că personalitatea este constituită din trei structuri majore: *Sinele (inconștientul, Id)*, *Eul (preconștientul, Ego)*, și *Supraeul (conștientul, Superego)*. *Sinele* este determinat biologic și conține toate imboldurile lăuntrice, pulsunile și instinctele. Acesta se manifestă pe baza principiului plăcerii, de satisfacere imediată a dorințelor. *Eul* se dezvoltă pentru a satisface nevoile sinelui într-o mod acceptabil social. Acesta se manifestă, acționează pe baza principiului realității. *Supraeul* reprezintă cadrul intern, individual (conștientul și Eul ideal) al valorilor morale existente în cultura societății respective. El indică persoanei ce ar „trebui” sau „nu ar trebui” să facă. În multe aspecte, această parte a personalității este ca și Sinele mai puțin realistă, exigențele sale fiind atât de pretențioase încât este imposibil de realizat. Freud consideră că aceste componente ale personalității sunt într-un *conflict* permanent. Eul menține echilibrul între solicitările Sinelui, Supraeului și realitate. Pentru aceasta, Eul elaborează o serie de mecanisme de apărare, care îi permit să se protejeze împotriva presiunilor exercitate de Sine și Supraeu. Acestea sunt strategii inconștiente, utilizate de individ pentru a se proteja de anxietate, vină, durere etc. Indivizii diferă privind pragul de manifestare a anxietății și privind mecanismele de apărare folosite pentru a face față acesteia. Utilizarea lor pentru a face față presiunilor vieții pe termen scurt este considerată o strategie normală, iar o utilizare exagerată, pe termen lung este periculoasă, nesănătoasă. Analiza realizată de Buckley (1995) găsește că Freud a descris zece mecanisme de apărare: refularea, regresia, sublimarea, formațiunea reacțională, proiecția, întoarcerea împotriva propriei persoane,

transformarea în contrariu, introiecția sau identificarea, anularea retroactivă, izolarea. Prezentăm, pe scurt, definițiile acestor mecanisme de apărare:

- *refularea* (reprimarea) reprezintă eliminarea din conștient a amintirilor, sentimentelor, dorințelor dureroase, iar individul încearcă să uite gândul sau impulsul interzis. Este mecanismul de apărare de bază al teoriei lui Freud;
- *regresia*, reprezintă manifestarea unui comportament caracteristic unui stadiu timpuriu al vieții, lipsit de conflicte, amenințări pentru a scăpa de situații stresante (ex., dorința de întoarcere la stadiul de copil mic la apariția a unui nou născut în familie, sau în situație de boală);
- *sublimarea*, în care impulsurile neacceptate sau dorințele frustrate sunt exprimate sau satisfăcute printr-o activitate substitutivă (ex., direcționarea unei dorințe de a face față unor greutăți către activități artistice, orientarea impulsurilor agresive către o activitate sportivă);
- *formația reacțională* se referă la înlăturarea, suprimarea dorințelor prin exagerarea atitudinilor și comportamentelor, astfel încât acestea să se transforme în opusul lor;
- *proiecția* implică atribuirea propriilor sentimente, dorințe, către altă persoană (ex., Alții sunt vinovați de situația în care mă aflu; afirmația: „Ea mă urăște!”, înseamnă „O urăsc!”);
- *întoarcerea împotriva propriei persoane* se referă la refuzarea inconștientă a propriei agresivități, pe care o deturneză dinspre celălalt pentru a o orienta asupra propriei persoane (mecanismul se poate afla la originea unor sentimente de culpabilitate, a unei nevoi de pedepsire, a unei nevroze de eșec sau a unor tentative de autodistrugere);
- *identificarea* se referă la creșterea sentimentului valorii prin identificarea cu persoana sau instituția care prezintă valoare;
- *transformarea în contrariu*: dorința nu este numai refulată, ci și înlocuită printr-o pulsivitate contrară (perechile sadism-masochism, voyeurism-exhibiționism, care arată trecerea de la activitate la pasivitate: a produce suferința – a suferi și a privi – a fi privit, precum și transformarea iubirii în ură);
- *anularea retroactivă* este iluzia potrivit căreia un eveniment, o dorință, o acțiune conflictuale ar putea fi anulate grație puterii absolute a unei acțiuni sau dorințe ulterioare, considerată a avea un efect de distrugere retroactivă (forme: succesiunea a două formule verbale sau a două conduite diferite, a doua suprimând-o pe cea dintâi în mintea persoanei; acțiunea care posedă puterea de distrugere trebuie să fie inversul celei dintâi pentru a putea fi eficientă; o experiență neplăcută este repetată prin inversarea rolurilor, fiind astfel anulată. Aceasta se bazează pe ambivalență, definită ca fiind coexistența a două sentimente extreme și opuse, cel mai adesea iubire și ostilitate față de aceeași persoană.

Adepii teoriei lui Freud au dezvoltat mecanismele de apărare ale Eului: listele realizate de diferiți autori descriu un număr de 43 de mecanisme de apărare.

În glosarul manualului DSM III-R sunt menționate un număr de optsprezece mecanisme de apărare și definițiile aferente acestora. DSM-IV propune o scală a funcționării defensive precum și o fișă de evaluare. Clinicianul trebuie să alcătuiască o listă de șapte mecanisme de apărare specifice sau stiluri de coping detectate la subiectul examinat, începând cu cel mai marcant. Apoi clinicianul trebuie să indice stilul defensiv predominant, stabilit în funcție de cele șapte niveluri de funcționare defensivă. Evaluarea reflectă apărările sau stilurile de coping pe care pacientul le

utilizează în momentul examinării, dar ține seama și de datele culese pentru perioada imediat anterioară evaluării. Stilul defensiv observat are o valoare predictivă importantă pentru sănătatea mintală viitoare a persoanei.

Conform teoriei lui Freud, conflictele nerezolvate determină apariția *anxietății*, care se poate manifesta în: vise (considerate împliniri deghizate ale dorințelor reprimite); tulburări nevrotice (crize acute de anxietate și temeri iraționale).

Prezentăm câteva dintre mecanismele tipice de apărare ale Eului propuse de psihanalisti, altele față de Freud, care au legătură cu problematica noastră (J. C. Coloman, 1950):

- *fantezia* se referă la satisfacerea dorințelor frustrate prin realizări imaginare;
- *compensația*, reprezintă mascarea unei slăbiciuni prin accentuarea unor trăsături dorite sau acceptarea frustrării într-un anumit domeniu prin suprasatisfacerea altuia;
- *substituirea* reprezintă redirecționarea sentimentelor sau comportamentelor către un obiect sau altă persoană, ca urmare a imposibilității exprimării lor în forma reală (ex., cearta cu partenerul de viață, în urma unui conflict avut la serviciu),
- *negarea* reprezintă refuzul de a accepta realitatea (ex., neacceptarea bolii sau a infidelității partenerului);
- *reprimarea* (vezi refularea), reprezintă eliminarea din conștiință a amintirilor, sentimentelor și dorințelor dureroase sau înspăimântătoare și depozitarea lor în inconștient (uitarea motivată);
- *raționalizarea* se referă la găsirea unei scuze rezonabile sau încercarea de a proba faptul că un comportament este rațional și justificabil pentru o anumită acțiune (“Ar fi putut fi și mai rău, alții suferă mai mult decât mine”; “Sunt vinovat pentru îmbolnăvire, trebuie să suport”).

Privind *dezvoltarea personalității*, Freud consideră că individul trece printr-o serie de stadii, denumite de autor psihosexuale (libidinale). Stadiile sunt conturate în funcție de caracteristicile fiecărei etape de dezvoltare a personalității copilului, în care libidoul (energia sexuală, plăcerea fizică) se concentrează asupra unor anumite regiuni ale corpului: gură, anus sau zona genitală. Evoluția satisfăcătoare a acestor etape ale copilăriei are o foarte mare influență asupra profilului ulterior al personalității adultului. Fiecare stadiu aduce cu sine o serie de probleme ce trebuie depășite în raport cu dezvoltarea ulterioară. Eșecul în realizarea satisfăcătoare a unui anumit stadiu va avea ca rezultat *fixația* (stagnarea dezvoltării în stadiul respectiv). Aceasta determină menținerea unora dintre caracteristicile stadiului respectiv și în etapele ulterioare de dezvoltare. Cazurile mai severe de fixație vor conduce la apariția nevrozelor în viața de adult. Vom descrie, pe scurt, stadiile psihosexuale stabilite de Freud:

- *stadiul oral* (de la naștere la 1 an): Sinele este dominant; energia libidinală este centrată asupra gurii, copilul obținând satisfacție prin supt și mișcare. Acest stadiu este împărțit în două subfaze: suptul pasiv urmată de subfaza mișcării active, agresive. Fixația poate fi cauzată de: suprasatisfacere sau frustrarea copilului de nevoile orale. Aceasta se poate manifesta mai târziu prin dependențe (fumatul, alcoolismul, lăcomia, sarcasmul excesiv);
- *stadiul anal* (al doilea an de viață): energia libidinală se centrează asupra senzațiilor de plăcere de la nivelul mucoaselor rectului. În această etapă copilul este capabil să-și exercite un anumit control asupra unor funcții ale corpului. Astfel, el poate mulțumi părinții prin menținerea curățeniei, sau, din contră, nemulțumi părinții prin murdărie.

Efortul depus de părinți pentru a-i impune o anumită igienă, constituie pentru copil un eveniment deosebit. Fixația rezultată din conflictul dintre copil și părinți în timpul instruirii igienice, poate duce la apariția în perioada vieții de adult fie la manifestarea unei personalități excesiv preocupată de curățenie și sistematizare (efectul expulzării), fie a unei personalități refractare, avare, obsesivă (efectul retenției);

- *stadiul falic* (3-6 ani): energia libidinală se concentrează asupra organelor genitale, sentimentele devin sexuale. Freud descrie problemele caracteristice copilului de sex masculin în cadrul Conflictului Oedip: fanteziile copilului includ dorințele unei intimități sexuale cu mama lui; invidiază relația intimă dintre tată și mamă; se teme de pedeapsă, sub forma castrării dorințelor sale interzise. În mod normal, conflictul se rezolvă odată ce copilul se identifică cu tatăl lui. Dezvoltarea copiilor de sex feminin este mai puțin conturată. Autorul descrie Conflictul Electra, acela în care fetița se consideră deja castrată, deoarece nu posedă penis și suferă de invidie datorită lipsei acestuia. Acesta favorizează dezvoltarea unui sentiment de atașament puternic și de iubire față de tată. În final, fetița se identifică cu mama ei. Din aceste identificări cu părintele de același sex, rezultă următoarele consecințe: copilul adoptă rolul de gen ce va fi urmat în viață; adoptă standardele morale ale părinților, atitudinile, și interdicțiile împreună cu standardele morale ale societății; astfel, se naște Supraeul. Fixația constă în nerezolvarea adecvată a conflictelor datorită unei abordări fără tact a părinților, iar acestea vor continua să se manifeste și în viața adultă. Fixația din acest stadiu de dezvoltare stă la baza majorității nevrozelor din perioada adultă.

După acest stadiu de dezvoltare urmează *perioada de latență* (de la șase ani la pubertate), care este o etapă de calm relativ și în care libidoul este slab. În această perioadă se dezvoltă Eul, în special privind deprinderile sociale și intelectuale.

- *stadiul genital* (pubertatea), în care modificările hormonale stimulează reparația libidoului, se intensifică interesul pentru plăcerea sexuală, se dezvoltă atitudinile și trăirile sexuale adulte.

Diferiți autori aduc o serie de obiecții teoriei lui Freud. Dintre acestea menționăm (Eysenck și Wilson, 1973): folosirea unui eșantion limitat, format din adulți care suferă de anumite tulburări de natură psihologică; folosirea metodei studiului de caz și notarea selectivă a problemelor pacienților; procesele descrise nu pot fi observate în mod direct, deducțiile referitoare la comportamentul uman fiind deschise unei explicații alternative; supraevaluarea factorilor biologici implicați în dezvoltarea personalității; teoria nu este capabilă să prezică dezvoltarea socială a individului, ea poate fi utilizată pentru a explica ceva după producerea evenimentului; ambiguitatea multor concepte și dificultăți în măsurarea lor obiectivă.

Teoria elaborată de Freud este apreciată pentru faptul că ea oferă o interpretare coerentă a comportamentului uman, pentru modul de gândire original și ideile stimulative cuprinse.

Freud a avut mulți adepți, dintre aceștia ne vom referi la aspectele importante ale teoriilor lui C. G. Jung, A. Adler, E. Erikson.

Teoria psihanalitică a lui C. G. Jung extinde conceptualizarea freudiană a inconștientului, propunând existența unui *inconștient colectiv*. Autorul consideră că așa cum organismul uman conține structuri vechi ce au aparținut strămoșilor și psihicul conține amintiri ale experienței umane. Inconștientul colectiv nu este direct accesibil, dar este revelat prin mituri, simboluri artistice create de diferitele culturi.

Acesta conține arhetipuri, simboluri universale care revin frecvent în artă, literatură religie (de ex., Dumnezeu, Învierea, eroii din legende, vârstnicii etc.). În concepția autorului, libidoul este în esență, mai degrabă, spiritual decât sexual.

Jung consideră că în dezvoltarea în personalității un rol important îl au factorii externi. El susține că dezvoltarea personalității se realizează de-a lungul întregii vieți și nu este determinată de experiența din perioada copilăriei timpurii. Autorul realizează o tipologie a personalității: tipul de temperament introvert (centrat pe sine însuși) și extravert (centrat pe lumea exterioară).

Teoria psihanalitică a lui A. Adler, care susține faptul că cea mai importantă pulsione umană este *nevoia de putere și de superioritate*. Fără a nega existența motivelor inconștiente, pentru autor motivația apare ca fiind conștientă.

Teoria psihanalitică a lui E. Erikson (1959). Autorul consideră că Freud exagerează rolul pe care îl are sexualitatea în determinarea personalității, neglijând importanța forțelor sociale care influențează dezvoltarea. El acordă atenție dezvoltării Ego-ului, considerând că acesta este capabil să reacționeze independent de impulsurile instinctuale și de conflictele interne cu Id-ul și Superego-ul. În condițiile existenței unui mediu adecvat, Ego-ul poate realiza un echilibru satisfăcător între influențele sociale și forțele interne.

Ca și Freud, Erikson consideră că individul în fiecare etapă a vieții achiziționează aspecte noi ale psihosocialului și se confruntă cu o serie de crize care trebuie să fie rezolvate în vederea dezvoltării unei personalități sănătoase. Aceste crize apar din conflictul dintre posibilitățile de relaționare ale persoanei și solicitările mediului social. În orice moment al dezvoltării, personalitatea este un produs al modului în care au fost rezolvate aceste conflicte. Nivelul de succes la care sunt rezolvate fiecare dintre conflicte va determina starea de bine din punctul de vedere psihologic al individului pentru un anumit moment. În teoria lui Erikson, conflictele sunt centrate pe relațiile individului cu alți membri. Problemele psihologice apar atunci când individul este insuficient pregătit pentru a face față diferitelor exigențe ale societății.

El susține existența unor stadii psihosociale (nu psihosexuale ca Freud) pe care individul le parcurge în timpul vieții sale. În opoziție cu Freud, care accentua importanța anilor copilăriei pentru viitoarea personalitate, Erikson a considerat că aceste stadii ale dezvoltării acoperă întreaga viață a individului, în fiecare dintre acestea individul confruntându-se cu un anumit set de probleme și de conflicte:

- *infantil* (0-1 an) are la bază conflictul *încredere-neîncredere* (existența satisfacției și confortului va conduce la dezvoltarea unei atitudini încrezătoare față de mediu și speranță în viitor);

- *copilăria mică* (1-3 ani) are la bază conflictul *autonomie-îndoială, dependență* (provocările fizice înfruntate pot susține încrederea sau dimpotrivă, incapacitatea);

- *copilăria mijlocie* (3-6 ani) are la bază conflictul *inițiativă-vinovăție, retragere* (asumarea de responsabilități poate conduce la dezvoltarea simțului de inițiativă sau de vinovăție dacă acestea nu sunt îndeplinite, finalizate corespunzător);

- *copilăria mare* (6-12 ani) are la bază conflictul *siguranță, eficiență-inferioritate* (înfruntarea de noi provocări poate conduce la creșterea efortului pentru depășirea lor sau poate dezvolta un sentiment de incapacitate, incompetență);

- *adolescența* (12-18/20 ani), constituie momentul în care trebuie rezolvat conflictul *identificare-confuzia rolului* (noile și diferitele roluri sociale, apartenența la grupuri

sociale diferite duce la dezvoltarea identității proprii, sau multitudinea de roluri poate duce la suprasolicitare);

- *tânărul adult* (20-30/35 ani) are la bază conflictul *intimitate-izolare* care se dezvoltă datorită frecvenței relațiilor cu alții (capacitatea de a iubi - mutualitatea afectivă - și de a răspunde angajamentelor față de ceilalți sau relaționarea superficială);

- *adultul* (35-50/60 ani) are la bază conflictul *realizare, creație-stagnare, rutină creatoare* (viața poate fi productivă, aduce contribuții, responsabilitate sau este limitată, pasivă și tendința de exagerare a preocupărilor față de sine);

- *bătrânețea* (de la 60 de ani) are la bază conflictul *integritate-disperare* (satisfacție pentru propria viață și acceptarea morții sau regrete pentru pierderea oportunităților și teama de moarte)

Conform autorului rezolvarea conflictelor inițiale este necesară pentru a asigura individului posibilitatea de a le stăpâni și rezolva pe cele ulterioare.

Erikson consideră că stadiile psihosociale sunt universale, indiferent de cultura indivizilor.

Din perspectiva lui Erikson, criza centrală a întregii dezvoltări în timpul vieții este conflictul între *identitate și confuzia de rol*, conflict care apare în adolescență. Obiectivul principal al adolescentului în această perioadă este formarea unei *identități a Eului* sau simțul Sinelui. Conform autorului, identitatea Eului are trei componente principale: simțul unității (acordul între percepțiile sinelui); simțul continuității percepțiilor sinelui în timp; simțul reciprocității între propriile percepții ale sinelui și modul în care este perceput individul de către ceilalți. Pentru a ajunge la un simț clar și coerent al identității, adolescenții se implică în diferite roluri, fără a se angrena în mod concret în vreunul. Atitudinile și valorile stabile, alegerea ocupației, stilul de viață se integrează în mod gradual. Eșecul în dobândirea unei identități clare, durabile și confortabile are ca rezultat difuziunea rolului, respectiv simțul confuziei dintre ceea ce dorește și cine este individul respectiv. Presiunile puternice din partea familiei sau societății pot determina dezorientarea și disperarea tânărului, care au ca rezultat înstrăinarea fizică sau mintală de mediile normale. În cazurile extreme ale difuziunii rolului, tânărul poate adopta o identitate negativă. Erikson arată că femeile se dezvoltă diferit față de bărbați privind dezvoltarea identității. Acestea manifestă tendința de amânarea a dezvoltării identității până la găsirea partenerului de viață, care are un rol important în determinarea statutului lor.

Abordarea psihometrică

Acest mod de abordare reprezintă o orientare și nu o teorie propriu-zisă a personalității. Abordarea din perspectiva trăsăturilor este legată de separarea diferitelor variabile ale personalității. Această abordare oferă puține elemente în legătură cu dinamica personalității.

Modelul lui H. Eysenck (1979)

Autorul teoriei folosește metoda analizei factoriale a personalității și încearcă să stabilească o legătură între rezultatele cercetărilor sale și descrierile mai vechi ale temperamentului.

Concepția trăsăturilor de personalitate, în care se înscrie și cercetările lui Eysenck, arată că indivizii se distribuie statistic de-a lungul unei axe introversiune-extraversiune, majoritatea lor având tendințe specifice acestei trăsături. A doua axă corespunde nevrozismului (stabil/instabil emoțional), desemnând la Eysenck atât instabilitatea emotivă, cât și hiperactivitatea. Indivizii care manifestă un nivel ridicat al nevrozismului sunt: foarte anxioși; se plâng de probleme diverse (digestie, dureri de cap); au o predispoziție către tulburări nevrotice. El susține că acești factori esențiali ai personalității sunt moșteniți.

Autorul a realizat un chestionar (Inventar de Personalitate Eysenck, EPI) care măsoară aceste trăsături. S-au constatat grupuri tipice de indivizi ce se repartizează pe axele introversiunii și nevrozismului: vânzătorii care sunt indivizi extravertiți și puțin emotivi; funcționarii care sunt stabili (controlați) emoțional, sunt mai introvertiți; indivizii anxioși sau isterici sunt cei care au cele mai mari scoruri la nevrozism. Autorul a pus în relație factorii din teoria sa cu tipologiile mai vechi; a lui Hipocrate și Galenus, care se bazează pe ideea unei predominanțe la fiecare individ a uneia din cele patru umori fundamentale (sângele, bila galbenă, flegma, bila neagră) pentru a da cele patru caractere: sangvinic, coleric, flegmatic și melancolic. În tabelul de mai jos sunt prezentate principalele caracteristici ale tipurilor de personalitate evaluate de Chestionarul lui Eysenck.

INTROVERTIT	<i>NESTABIL</i>	EXTRAVERTIT
Morocănos Anxios Defensiv Pesimist Sobru Nesociabil Rezervat Liniștit	<i>Melancolic</i>	Iritabil Agitat Agresiv Excitabil Capricios Impulsiv Optimist Activ
Pasiv Prudent Meditativ Pașnic Controlat Serios Constant Calm	<i>Flegmatic</i>	<i>Coleric</i> <i>Sangvin</i> Sociabil Dezinvolt Autoritar Spontan Vorbăreț Vesel Vioi Degajat Antrenant
<i>STABIL</i>		

Teoria lui Eysenck are meritul de a face legătura dintre personalitatea normală și cea patologică.

Teoria este criticată pentru numărul redus de factori de personalitate, aceasta fiind considerată ca fiind mult mai complexă.

Modelul lui R. B. Cattell (1965)

Autorul cercetează personalitatea folosind asemănător lui Eysenck metoda analizei factoriale. Conform lui Cattell factorii de personalitate sunt de două categorii: interni și externi. Cei externi formează personalitatea aparentă (acele trăsături care sunt posibil de observat de către ceilalți). Factorii interni se află dedesubtul celor externi și formează baza personalității. Autorul găsește un număr de 16 factori interni esențiali, pe baza cărora se poate realiza un profil al personalității indivizilor. El elaborează un Chestionar de personalitate (16 PF), care evaluează următoarele dimensiuni ale personalității: rezervat-sociabil; mai puțin inteligent-inteligent; sentimental-stabil emoțional; docil-autoritar; serios-nonșalant; expeditiv-conștiincios; timid-aventuros; dur-sensibil; încrezător-suspicios; practic-fantezist; direct-viclean sigur de sine-anxios; conservator-îngrijorat; dependent de grup-autonom; necontrolat-controlat; relaxat-încordat.

Teoria este criticată pentru faptul că tratează personalitatea ca pe un element prea static, nu ține seama de variabilitatea comportamentului uman în diferite situații, nu ține seama de faptul că oamenii se maturizează psihologic.

Modelul celor cinci factori al lui McGrae și Costa (1987)

Între cercetători sunt controversate privind numărul factorilor de bază ai personalității. Soluția reprezentată de dimensiunea a unui număr de *cinci factori de personalitate* constituie un consens între diverși specialiști. McGrae și Costa (1987) folosind analiza factorială asupra datelor obținute cu ajutorul unor metode de evaluare diferite, găsesc în mod constant manifestarea următorilor factori de personalitate și a trăsăturile lor reprezentative:

neuroticism: calm-îngrijorat; rezistent-vulnerabil; sigur-nesigur;

extraversiune: retras-sociabil; tăcut-vorbăreț; inhibat-spontan;

deschidere: convențional-original; temător-îndrăzneț; conservator-liberal;

amabilitate: iritabil-amabil; insensibil-sensibil; egoist-altruist;

conștiinciozitate: nepăsător-grijuliu; neresios-de încredere; neglijent-conștiincios.

Abordarea umanistă

Psihologii umaniști consideră că obiectul de studiu al psihologiei ar trebui să fie *experiența conștientă*, subiectivă a individului. Ei pun accentul pe unicitatea ființelor umane, pe libertatea lor de a-și alege propriul destin. Teoria consideră că oamenii sunt orientați pentru atingerea propriului lor potențial, a maximului dezvoltării personale, în cadrul propriilor limite. Printre cei mai importanți exponenți ai abordării umaniste a personalității sunt A. Maslow și C. Rogers.

Teoria ierarhiei nevoilor a lui Maslow.

În studiul personalității Maslow (1954) este interesat în primul rând de motivele care îi impulsionează pe oameni. El consideră că există două tipuri de motivații: *datorate lipsei (de deficit)*, respectiv nevoia de reducere de tensiuni fiziologice cum sunt foamea, setea etc.; *datorate creșterii (de dezvoltare personală)*, care este legată de satisfacerea unor nevoi cum sunt cea de dragoste, de apreciere etc.

Studiind motivele persoanelor într-un număr mare de situații, Maslow arată că acestea au tendința de a se regăsi într-un pattern specific, care poate forma o ierarhie. În raport de importanța trebuințelor, „piramida” lui Maslow are cinci niveluri distincte: nevoi biologice fundamentale, de securitate, de apartenență la un grup, de stimă și statut social, de autorealizare. Nevoile de la baza ierarhiei (fiziologice) sunt cele mai presante, necesitând satisfacerea lor înaintea celor aflate la nivelul de vârf al ierarhiei. În opinia sa, nevoile cuprinse în această ierarhie sunt înăscute și prezente la toți oamenii.

Conform autorului, motivația deficitară provine din nevoi primare, ca foamea, setea și din nevoi psihologice, ca nevoia de securitate. Aceste nevoi creează o tensiune care trebuie redusă.

Creșterea sau dezvoltarea personală nu este esențială pentru supraviețuire și va avea loc numai în condițiile satisfacerii nevoilor aflate la baza ierarhiei (cele fiziologice). Maslow consideră că apogeul satisfacerii nevoilor este reprezentat de motivele *realizării de sine* (autorealizare), care reprezintă nevoia persoanei de a-și găsi împlinirea de sine și de a-și valorifica întregul său potențial. Conform autorului numai 1% dintre oamenii sănătoși ating satisfacerea nivelului superior al ierarhiei.

Modelul teoretic asupra motivației propus de Maslow cunoaște o serie de critici (E. Jantsch (1975; M. Maruyama, 1973) legate de aspectul lui static, ordinea secvențială de satisfacere a trebuințelor, caracterul lui cultural limitat. C. Mamali (1981), de asemenea, critică modelul teoretic al lui Maslow, subliniind caracterul lui static și unideterminat.

Teoria lui C. Rogers (1959)

C. Rogers susține că fiecare persoană este unică și are o nevoie bazală, primară, de *image pozitivă*, respectiv de respectul și admirația celorlalți. În opinia sa, toți oamenii se nasc cu o *tendință spre realizarea de sine*. În centrul teoriei lui Rogers se află *conceptul de sine (perceput și ideal)*, de perspectivă asupra persoanei, care este dobândit în cursul experienței de viață a persoanei, prin intermediul tuturor percepțiilor, valorilor și atitudinilor care se constituie ca *eu*. *Sinele perceput* influențează modul în care persoana percepe lumea și propriul său comportament. *Sinele ideal* reprezintă percepția modului în care individul ar dori sau ar trebui să fie.

Rogers consideră că o parte a personalității umane se manifestă prin dorința continuă spre creștere și dezvoltare. În acest sens, autorul susține faptul că ființele umane au o necesitate fundamentală de *autoactualizare*, de a-și dezvolta și realiza potențialul propriu cât mai mult posibil. Pentru Rogers, forța motivațională majoră este această tendință de realizare. Pentru că această necesitate este foarte importantă, Rogers susține că persoana evaluează prin prisma ei toate experiențele de viață. Experiențele care încurajează dezvoltarea sunt percepute ca pozitive sau utile, iar cele care împiedică autoactualizarea sunt percepute ca negative sau neplăcute. Deoarece fiecare persoană are capacități și tendințe diferite, aceasta își elaborează propriul set de valori specifice, care pot să nu fie identice, dar care sunt, deseori, apropiate cu ale altora.

O altă necesitate a personalității evidențiată de Rogers este *nevoia de prețuire*. În acest sens, autorul susține că orice persoană are nevoie să fie prețuită de alții, nevoie care se manifestă prin dragoste, afecțiune sau respect. Această necesitate, în unele

cazuri, poate deveni atât de importantă, încât să interfereze cu nevoia de actualizare; în aceste condiții, persoana începe să aibă probleme.

În general, cei din jur au tendința de a condiționa prețuirea de un comportament adecvat. Fiecare persoană cunoaște care sunt tipurile de comportament care pot câștiga prețuirea celorlalți. Ideile persoanei în relație cu prețuirea sunt denumite *condiții de valorizare*, ele fiind foarte importante în ghidarea comportamentului individual spre tipurile de comportament aprobate de societate. Dacă condițiile de valorizare impun persoanei să acționeze pe căi opuse comportamentului de autoactualizare, dar apreciate pozitiv de către aceasta, apare amenințarea realizării nevoii respective (de autoactualizare). Această amenințare conduce la anxietate, deoarece persoana devine conștientă de lipsa de concordanță dintre acțiunile și valorile sale. Conform autorului, datorită amenințării produse de această neconcordanță, persoana dezvoltă mecanisme de apărare: *negarea* (refuzul admiterii existenței discordanței); *distorsionarea* (falsificarea sau modificarea amintirii sau experienței neplăcute pentru ca aceasta să devină mai puțin amenințare). Aceste mecanisme au scopul de a proteja Sinele de confruntarea cu situația reală. Dezvoltarea unei personalități sănătoase presupune inexistența conflictelor între condițiile de valorare și dorința de autoactualizare.

Autorul și colaboratorii și-au adus contribuția în domeniul elaborării de metode de evaluare (de exemplu, *Inventarul orientării personale* destinat evaluării realizării de sine) și cercetării psihoterapeutice.

Criticele aduse teoriei se referă la terminologia neclar definită, accentuarea stării de bine a individului.

Teoria constructelor personale a lui Kelly (1955)

Autorul teoriei consideră că scopul psihologiei trebuie să fie descoperirea acelor dimensiuni pe care persoanele în cauză le folosesc pentru a interpreta sau pentru a explica aspecte legate de ele însele sau de lumea lor socială. Kelly denumesc aceste dimensiuni *constructe personale* ale individului, care constituie unitatea de bază a analizei.

Conform autorului, indivizii trebuie văzuți ca oameni de știință care observă lumea, formulează și testează ipoteze. Indivizii analizează comportamente, clasifică, interpretează și evaluează aspecte legate de ei înșiși și de lumea lor. Aceștia pot elabora teorii false, credințe care pot distorsiona felul în care evaluează evenimentele, persoanele sau pe ei înșiși.

Autorul teoriei elaborează un instrument original de evidențiere ale constructelor personale specifice unui individ: Testul Repertoriului de Constructe de rol (Rep Test). Criticii arată că atât Kelly, cât și Rogers și-au elaborat teoriile pornind de la observații făcute pe studenți relativ sănătoși.

Teoriile unidimensionale ale personalității

Teoriile analizate mai sus, au încercat să descrie personalitatea ca un întreg și să formuleze predicții asupra comportamentului persoanelor. Teoriile unidimensionale se concentrează asupra rolului jucat de un anumit aspect al personalității în modelarea comportamentului:

Teoria nevoii de realizare a lui McClelland (1953)

Teoria cercetează influențele care se manifestă asupra nevoii unei persoane de a obține succes sau de a se situa la un nivel de excelență. Atkinson (1966) continuă studiile, adăugând o motivație asociată-teama de eșec.

Teoria locul controlului a lui Rotter (1954)

Cercetările lui Rotter s-au concentrat asupra măsurii în care o persoană se percepe ca fiind capabilă să-și controleze propria viață (control intern) sau, dimpotrivă, atribuie aceasta unor factori precum noroc, soarta, altor persoane etc. (control extern). Rotter (1966) a sugerat că există diferențe între comportamentele oamenilor în raport de percepția locului de control. Variabila se referă la convingerile, atitudinile indivizilor privind localizarea factorilor care controlează comportamentul, conturându-se ca o caracteristică de personalitate globală și relativ stabilă. Acesta se referă la localizarea controlului evenimentelor: în interiorul persoanei sau în evenimentele externe. Dacă persoana are locul de control interior va fi înclinată să considere că ceea ce i se întâmplă este rezultatul propriilor eforturi. Dacă persoana are locul de control exterior va fi înclinată să perceapă că ceea ce i se întâmplă este consecința norocului, a situației sau a unor factori fără legătură cu ea.

Pornind de la teoria nevoii de realizare (Atkinson, 1966), Rotter elaborează o scală de atitudini (Locus of Control Scale) prin care distinge persoanele care explică întăririle primite fie ca urmare a acțiunilor lor, ca fiind dependente de propriul lor comportament (control intern), fie de factori situați dincolo de propriul comportament (control extern). Este vorba despre explicațiile (atribuirile) oferite de indivizi pentru a explica sursele, cauzele succesului și eșecului. Persoanele care se consideră capabile de a exercita control asupra a ceea ce se întâmplă, vor căuta modalități de a face față evenimentelor neplăcute, sau vor încerca reducerea efectelor negative datorită producerii evenimentului. Aceste persoane rezistă, în general, mai bine la evenimentelor stresante față de cele cu un locul de control extern, care acceptă ceea ce li se întâmplă fără a încerca să acționeze pentru a schimba desfășurarea lor. De asemenea, s-a constatat că pierderea controlului este stresantă.

Diferențele individuale privind controlul se manifestă la următoarele niveluri: cognitiv (convingere privind posibilitatea de a exercita control asupra evenimentelor); preferențial (nevoia controlului); comportamental (efortul depus pentru obținerea controlului). Conceptul locul de control a fost relaționat de către Rotter cu alte variabile ale personalității: alienarea, autonomia, competența, nevoia de succes.

Dezvoltarea tendinței (interne sau externe) a locului controlului este considerată de autor ca depinzând de situațiile obiective și de tipul de cultură și societate.

Teoria auto-eficienței (self-efficacy) a lui Bandura (1977)

Bandura introduce în cercetare conceptul de auto-eficiență care a fost pus în legătură cu teoria așteptării și motivația. Conștiința propriei eficiențe este legată de simțul competenței proprii. Persoanele care au conștiința propriei eficiențe vor investi un efort mai mare pentru realizarea unei sarcini, față de cele care se autoapreciază mai scăzut din acest punct de vedere. Persoanele care au convingerea propriilor capacități sunt mai tenace și depun mai mult efort în activitate (de ex. activitatea sportivă; Weinberg, Gould și Jackson 1979).

Locul de control și conștiința propriei eficiențe sunt legate de cauzele pe care persoanele le *atribuie evenimentelor*. Problema *atribuirii*, se referă la motivele prin care sunt explicate de ce se întâmplă anumite lucruri. Este apreciat faptul că tipurile de atribuire făcute sunt importante în motivarea acțiunilor umane. Există mai multe stiluri atribuționale care pot motiva acțiunile persoanelor.

Seligman (1975) a identificat un *stil atribuțional depresiv*: persoanele care optează întotdeauna pentru o analiză negativă a lucrurilor. Acest stil atribuțional depresiv determină persoana să simtă că nu are puterea de a influența evenimentele. Autorul consideră că acest stil similar *neajutorării dobândite*, care se manifestă la animalele aflate într-o situație în care sunt lipsite de puterea de a preveni consecințele neplăcute. Chiar atunci când condițiile se modifică și neplăcerile pot fi împiedicate, acestea nu dezvoltă o reacție nouă. Victimele unor abuzuri fizice sau psihice de durată pot învăța să adopte, uneori, un set de comportamente care se aseamănă cu neajutorarea dobândită. Lipsa de control asupra situațiilor este percepută ca un factor important care determină persoanele să manifeste pasivitate la producerea evenimentelor (de exemplu, moartea unei persoane apropiate, violurile, furturile, certurile).

Teoria personalității de tip A a lui Friedman și Rosenman (1974)

Teoria cercetează un tip particular de comportament și consecințele acestuia. Tipul A de comportament se caracterizează prin nerăbdare, agresivitate, competitivitate și un sentiment de urgență permanentă. Multe studii au evidențiat legătura dintre acest tip de comportament și afecțiunile coronariene.

Structura personalității

În accepțiunea clasică personalitatea este alcătuită din trei componente structurale: temperamentul (latura dinamico-energetică a personalității); aptitudinile (sistemul instrumental-operațional); caracterul (sistemul de atitudini și trăsături volitive).

Temperamentul

Temperamentul este latura dinamico-energetică înăscută a personalității. Temperamentul se observă în manifestări ale comportamentului persoanei: în mișcare (promptitudinea, intensitatea și durata răspunsurilor la stimuli și solicitări, rapiditatea acțiunilor etc.), în vorbire, în gestică. Se referă la modul cum reacționează persoana din această perspectivă în diferite situații: viteza de desfășurare a proceselor psihice (rapiditatea percepțiilor, a reacțiilor motorii, a răspunsurilor verbale. De asemenea, se referă la intensitatea și durata trăirilor emoționale; rezistența la efort, la stres; echilibrul și dinamica proceselor afective; orientarea spre lumea externă (extraversie) sau spre cea interioară (introversie). Este în strânsă legătură cu instinctele și afectivitatea dar și cu activitatea sistemului neuro-endocrin.

Temperamentul se referă la aspectul formal al personalității, nu la aceea a conținutului, el este bazal, nespecific, neutru față de valorile sociale și morale; același temperament poate exista la tipuri de personalitate diferite și în condiții diferite de evoluție a acesteia. În fiecare categorie de temperament se pot întâlni atât debili

mentali, cât și inteligențe de vârf, persoane creative și necreative, morale dar și amurale.

Diferite fapte de conduită (o situație de așteptare, o situație competițională, o activitate care implică un eveniment imprevizibil sau de o anumită dificultate) antrenează din plin activitatea sistemului nervos și pot furniza date importante în legătură cu temperamentul persoanei confruntate cu acele situații.

Trăsăturile temperamentale au o mare importanță în cadrul relațiilor intrepersonale, ele asigurând atracțiile sau respingerile dintre indivizi.

În funcție de concepțiile din perspectiva cărora au fost abordate și definite, au fost elaborate diferite tipologii ale temperamentului. Acestea vor fi discutate în partea finală a capitoului.

Din punct de vedere biomedical are importanță tipul de temperament care manifestă rezistență la eforturi și stresuri și cel care are gradul cel mai ridicat de predispunere la anumite tulburări organice sau psihice.

Aptitudinile

Acestea sunt sisteme operaționale psiho-fizice, constituind latura instrumentală și executivă a personalității. Aptitudinile se referă la potențialul instrumental -adaptativ care permite individului realizarea într-un anumit domeniu de activitate a unei performanțe superioare mediei comune (M. Golu, 2002). Valoarea aptitudinilor trebuie pusă în legătură directă cu însușirea operațiilor în cadrul realizării unei sarcini sau activități, cu performanța și eficiența desfășurării unei activități. Nivelul de dezvoltare a aptitudinilor asigură competența într-un anumit domeniu de activitate. Pentru evaluarea cantitativă a performanței se folosesc indicatori cum sunt: volumul sarcinilor realizate, timpul necesar realizării unei sarcini, intensitatea efortului depus etc. Pentru evaluarea calității performanței se folosesc indicatori cum sunt: complexitatea sarcinii, originalitatea produsului realizat, gradul de utilitate a produsului etc.

Aptitudinile se manifestă precoce, câștigând continuu în calitatea performanței prin intermediul antrenamentului. Ele se formează în ontogeneză (până în jurul vârstei de 9-10 ani sunt nediferențiate, precizându-se treptat; fac excepție aptitudinile pentru muzică și desen). Aptitudinile se dezvoltă în funcție de o serie de factori: condițiile favorabile de mediu, instrucție și educație, ocupație. Ele au la bază anumite premise native: tip de personalitate, particularități ale analizatorilor, inteligența, dispoziții preoperaționale etc.) Acestea au un caracter generic, putând intra în structura unor aptitudini diferite. Ereditatea sau dispozițiile individuale native constituie numai una din condițiile procesului complex de formare a aptitudinilor. Pentru ca ele să se formeze și să se dezvolte este necesară o activitate intensă, organizată în domeniul respectiv, de însușire a unor cunoștințe și deprinderi adecvate.

În structura personalității, aptitudinile se organizează într-un complex ierarhizat și întotdeauna original, există o structurare, o combinare particulară a lor, ce asigură o diferențiere individuală. Orice însușire sau proces psihic (memoria, spiritul de observație etc.) privit din punct de vedere al eficienței devine aptitudine (I. Radu și colab., 1991).

Clasificarea aptitudinilor se poate face după mai multe criterii (complexitate, specificitate etc.).

În raport de criteriul *complexității* aptitudinile pot fi grupate în:

a) *aptitudini simple* sau elementare: acuități vizuale, tactile, olfactive, vedere în spațiu, simțul ritmului, reprezentarea obiectelor, proprietăți ale memoriei. Acestea asigură realizarea diverselor acțiuni și condiționează eficiența în anumite activități.

b) *aptitudini complexe*: sunt aptitudini care asigură eficiența într-un anumit domeniu de activitate (de exemplu, aptitudinile tehnice).

În raport de criteriul *solicitării și implicării în activitate* aptitudinile pot fi grupate în:

- *aptitudini generale*: sunt acele aptitudini care sunt solicitate în toate formele de activitate, asigurând o adaptare satisfăcătoare în condiții de mediu diverse. Ele cuprind aptitudinile sensorio-motorii și intelectuale. Aptitudinile sensorio-motorii sunt implicate în discriminarea, identificarea obiectelor și în efectuarea unor acțiuni asupra lor pentru satisfacerea anumitor nevoi. Acestea sunt determinate de caracteristicile analizatorilor (acuitatea senzorială, pragurile sensibilității, capacitatea de procesare și fixare a informațiilor) și ale aparatelor motorii (forță, viteză, precizie). Aptitudinile intelectuale cuprind procese psihice implicate în toate formele de activitate: spiritul de observație, memoria, inteligența, imaginația etc. *Inteligența* ocupă un loc aparte între aptitudini. Ea reprezintă capacitatea de adaptare, de înțelegere a problemelor și fenomenelor noi, de sesizare a esențialului, de a identifica și stabili relații între obiecte și fenomene;

- *aptitudini speciale*: sunt cele care mijlocesc eficiența activității în anumite domenii de activitate. Au la bază factori specifici ai analizatorilor (vizual, auditiv), calitatea reprezentărilor, calități ale memoriei (formelor, verbală, numerică) calitatea imaginației. Diferențierea lor se face în raport de genul activității în care acestea se manifestă: artistice (literatură, muzică, pictură, teatru etc.), științifice (matematică, fizică, biologie etc.), tehnice (proiectare, producerea de sisteme tehnice etc.), sportive (atletism, gimnastică, jocul cu mingea etc.), manageriale (organizare, conducere etc.).

În general, orice activitate desfășurată implică aptitudini generale și speciale. Astfel, se poate vorbi despre: aptitudinea de învățare (care presupune formarea rapidă a asociațiilor, originalitatea raționamentelor); aptitudinea matematică (care presupune flexibilitatea gândirii, capacitatea de generalizare, capacitate de comutare rapidă a raționamentelor); aptitudinea pedagogică (care presupune capacitatea de a face conținuturile școlare accesibile celor ce învață, capacitate de cunoaștere și înțelegere a celor ce învață, capacitate de exprimare clară, capacitate de organizare, interes de ceea ce este nou, vocabular bogat etc.).

Talentul reprezintă combinarea originală a unor aptitudini care asigură realizarea unei activități creatoare. Performanțele talentului se referă la coordonatele unei anumite epoci, contribuind la îmbogățirea valorilor acesteia.

Geniul reprezintă forma cea mai elevată de structurare a sistemului de aptitudini. Performanțele geniului creează o epocă nouă într-un domeniu sau mai multe, punând bazele unui nou mod de gândire, a unui nou stil etc. (M. Golu, 2002)

Există posibilitatea de compensare a aptitudinilor prin intervenția altor factori de personalitate, cum sunt motivația, atitudinea, conștiințiozitatea, efortul de voință.

Evaluarea aptitudinilor se realizează prin măsurarea performanțelor în îndeplinirea sarcinilor. Principalele caracteristici evaluate sunt: calitatea și rapiditatea execuției, ușurința formării de deprinderi (rapid, fără efort) etc.

Caracterul

Caracterul (gr. Charakter = semn, marcă) reprezintă latura relațional valorică a personalității. Este parte integrantă din structura persoanei, este dobândit. În descrierea caracterului unei persoane, ne desprindem de elementul eredo-constituțional și ne adresăm conștiinței axiologice a persoanei.

În sens larg, caracterul este modul de organizare a profilului psiho-social al personalității, considerat din perspectiva unor norme și criterii valorice. El cuprinde concepția generală despre lume și viață a persoanei, convingerile și sentimentele social-morale, aspirațiile și idealurile.

În sens restrâns, caracterul desemnează un ansamblu încheșat de atitudini, care determină un mod relativ stabil de orientare și raportare a omului la ceilalți, la societate, la sine însuși (M. Golu, 2002).

În literatură deosebim mai multe sensuri ale noțiunii de caracter:

- în sens de "*characteristic*", se referă la "monograma" individului, la anumite particularități, la stilul de viață al unei persoane;

- în sens *etic* (concordanța sau discordanța lui cu normele, principiile, modelele morale proprii societății), se referă la valoarea, la simțul moral (înseamnă că persoana are spirit de dreptate, fermitate, este energică, hotărâtă, principială etc.). Poate avea și sens negativ: inconstant în conduită, indecis, slab, încalcă normele morale ale societății etc.;

- în sens *psihologic*, se referă la particularitățile specifice prin care o persoană se deosebește de alta prin semnele caracteristice ale unei individualități, care-i determină modul de manifestare sau de conduită, stilul de reacție față de evenimentele trăite. Este vorba de unele particularități esențiale, permanente care-și pun amprenta pe faptele sale, pe conduita sa, particularități care formează un tot organic bine structurat în care părțile constitutive sunt în strânse raporturi reciproce.

Caracterul se manifestă numai în situațiile de natură socială, el se structurează în interacțiunea individului cu mediul social. În formarea caracterului primează mediul social și educația primită de copil de la o vârstă cât mai timpurie. Individul își structurează un anumit mod de raportare și reacție la situațiile sociale, respectiv un anumit profil al caracterului, pe baza unor transformări în plan cognitiv, afectiv, motivațional și volitiv a ceea ce este semnificativ pentru el în situații, experiențe sociale. Modul de raportare și reacție la situații este determinat de interacțiunea nevoilor interne ale individului față de societate și a solicitărilor externe, cerute de societate. Din această perspectivă, individul se poate afla în una dintre următoarele situații: de concordanță cu societatea, de concordanță parțială, de respingere reciprocă.

Structura caracterului

Caracterul rezultă din interacțiunea elementelor de natură cognitivă (concepțe, reprezentări, judecăți), afectivă (emoții, sentimente), motivațională (trebuiețe, interese, idealuri), volițională (însușiri, trăsături), care au rol în raportarea individului la ceilalți sau la societate. În structura caracterului ponderea acestor tipuri de comportament diferă de la un individ la altul: predominarea motivației personale va determina ca trăsătura „egoist” să fie mai puternică decât aceea de „altruist”; predominarea componentei afective pozitive va determina ca trăsătura de „cald” să fie mai puternică

decât cea de „rece”; predominarea componentei cognitive va determina ca trăsătura „prudent” să fie mai puternică decât cea de „voluntar”.

Structura caracterului are o anumită stabilitate, astfel că unei persoane cunoscute i se poate prevedea comportamentul în diverse situații sociale. Comparativ cu celelalte componente ale personalității (de exemplu, temperamentul), această stabilitate este de nivel mai scăzut, caracterul putându-se modifica de-a lungul vieții. Având rolul de mediere și de reglare a raporturilor persoanei cu situațiile sociale caracterizate printr-o variabilitate ridicată, structura caracterului trebuie să dispună de o anumită flexibilitate care să-i asigure posibilitatea ajustării, reorganizării și adaptării la schimbarea criteriilor valorice din anumite contexte relaționale.

Evaluarea structurii caracterului se realizează prin intermediul *trăsăturilor*. Acestea sunt definite ca structuri psihice care asigură constanța comportamentului unei persoane în diverse situații. Trăsătura de caracter este proprie unei persoane atunci când aceasta s-a manifestat în același mod în mai multe situații. În atribuirea și evaluarea lor nu există un anumit etalon standard, acestea fiind realizate prin descrierea comportamentului observabil și compararea interindividuală. Trăsăturile de caracter au o dinamică polară: harnic-leneș, curajos-laș, egoist-altruist etc.

Trăsăturile de caracter sunt specifice sau unice, fiecare om avându-și modul său particular de a se manifesta.

În psihologia populară, referitor la trăsăturile sufletești, de conduită întâlnim expresii care se referă la diverse însușiri caracteriale: tenace, înțelept, răbdător, sever, chibzuit, aspru, ambițios, perseverent, certăreț, darnic, zgârcit, bun, lacom, rău etc. Unele dintre aceste trăsături sunt încărcate de afectivitate (iertător, tolerant, abuzează etc.); altele au dominanță voluntară (perseverent, ambițios etc.).

În acest context, G. Allport (1981) împarte trăsăturile de personalitate în *comune*, care asigură comparații între persoane și *individuale*, care diferențiază persoanele. Trăsăturile individuale sunt de mai multe tipuri: *cardinale* (în număr de una sau două), care le controlează și domină pe celelalte, au semnificație înaltă pentru individ; *principale* (în număr de 10-15), care se manifestă într-o gamă largă de situații și sunt caracteristice unui individ; *secundare* și de fond (sute, mii), care sunt slab exprimate, uneori negate și de persoană. Astfel, profilul moral nu este o însumare de atitudini sau trăsături, ci apare ca o ierarhizare de trăsături dominante și secundare (ex., spunem despre cineva că este sever, dar și mândru, demn, darnic).

Trăsăturile de caracter se formează și individualizează pe fondul interacțiunii conținuturilor diferitelor procese psihice (cognitive, afective, motivaționale, voliționale) care sunt valorizate de individ și implicate în determinarea atitudinii acestuia față de realitatea socială (M. Golu, 2002). Sunt delimitate trăsăturile globale (care definesc sistemul caracterial în ansamblu) și trăsăturile particulare (care definesc semnificația relațional-socială a componentelor psihice, purtând amprenta componentei psihice).

Dintre *trăsăturile globale* ale caracterului sunt evidențiate (M. Golu, 2002):

- *unitatea*, comportamentul persoanei păstrează o anumită constanță și identitate în condițiile variabilității situațiilor, o anumită stabilitate în orice circumstanțe;
- *pregnanța*, indică gradul de consolidare și intensitate a componentelor dominante;
- *originalitatea*, indică specificitatea și individualitatea caracterului;

- *plasticitatea*, indică posibilitatea restructurării unor elemente în raport cu noile cerințe impuse; astfel se asigură evoluția caracterului și autoreglajul eficient (din această perspectivă se disting caractere conservatoare, rigide; caractere mobile și caractere labile, la cer predomină instabilitatea, oscilația);
- *stabilitatea scopului*, indică gradul de integrare și ierarhizare a motivelor care asigură orientarea generală a persoanei;
- *integritatea* (tăria), indică rezistența caracterului la influențele negative, contrare convingerilor, rezistența la diverse tentații;

Mai pot fi evidențiate trăsături ale caracterului cum sunt:

- ierarhizarea atitudinilor și trăsăturilor (dominante, secundare):
 - expresivitatea, nota distinctivă față de alții prin modul diferit de dezvoltare și îmbinare;
 - bogăția caracterului, multitudinea relațiilor stabilite cu viața socială, muncă;
- Fiecare individ se manifestă și diferențiază pe baza unor trăsături particulare. Acestea pot fi grupate după natura lor în următoarele categorii:
- cognitive (obiectivitatea, spiritul critic și opusul acestora);
 - afectivă (stabilitate emoțională-timiditate, sentimentalism);
 - motivațională (avaritia, lăcomia și opusele lor);
 - inter-subiectivă (spiritul de cooperare, de întraajutorare și opusele lor);
 - morală (cinstea, demnitatea, modestia și opusele lor);
 - volitională (independența, perseverența, curajul, autocontrolul și opusele lor) etc.

Trăsătura caracterială reprezintă poziția, modul de raportare a persoanei față de evenimentele din jur. Astfel, atunci când vorbim de caracter ne referim, în primul rând, la un anumit fel de atitudine. Din punct de vedere funcțional, structura caracterului presupune existența informațiilor de control (conexiune inversă) privind efectele comportamentelor adoptate. Între structura internă a caracterului și comportament se implică *atitudinea*, respectiv poziția internă adoptată de persoană față de situația în care se află, cu rolul de a stabili modul în care va acționa.

Atitudinea reprezintă o modalitate de raportare la obiecte sau fenomene, prin care persoana se orientează selectiv și se autoreglează preferențial. Atitudinea este o poziție față de ceva, manifestată printr-un mod specific de reacție. Ea este o sinteză de trebuințe, interese, convingeri, sentimente, judecăți, mecanisme voluntare care nu sunt juxtapuse ci unificate, alcătuind o structură. Atitudinea conferă un anumit sens și o anumită coloratură comportamentului.

Atitudinea este o componentă reprezentativă a caracterului în măsura în care aceasta are o semnificație valorică, este întemeiată pe convingeri puternice, se manifestă în mod constant, este profund interiorizată în structura personalității persoanei.

Atitudinea are o structură dinamică, un echilibru evolutiv; apariția unor noi trebuințe, aspirații poate conduce la modificarea atitudinii față de lume. Ea este dobândită prin influență socială și experiență personală. Nivelurile de stabilitate și integrare ale atitudinii sunt diferite la indivizi diferiți.

În structura atitudinilor desprindem următoarele componente:

- cognitivă, rezultă din perceperea și conceptualizarea obiectului atitudinii (baza o constituie experiența socială și personală);
- afectivă, se referă la atracția (simpatia) sau repulsia (respingerea) față de obiecte;
- acțională, se referă la tendința de a reacționa în sensul apropierii sau depărtării;

- intențională, se referă la decizii, hotărâri ale persoanei față de obiecte, situații.

Funcțiile principale ale atitudinilor sunt:

- de valorizare, exprimă nivelul interiorizării valorilor în structura personalității;
- de consistență și convergență, măsura în care atitudinea este compatibilă cu modalitățile de acțiune;
- de integrare și ordonare a existenței persoanei în universul social și subiectiv;
- de acceptare, conformare și preferință socială, care confirmă indicatorii de consonanță ai echilibrului comportamentului cu mediul;
- de actualizare și satisfacere a diferitelor trebuințe, manifestate ca stare de necesitate a personalității persoanei.

Atitudinile se pot manifesta prin: gest, postură, reacție la un eveniment, ca opinie (atitudine exprimată verbal). Ele includ ceea ce oamenii gândesc, simt și felul cum doresc să acționeze în raport cu un obiect, dar și ceea ce ei trebuie să facă (normele sociale), precum și de consecințele așteptate ale comportamentului (recompense, pedepse).

Caracteristicile atitudinilor posibil de evaluat sunt:

- *direcția*: orientarea pozitivă sau negativă, favorabilă sau nefavorabilă a relației cu mediul;
- *intensitatea*: nivelul de acceptanță, neacceptanță;
- *centralitatea*: gradul de organizare al valențelor persoană-mediul;
- *emergența*: gradul de necesitate al răspunsurilor la solicitările din mediu.

Între atitudine și manifestarea ei externă (opinie, acțiune) nu există întotdeauna o concordanță perfectă. Disocierea între planul intern al atitudinilor și cel extern este realizată de un mecanism de reglare care este pus în acțiune de conștiință. Poate să se manifeste astfel fenomenul de dedublare, exprimat fie prin conformism (deși atitudinea este de sens contrar așteptării sociale, opinia sau acțiunea persoanei este de concordanță), fie prin negativism (deși atitudinea este în concordanță cu solicitarea socială, opinia și acțiunea sunt contrare fie din plăcerea de a contrazice, fie din dorința de a nu fi ca ceilalți).

Atitudinile pot fi clasificate în raport de mai multe criterii:

A. *după obiectul de referință*:

- *atitudinile față de sine*, se referă la caracteristicile imaginii de sine elaborate pe baza evaluării celor din jur și al autoevaluării. Sunt diferențe între indivizi în raport de gradul de autoevaluare: obiectivă, realistă (spirit autocritic, încredere în sine, modestie, demnitate personală, amor propriu, etc.), care asigură o adaptare adecvată la viața socială; supraestimare, care induce trăsături negative cum sunt: complex de superioritate, aroganță, dispreț; subestimare care induce trăsături de caracter nefavorabile persoanei: complex de inferioritate, neîncredere în sine, timiditate etc.
- *atitudinile față de ceilalți* (prietenie, umanism, combativitate, sociabilitate, sinceritate, încredere în oameni etc. – sau – dușmănie, egoism, minciună, neîncredere, suspiciune etc.);
- *atitudinile față de societate*, concordanța sau discordanța față de norme, principii, etaloane morale; atitudinea față de diferitele instituții; față de forma de organizare politică etc.;
- *atitudinile față de muncă*: hărnicie, conștiinciozitate, inițiativă, disciplină etc. – sau – lene, lipsă de inițiativă, indisciplină etc.;

B. *după trăsături voluntare de caracter*: curaj, hotărâre, dârzenie, tenacitate, stăpânire de sine, perseverență etc. – sau – lașitate, delăsare, renunțare etc.

Atitudinile și calitățile valorice asociate lor sunt corelate, interdependente, organizate la nivel diferit într-un sistem, sau o ierarhie.

Tipurile de personalitate

În psihologie, ca în orice știință, pentru a sprijini înțelegerea și cuprinderea unei mari diversități de fenomene specifice personalității, acestea au fost grupate după anumite însușiri asemănătoare în tipuri.

Metoda tipologică a stat la baza apariției biopsiho-tipologiei – care este în esență – știința care cercetează, pentru fiecare individ, relațiile între structura corpului și profilul psihologic. Valoarea tipologiei are un caracter orientativ. Tipul nu reprezintă un “prototip” al umanității, nu este un model exemplar. O anumită tipologie nu presupune o ierarhizare a tipurilor. Un individ poate fi caracterizat, în același timp, din perspectiva mai multor tipologii.

Pornind de la ideea că, deși utilitatea încadrării individului într-un anumit tip are anumite limite, prezentăm câteva din cele mai cunoscute tipologii.

Tipologia lui Kretschmer

Pornind de la studierea unui eșantion de 4.000 de cazuri, psihiatrul german Ernst Kretschmer a remarcat că melancolicii și maniacalii sunt în general scunzi și plini – pe când schizofrenii sunt distanți, indiferenți, cu un corp înalt și slab. Observațiile făcute au dus la formularea unei tipologii mixte, morfo-fizico-psihologice. Kretschmer distinge trei tipuri morfologice fundamentale (numite și biotipuri), cărora le corespund trei tipuri fundamentale de temperament, mentalitate, “caracter” (psihotipuri).

- *tipul leptosom (biotip) – schizotim (psihotip)*, este caracterizat prin predominarea dimensiunilor verticale: longilin, subțire, înalt, cu torace îngust, membre subțiri și lungi, cu musculatura slab dezvoltată, cap mic, oval, nas lung și ascuțit, iar ca psihotip este mai rece, mai distant, enigmatic, indiferent sau chiar ostil față de mediu, cu nuanțe de bizarerie. Se diferențiază trei subtipuri – definite în plan psihologic prin anumite trăsături: *hiperestezic* (iritabil, idealist, delicat, interiorizat), *intermediar* (rece, energic, sistematic) și *anestezic* (rece, nervos, solitar, indolent, obtuz, inaccesibil pasiunilor);

- *tipul athletic (biotip) – vâscos (psihotip)*, este caracterizat printr-o formă piramidală a trunchiului cu baza mare în sus: solid, înalt, bine proporționat, cu dezvoltare remarcabilă a scheletului și a musculaturii, iar ca psihotip este aparent liniștit, calm, dar cu reacții explozive – de scurtcircuitare emoțională, adesea exagerate în raport cu stimulul declanșator.

Varianta premorbidă este epileptoidul, recunoscut pentru adezivitatea comportamentală și pentru vâscozitatea cognitiv-afectivă;

- *tipul picnic (biotip) – ciclotim (psihotip)*, este brevilin, scund, îndesat, predomină dimensiunile orizontale, cu expansiunea unor cavități viscerale (craniu, torace, abdomen), aparat locomotor gracil, față rotundă, ten fin, tendință la acumulări adipoase. Ca psihotip este extravertit, volubil, sociabil, comunicativ, cu o mare mobilitate afectivă. Se descriu trei forme: hipomaniacal (vesel, mobil), sinton (realist,

practic, umorist) și greoi (pasiv, submisiv, extravert). Dincolo de aceste repere încadrate în normalitate, Kretschmer descrie și varianta premorbidă a picnicului – ciclotim – și anume cicloidul (accentuarea lăbilității afective, cu oscilații de la polul depresiv la optimism, răspuns emoțional disproporționat față de intensitatea stimulului). Psihoza maniaco-depresivă reprezintă modelul patologic de la observația căruia Kretschmer a descris, în sens invers, variantele normală și premorbidă.

În afara acestor trei tipuri cu variante “normale”, Kretschmer a descris și tipul *displastic*, submorbida sau chiar morbida – în strânsă legătură cu entități nozografice.

Prin tipologia elaborată, Kretschmer a preluat ideile hipocratice și galenice (leptosomul corespunde cu tipul “ftizic”, iar picnicul cu tipul “apoplectic”) și are meritul de a fi sesizat predispoziția față de unele psihoze, sub rezerva că nu toți cei care întrunesc criteriile descrise vor face bolile respective.

Tipologia lui Sheldon

Medic și psiholog american, W.H. Sheldon – a elaborat o clasificare a tipurilor de personalitate bazată pe gradul de dezvoltare a țesuturilor derivate din cele trei foițe blastodermice: endoderm, mezoderm și ectoderm. Sheldon a pornit în studiul său de la un număr impresionant de fotografii a unor studenți și a concluzionat că există trei structuri fizice de bază – pe care le-a denumit somatotipuri: endomorf (plin, rotund), mezomorf (musculos) și ectomorf (subțire și fragil). Studiind în paralel – pe o perioadă de cinci ani, temperamentul și caracterul a 200 de voluntari bărbați, a formulat o serie de corelații între somatotipuri și trăsăturile de personalitate. Cu ajutorul analizei factoriale – a descris 60 de trăsături de personalitate – pe care le-a repartizat în trei serii: viscerotonie, somatotonie și cerebrotonie.

Tipurile descrise sunt următoarele:

- *tipul endomorf – visceroton*: rotund, extravertit, sociabil, tolerant, amabil, atras de confort și “plăcerile vieții”, atașat de familie și de trecut;

- *tipul mezomorf – somatoton*: “viguros”, extraertit, mai dur, chiar agresiv, curajos, dominator, atras de aventură;

- *tipul ectomorf – cerebroton*: “fragil”, introvertit, egoist, nesigur pe sine, reținut și inhibat în comportament, înclinat spre activitatea simbolică-expresivă (creații artistice).

Sheldon a considerat că temperamentul este “amestecul” celor trei componente – viscerotonia, somatotonia și cerebrotonia, cu predominanța uneia sau alteia.

Tipologia lui Pavlov

Având în vedere criteriile hormonale hipocratice, Pavlov realizează o tipologie bazată pe însușirile de funcționalitate a proceselor fundamentale (excitația și inhibiția) ale sistemului nervos: energia (forța), echilibrul și mobilitatea. Cele patru tipuri pavloviene corespund tipurilor stabilite de Hipocrate (coleric, sangvin, flegmatic și melancolic).

- *tipul puternic, dezechilibrat* (corespunde colericului): este caracterizat din punct de vedere psihologic – prin rapiditatea mișcărilor, a expresiilor verbale, a proceselor intelectuale afective și comportamentale, prin lipsă de stăpânire, explozivitate, impetuoșitate; uneori poate fi tiranic, brutal;

- *tipul puternic, echilibrat, mobil*: corespunde sangvinicului și se manifestă prin vioiciune în mișcări, adaptabilitate bună de situații noi, stăpânire de sine – jovial cu tendință la exagerare, satisfăcut de sine, cu capacitate de efort susținut;

- *tipul puternic, echilibrat, inert* (corespunde flegmaticului): este caracterizat prin inerția proceselor de excitație și inhibiție, are o dispoziție egală, este calm, perseverent; prezintă încetineală în mișcări și exprimare, mare stabilitate la nivelul deprinderilor și stărilor afective, o anumită lentoare și inerție a conduitei, rezistență crescută la stimuli monotoni;

- *tipul slab* (corespunde melancolicului):

are un nivel crescut de inhibiție a proceselor corticale, este caracterizat prin sensibilitate deosebită, lipsă de energie, rezistență scăzută la efort și stres, stabilitate în manifestările afective, independența scăzută în acțiune; în general este plictisit, abătut, trist.

Deși experimentele cercetărilor pavloviene au fost făcute pe animale, extrapolările la om au o valoare practică recunoscută.

Trebuie făcută precizarea că, în realitate, se întâlnesc foarte rar tipuri temperamentale pure, majoritatea oamenilor prezentând particularități ale mai multor tipuri.

Tipologia lui Jung

C. G. Jung – psiholog și psihiatru elvețian, discipol și prieten al lui Freud, a fondat o teorie proprie, numită “psihologie analitică”. Tipologia lui pornește de la orientarea mentală a individului spre lumea exterioară sau spre cea interioară:

- *tipul extravertit* - cuprinde indivizi înclinați spre lumea externă, către dinamismul vieții practice, și mai puțin spre viața interioară. Sunt oameni ușor adaptabili la exigențele mediului, abili în munca, vioi, expansivi, cu o deosebită capacitate de a stăpâni situațiile care le solicită interesul. Ei își bazează conduita și planurile de viață așa cum le sugerează circumstanțele externe, oamenii, condițiile sociale în care trăiesc;

- *tipul introvertit* - cuprinde indivizi orientați către propria viață interioară, având tendința de a se izola față de lumea externă, de a se închide în sine, pentru a-și elabora propriile idei și a se găsi în permanent contact cu sentimentele lor. Sunt reflexivi, timizi, închiși în sine, puțin abili în desfășurarea activităților externe, puțin capabili să înfrunte dificultățile vieții;

Între cele două tipuri nu există o demarcație netă, ireductibilă, ci existența lor se constată la fiecare om, doar cu observația că la unii predomină extraversiunea, iar la alții introversiunea.

Tipologia lui Heymans, Wiersma, Le Senne

În prima jumătate a secolului XX, psihologii olandezi Heymans și Wiersma au studiat 110 biografii ale unor personaje celebre și au desfășurat o anchetă pe mai multe mii de persoane. Ei au constatat că numeroasele trăsături de personalitate depindeau de un anumit număr de “factori”: emotivitatea, activitatea și rezonanța. Ulterior, în Franța, Le Senne a preluat și a dezvoltat această tipologie. Tipologia are în vedere următorii factori: *emotivitatea* – este sensibilitatea la evenimente externe sau interne, unele chiar banale, exprimată prin emoții; *activitatea* – în sensul caracterologic al termenului, desemnează dispoziția de a acționa, ușurința de a trece de la idee la acțiune; *rezonanța* – este

repercusiunea unui eveniment asupra psihicului unui individ. Efectul unui eveniment produs asupra unei persoane poate fi “primar”, atunci când reacția acesteia este imediată și poate fi “secundar”, atunci când reacția acesteia este tardivă și elaborată.

Cei trei “factori” în câte două variante (emotiv și non-emotiv, activ și non-activ, primar și secundar) alcătuiesc chiar tipurile propuse de acești autori:

- *tipul nervos*: de o dispoziție variabilă, vor să uimească și să atragă asupra lor atenția celorlalți; sunt indiferenți la obiectivitate, au nevoie să înfrumusețeze realitatea mergând de la minciună până la ficțiune, sunt orientați spre bizar, macabru, “negativ”; muncesc în ritm inegal și după bunul lor plac;

- *tipul sentimental*: meditativi, introverți, adesea melancolici și nemulțumiți de sine, sunt ambițioșii care rămân la stadiul aspirației; sunt timizi, vulnerabili, scrupuloși, orientați către trecut; stângaci, intră greu în relație cu ceilalți și se resemnează dinainte în fața greutăților;

- *tipul pasionat*: își concentrează activitatea asupra unui scop unic; au o tensiune extremă a întregii personalități; sunt cei care se realizează; sunt dominatori, făcuți sa comande, buni vorbitori, onorabili; când e nevoie știu să-și domine și să-și folosească violența;

- *tipul coleric*: plini de vitalitate și exuberanță, sunt generoși, cordiali, optimiști, dar și lipsiți de simțul măsurii; au o activitate febrilă, intensă, multiplă; sunt buni oratori;

- *tipul sangvinic*: extravertiți, fac observații exacte, au simț practic, știu să manipuleze oameni, sunt optimiști, sunt plini de inițiativă – dar pun prea mare preț pe experiență;

- *tipul flegmatic*: oameni ai obișnuințelor, care respectă principiile, sunt punctuali, obiectivi, demni de încredere, ponderați; echilibrați, răbdători, lipsiți de orice afectare, cu un simț civic pronunțat, par în general impasibili – deși adesea au un simț al umorului foarte dezvoltat.

- *tipul amorf*: disponibili, concilianți, toleranți prin indiferență, sunt uneori foarte încăpățânați și tenace; sunt neglijenți, înclinați la lene, nepunctuali, indiferenți față de trecut și viitor;

- *tipul apatic*: închiși în ei, secretoși, introspectivi, sumbri, taciturni, râd rar; sunt conservatori, sclavi ai obișnuințelor, ranchiunoși – greu de reconciliat; le place singurătatea; iubesc liniștea și în general sunt onești, sinceri, onorabili.

Este caracteristic pentru această tipologie exemplificarea cu personalități celebre și descrierea unor tendințe sau predispoziții morbide – pentru fiecare tip în parte.

Tipologia lui Schneider

Psihiatru german, Kurt Schneider a publicat în 1923 o lucrare despre personalitățile denumite de el “psihopatic”, elaborând o tipologie clinică a cărei valabilitate practică este recunoscută și în prezent. Tipologiile descrise de Schneider sunt caracterizate de însuși autorul lor ca fiind “personalități care suferă datorită anormalităților structurale sau care, prin anormalitatea lor, fac societatea să sufere”. Tipurile descrise sunt:

Tipul hipertimic – denumit și hipomaniacal – se caracterizează prin bună dispoziție permanentă, incorigibilă prin experiențe triste, nepăsare, superficialitate, inconstanță, excesivă siguranță de sine;

Tipul depresiv – la polul opus hipertimicului – dar mai puțin unitar decât acesta, ascuns sub “măști” variate, se caracterizează, în principiu, prin dispoziție de fond tristă, pesimism, scepticism, incapacitate de a recepționa evenimentele pozitive, plăcute, fericite, cu “apetență” aproape exclusiv pentru evenimentele penibile;

Tipul anankast – denumit și obsesiv-compulsiv, se caracterizează prin neliniște și nesiguranță permanente, comportament excesiv – anticipativ și obsesivitate marcată;

Tipul fanatic – cunoscut și sub numele de tip paranoiac, se caracterizează fundamental prin supraevaluare și idei prevalente în scopul apărării unor principii. Tipul paranoiac este bine descris prin triada: rigiditate psihică, Eu hipertrofiat, paralogism;

Tipul megaloman – sugestiv descris prin sintagma “pare mai mult decât este” – se caracterizează prin excentricitate, orgoliu excesiv, lăudăroșenie, mitomanie;

Tipul instabil - se caracterizează, în principal, prin marea instabilitate a dispoziției, labilitate comportamentală, cu asocierea frecventă a unor conduite antisociale;

Tipul exploziv - caracterizat printr-un model de reacție “de scurtcircuit”, primitiv, violent, disproporționat față de intensitatea stimulului;

Tipul apatic – recunoscut ca fiind lipsit de milă, onoare, de conștiință morală, brutal în comportament, incapabil de regret;

Tipul abulic – caracterizat prin lipsa voinței, ușor de influențat din exterior, mai ales de factori negativi, incapabili de a avea o opțiune și o conduită proprie;

Tipul astenic – caracterizat printr-o constituție fizică și psihică “slabă”, prin fatigabilitate permanentă și inexplicabilă, nesiguranță, incertitudine.

Originea teoriilor personalității datorează extrem de mult medicinei, cercetătorilor practicii medicale. Pornind de la constatarea etern valabilă a lui Hipocrate, potrivit ariei “nu există boli ci numai bolnavi”, s-a conturat treptat concluzia că pentru prescrierea și administrarea unui remediu eficient, nu e suficientă numai definirea bolii ci și înțelegerea persoanei bolnave, în trăsăturile ei cele mai caracteristice – care își pun inevitabil amprenta pe configurația și evoluția bolii.

Din perspectivă strict medicală, tipologizarea poate aduce informații suplimentare legate de vulnerabilitate, corelații intraindividuale, particularități metabolice, dinamica relațiilor cu mediul, funcționalitate și disfuncționalitate în structura persoanei atunci când, prin profesionalism și competență, medicul sesizează pentru fiecare subiect în parte, unicitatea, singularitatea, individualitatea, dincolo de oricare caracteristici comune cu un tip sau altul (V. Vlăduț, G. Pașca).

Procesul de formare a personalității depinde în mare măsură de condițiile de educație și instrucție (prin intermediul familiei și școlii), precum și de condițiile culturale ale mediului în care se dezvoltă.

Fiecare etapă de dezvoltare este caracterizată prin evenimente și crize pe care copilul și, mai târziu, adolescentul trebuie să le parcurgă și să le soluționeze împreună cu familia sa. De aceea este necesar ca intervenția părinților să fie echilibrată, unitară, convergentă, perfect modulată între permisivitate și severitate.

În esență, mecanismele patogenice derivate din viața familială pot fi:

- carența afectivă și dezechilibrul permanent al familiei;

- “modele comportamentale” parentale alterate, tulburări de personalitate sau chiar afectarea stării de sănătate mintală a părinților;
- atitudini educative extreme, excesiv permissive sau dimpotrivă, rigide, cu accentuarea sistemului punitiv (maltratarea copilului). Atitudinile educative neadaptate particularităților temperamentale ale copilului pot fi, de asemenea, nocive; conflictele familiale, cu probleme existențiale: sărăcie, rivalitate între soți, alcoolism cronic, părinți divorțați etc. (V. Vladuță, G. Pașca).

Sistemul de motivații și valori se consolidează în școală într-o manieră complementară educației intrafamiliale.

Nuanțarea metodelor de formare a unor atitudini sănătoase se face în funcție de etapele de dezvoltare (jocul – în perioada preșcolară, dezvoltarea sentimentului propriei identități – la pubertate și adolescență – pentru a preîntâmpina “crizele de identitate”, dezvoltarea unui sentiment bine definit al moralității prin care superego-ul devine capabil să se schimbe și să se adapteze la situații noi de viață).

În dezvoltarea personalității – un rol important îl ocupă influența culturii mediului din care provine individul. Se consideră că personalitatea modală este personalitatea tipică pentru cultura unei populații delimitate și că o personalitate normală este cea care se apropie cel mai mult de personalitatea modală a acelei culturi. Deși trăsăturile bazale ale personalității au un caracter universal, diferențele transculturale duc la modificări consistente ale acestora.

Concluzii

Personalitatea reprezintă o structură, un sistem de trăsături generale și relativ stabile care definesc un anumit individ, făcându-l să se deosebească de ceilalți.

La formarea personalității contribuie o diversitate de factori: ereditatea; educația, cultura etc. Complexitatea personalității determină necesitatea participării mai multor discipline la studierea ei: biologice, psihologice, sociale, culturale.

Cercetările oferă o serie de răspunsuri cu privire la natura, dezvoltarea personalității, ipotezele care stau la baza fiecăreia dintre ele, oferind în același timp o anumită notă specifică. Majoritatea teoriilor au încercat să descrie personalitatea ca un întreg și să formuleze predicții asupra comportamentului persoanelor. Teoriile unidimensionale se concentrează asupra rolului jucat de un anumit aspect al personalității în modelarea comportamentului. Mulți dintre psihologii contemporani preferă o orientare eclectică, respectiv combinarea de elemente provenind din diferite moduri de abordare, în scopul obținerii unei viziuni integratoare proprii sau pentru a ajuta la rezolvarea unor probleme practice.

În accepțiunea clasică personalitatea este alcătuită din trei componente structurale: temperamentul (latura dinamico-energetică a personalității); aptitudinile (sistemul instrumental-operațional); caracterul (sistemul de atitudini și trăsături volitive).

Pentru a sprijini înțelegerea și cuprinderea unei mari diversități de fenomene specifice psihicului, acestea au fost grupate după anumite însușiri asemănătoare în tipuri de personalitate. Valoarea tipologiei are un caracter orientativ. Tipul nu reprezintă un “prototip” al umanității, nu este un model exemplar. O anumită tipologie nu presupune o ierarhizare a tipurilor. Un individ poate fi caracterizat, în același timp, din perspectiva mai multor tipologii.

??? Tulburări ale personalității