

CAPITOLUL 19

Terapia identității la melancolici

Alfred Kraus

Conceptul nostru de identitate în tulburarea maniaco-depresivă își are originea pe deo parte, în rezultatele cercetării clinice și empirice asupra personalității și pe de altă parte în experiența clinică a mării importanțe a rolului social pentru acești bolnavi. Așa cum vom vedea, terapia identității în boala maniaco-depresivă nu se limitează, totuși, numai la semnificația rolului social pentru formarea identității. Alți reprezentanți ai identității joacă, de asemenea, un rol.

Permiteți-mi, mai întâi, să fac câteva remărci generale asupra formării identității. Dacă ne imaginăm identitatea ca o structură stabilă, fixă, atunci pare că nu există decât o posibilitate de deviație patologică și, anume, o instabilitate sau o disoluție a acestei structuri. În acest sens, vorbim despre o consistență și de o delimitare fragilă a Eului, de o instabilitate și diluție a identității Eului, ca de exemplu, la schizofreni. Cursul vieții nu ne pretinde, totuși, numai să ne identificăm mereu din nou, ci și să fim, cel puțin potențial, în măsură să rezolvăm toate identificările. De aceea, Krappmann (1973) constată, într-o critică făcută lui Erikson (1966) că individul nu este numai amenințat de o identitate difuză și instabilă, ci și de rigiditatea identității sale, de o scleroză a identității, adică de o formare de identitate supraidentificantă. În raport cu conceptul unei substanțe imuabile, identificarea umană trebuie să fie considerată ceva care se formează mereu, într-un proces permanent de identificare și de dezlegare a identificării. Acest proces de devenire presupune capacitatea de a suporta, într-un anumit sens, absența de identitate, de a-și asuma o "negație internă" în sensul lui Sartre (1943).

Această mișcare dialectică, între identitate și absența identității, apare într-o manieră clară în raportul nostru cu rolurile sociale. Pe de-o parte, ființa umană nu poate să-și formeze conștiința de sine decât asumându-și roluri sociale, prin identificarea cu ele. Pe de altă parte, sinele nu cuprinde numai identificarea cu o sumă de roluri. Ființa umană este de fiecare dată mai mult altceva decât un rol sau altul. Din importanța rolului social pentru formarea identității, rezultă, în același timp, un anumit raport de tensiune între persoană și rol, între identitatea de Eu și identitatea de rol (roluri) în calitatea celor două de componente ale sinelui. Această tensiune, expresie particulară a negației interne citate mai sus, se exprimă în conceptul teoretic de rol, în noțiunea distanței față de rol, ca o producție esențială a eului provenind de la identitatea eului. Această distanță față de rol nu are nimic de a face cu un refuz sau cu un angajament slab în rolul social, ci comportă numai o anumită distanță față de așteptările de rol. Ea permite, de exemplu, în raport cu simpla realizare a așteptărilor de rol, o structurare proprie a rolului, dar și schimbarea unui rol și ea este o condiție importantă pentru balanța existentă, în mod normal, între identitatea de eu și identitatea de rol (roluri), deci între persoană și rol.

Nu este posibil aici să se expună în toate detaliile conceptul de identitate în boala maniaco-depresivă. De aceea, permiteți-mi să spun în mod succint că noi presupunem că

depresivii monopolară, în parte și maniaco-depresivii bipolari, sunt caracterizați printr-o suspensie a acestei negații interne sau printr-o formare de identitate supraidentificantă. Aceasta se traduce atât în comportamentul lor social, cât și în situația declanșantă și în anumite fenomene ale bolii. Formarea de identitate supraidentificantă se dovedește ca supraidentificare a rolului social, înainte de toate în stilurile de comportament, pe care le numim hipernomice, mai ales la depresivii monopolară (nomos=lege, regulă). Noi înțelegem prin aceasta, o îndeplinire extrem de meticuloasă a așteptărilor centrate pe rolurile lor sociale. Acesta a fost deja descris în literatura psihiatrică mai veche ca și caracter extrem de scrupulos. În Germania, mai întâi Tellenbach (1983) a descris un gust exagerat al ordinii, o meticulozitate perfecționistă și o asiduitate extremă ca trăsături de personalitate ale tipului melancolic. Dar constatări analoge se regăsesc în trecut la psihanalistul Abraham (1911) și la japonezul Shimoda (1941, 1950).

Ulterior, aceste observații clinice au putut fi confirmate de numeroase analize cantitative (von Zerssen, 1977, 1987; Markert, 1972; Tellenbach, 1975; Possl & von Zerssen, 1990; Matussek și Feil, 1983). Am vorbit despre un comportament hipernomic, pentru ca anumiți autori, ca în trecut însuși Tellenbach, au definit acest comportament anancast. Comportamentul hipernomic se deosebește, totuși, de comportamentul anancast prin orientarea sa către așteptările sociale normative. Nu este, așa cum se întâmplă adesea la comportamentul anancast, legat de un sentiment de constrângere subiectivă sau de absurditatea acțiunii, neavând nici o semnificație magic-simbolică și nu are, de asemenea nici o trăsătură de stereotipie respitivă și de acțiune controlată. De aceea, el nu servește ca și comportamentul anancast ca apărare vizavi de exigențele pulsionale, dar servește la menținerea și la protecția identității de rol. Este legat de un defect extrem de autonomie, de o dispoziție de hiperadaptabilitate și de o dependență față de alții (Matussek și Feil, 1983) ca și față de atitudinile conformiste (Englisch, 1949; Cohen și colab. 1954; Gibson și colab. 1959; Arieti, 1959).

Bipolarii nu corespund decât parțial acestei tipologii. Înainte de toate, aceia ale căror faze maniacale sunt prevalente, se comportă cel mai des în maniera inversă, adică antinomică. Este motivul pentru care von Zerssen (1988) a pus tipului melancolicului tipul maniacus. Noi am descris deja (1977, 1986, 1987) în detaliu, trăsăturile acestui tip. Conform acestuia, bipolarii dezvoltă adesea atât tendințe care sunt exact opuse supraidentificării monopolarilor la rolurile lor sociale prin aceia că ei încearcă să devină independenți de obiectele lor de identificare.

Această tendință se poate exprima printr-o instabilitate a relației lor și prin schimbarea frecventă a rolurilor lor sociale. De aceea, comparați cu hipernormalitatea monopolarilor, bipolarii pot da câteodată impresia de psihopatie.

Tot atât de important, ca și comportamentul hipernomic pentru formarea identității maniaco-depresivilor, ni se par a fi anumite moduri de comportament emoțional și anumite stiluri cognitive, pe care noi le-am grupat sub titlul de intoleranță emoțională și cognitivă la ambiguitate. Sociologul Frenkel-Brunswik (1949/1950) a descris o toleranță emoțională și cognitivă la ambiguitate ca o variabilă generală a personalității. După ea, toleranța emoțională la ambiguitate desemnează capacitatea de a avea simultan sentimente de iubire și de ură, pentru unul și același obiect sau una și aceeași persoană. În schimb, toleranța cognitivă la ambiguitate reprezintă capacitatea de a putea percepe trăsături de caracter pozitive, cât și negative, în unul și același obiect sau persoană. După noi, studiile clinice fac să apară că la maniaco-depresivi există o intoleranță emoțională și cognitivă la ambivalență, caracteristica ce se arată ca un marker de stare cât și de trăsătură (Kraus, 1988). Această intoleranță este,

în mod particular pronunțată, în fazele depresive, iar în fazele maniacale este într-o direcție inversă. Heerlein și Richter (1991) au putut stabili cu ajutorul unui chestionar care evaluează toleranța la ambiguitate că pacienții atinși de o depresie tipică sunt semnificativ mai puțin toleranți la ambiguitate, decât schizofrenii și decât grupul martor. Baer (1975) și Hell (1982) au arătat că pacienții în fazele depresive tind să idealizeze membrii familiei, în timp ce-și atribuie lor înșiși trăsăturile de personalitate negative. În fazele maniacale totul este invers. După Richter (1965), pacienții melancolici aspiră fără încetare la o bună formă de comunicare fără conflict. Ținând deoparte orice element negativ, dezbinator, perturbator, ei încearcă să stabilească relația lor sintonă (Bleuler, 1922) și simbiotica (Tellenbach, 1983) cu ceilalți. Din punct de vedere al formării identității se poate spune că stilurile de comunicare a intoleranței la ambiguitate susțin identitatea care este găsită în aceste relații.

Cum a fost deja spus, formarea identității supraidentificantă a maniaco-depresivilor devine vizibilă și în situația declanșantă a fazelor depresive și maniacale. Astfel, când pacientul a fost rănit sau decepționat de o persoană foarte importantă pentru el, se poate naște o situație în care el nu mai ajunge prin stereotipiile intoleranței la ambiguitate să împiedice apariția în el a sentimentelor negative sau să aibă percepții negative. O prăbușire a identității sale de rol, găsită în această relație, având ca și consecință o fază depresivă sau maniacală, poate să fie corolarul. Frecvent melancoliile sunt declanșate de o schimbare de domiciliu, o dezrădăcinare, o modificare impusă a obiceiurilor stabilite de multă vreme, dar și de o schimbare de rol sau de pierderi de roluri: Glassner și colab. (1979) ca și Finlay și Brown (1981) semnaleză semnificația pierderii de roluri. Înainte de toate, pierderile de roluri par să predisună la o psihoză când nici un rol de compensare nu este disponibil (Gassner și colab. 1979). În maniera generală sunt bine cunoscute: depresiile consecutive pensionărilor (falimentul pensionării, Stauder, 1958), depresiile consecutive unei avansări, unei căsătorii sau plăcerii unui copil (depresia cuibului gol, Deykin și colab. 1966) și la fel ființelor apropiate. Dar aceleași situații pot de asemenea să declanșeze manii, așa cum Blankenburg (1964) și Krishnan și colab. (1984) au găsit că pot apărea după decesul unei ființe apropiate.

În raport cu separarea făcută până în prezent între evenimente de viață și cercetarea personalității, aportul teoriei rolurilor permite o viziune integrativă. Astfel, este posibil de a lua mai bine în considerare stresul specific unei situații date pentru o personalitate dată. Aceasta are importanță înainte de toate pentru situațiile declanșate de fazele depresive pe care le-am grupat în categoria ambivalenței sociologice. Este vorba acolo despre contradicții obiective la norme într-o situație dată. Pentru a recunoaște asemenea situații în semnificația lor pentru startul unei melancolii, să comparăm, mai întâi, comportamentul hipernomic cu comportamentul normal. Diferența determinată între cele două, pare, pentru noi, să rezide în aceea că acest comportament normal este foarte departe de îndeplinirea tuturor așteptărilor normative, posibil ale unuia sau mai multor roluri sociale. Normele sociale fiind ades contradictorii și inconsistente, o interpretare și o determinare a sensului normelor este constant necesar pentru comportamentul personal, ca răspuns la așteptările multiple, cât și a aceluia ades suprasolicitante la care este supus individul. Cum comportamentul social normal nu este din acest punct de vedere normativ decât în aparență, Goffman (1963) vorbește de o "normalitate fantomatică" ca și soluție de mijloc la problemele identității noastre sociale ce este constant amenințată de așteptările normative contradictorii și irealizabile. În schimb, comportamentul hipernomic, din cauza defectului sau de distanță față de norme și de așteptările care decurg din aceasta, ca și dintr-o absență de perspectivă și flexibilitate față de norme, are dificultăți asupra bazei unui comportament interpretativ, când se iau decizii față de norme. asemenea modele de comportament sunt din această cauză inadapate să rezolve conflictele normelor.

Pentru a nu cita decât câteva exemple, evocăm conflictul la care poate fi expusă o persoană prin așteptările contradictorii ale diferitelor roluri, pe care le are o persoană. Femeile sunt, în mod special expuse, acestui conflict în rolurile lor simultane de stăpână a casei, de mamă, de parteneră și femeie activă. Insuficiența față de așteptări poate dezvolta sentimente de inferioritate și de incapacitate. Dar așteptările normative contradictorii, pot în mod egal să apară într-unul și același rol, când, de exemplu, o persoană în rolul de maistru este în același timp superior ierarhic unora și subordonat altora. Asemenea conflicte interne rolului se complică, adesea, la melancolici prin tendința la dependența simbiotică sau prin intoleranță la diferențele interumane. Dar conflicte pot, de asemenea, să apară între norma principală și normele accesorii ale unui rol, atunci când de exemplu, performanța pretinde în același timp o mare cantitate și o mare calitate. Cum comportamentul hipernomic tinde să îndeplinească toate așteptările cât mai complet posibil, acesta poate conduce la un surmenaj ce se poate instala în mod special, când capacitatea de muncă este redusă din cauza vârstei sau a bolii. Aceasta explică numărul de depresii ca urmare a bolilor somatice, precum gripa sau în psihosindroamele cerebrale. Toate aceste situații de ambivalență sociologică nu pot fi stăpânite decât prin realizările Eului în distanța de rol, prin autonomie, perspectivă, flexibilitate, creativitate. Comportamentul hipernomic, în schimb, conduce, mai ales, la decompensare cu o pierdere și o prăbușire a acestei identități de rol. Cum melancolicii nu dispun decât de compensare, din cauza insuficienței identității Eului, acesta poate avea drept consecință o severă criză de identitate generală, în sensul unei depresii.

După aceste dezvoltări asupra comportamentului social, asupra structurii de identitate și asupra anumitor condiții situaționale ale declanșării fazelor depresive, ne vom consacra acum psihoterapiei acestor bolnavi, care este orientată asupra formării identității lor particulare. Ceea ce este determinant pentru o asemenea terapie a identității, așa cum o numim noi, pare a fi recunoașterea că melancolicii, din cauza identității Eului slab dezvoltat, sunt dependenți în mod particular de obiecte exterioare determinate în calitate de reprezentanți ai identității lor, precum și de roluri sociale determinate, de persoane apropiate, de anturajul lor, etc., la care ei se supraidentifică. Stilurile de comportament de hipernomie și de intoleranță la ambiguitate servesc la menținerea și susținerea acestei structuri de identitate. Deși aceste moduri de comportament reprezintă, într-un anume fel, mecanisme de protecție (coping) pentru realizările Eului insuficient, ele pot în același timp să împiedice utilizarea realizărilor Eului și, prin aceasta, să conducă la o atrofie a identității Eului. În acest fel, aceste mecanisme reprezintă factori importanți de vulnerabilitate.

Terapia identității la maniaco-depresivi trebuie, din această cauză, să fie orientată pe de-o parte, spre dezvoltarea realizărilor Eului și pe de altă parte, ea trebuie să aibă constant în vedere salvarea și posibilitățile de compensație ale acestei structuri de identitate amenințate. Noi considerăm starea depresivă endogenă ca o formă particulară de depersonalizare. Aceasta este caracterizată, prin structura ei, printr-o prăbușire a identității Eului și printr-o supraidentificare asociată, care în manieră compensatorie este și mai accentuată, la reprezentările identității. Depersonalizarea melancolică, prin absența completă a negației interne evocate, se acompaniază de o gravă perturbare a temporalizării în sensul unei inhibări a devenirii, cum a fost descrisă în mod impresionant de Gebattel (1954).

Modificările cognitive descrise de Beck (1967, 1970) ale unei viziuni negative a propriului sine și a viitorului, nu sunt pentru noi nimic altceva decât o percepție, conformă cu realitatea a acestei stări de depersonalizare, adică a sinelui deficient și a blocajului devenirii. Astfel, nu există pentru noi nici o alterare cognitivă. Nu putem vorbi de alterări cognitive decât acolo unde pacientul ajunge la judecăți eronate asupra realității exterioare. De

asemenea, repetarea permanentă a gândurilor zise automate, descrise de teoria cognitivă, ca și sentimentele de neputință și disperare sunt, după părerea noastră, foarte strâns legate de inhibiția devenirii, deci, de alterarea temporalizării. Atunci când teoria cognitivă recurge la scheme cognitive transsubiective foarte des câștigate, noi vedem în schimb condițiile determinante ale melancoliei în structura de identitate a acestor bolnavi. Deci, suntem de acord cu anumite strategii ale terapiei cognitive comportamentale, obiectivul primordial părând a fi o analiză și o modificare a cognițiilor idiosincrazice sau a gândurilor automate și a credințelor fundamentale. Compensarea identității deteriorate și înconjurarea realizării Eului sunt mult mai determinante. Abordarea cognițiilor pacientului, ca de exemplu, intoleranța cognitivă la ambiguitate, au pentru noi, înainte de toate, sensul unei noi utilizări a Eului și stoparea procesului auto-depreciativ. Căci starea de depersonalizare în depresie este, înainte de toate, caracterizată printr-o incapacitate a comportamentului de sine și față de sine.

Este motivul pentru care bolnavul se plânge, spre deosebire de pacientul trist, de a nu fi el însuși în acest tip de distimie, pe care o trăiește ca străină sau impusă. Prin suspendarea dialecticii dintre identitatea Eului și identitatea de rol sau identitatea de obiect, capacitatea de distanță față de sine este deficitară la bolnav în construirea supraidentificării. Conduita psihoterapeutică ar trebui în manieră generală să favorizeze comportamentul de sine și față de sine a acestor pacienți. Ceea ce semnifică aceasta, în mod concret, va fi expus în cele ce urmează.

Ne vom întoarce mai întâi, spre strategii terapeutice precise ale fazei depresive, apoi ale fazei de remisie și ale fazei interepisodice. Două strategii terapeutice fundamentale merg constant una lângă alta: una orientată spre patologie și cealaltă spre personalitate. În timp ce prima privește pacientul sub aspectul deposedării sale de sinele, care este victima maladiei depresive, a doua îl vede ca un subiect care într-un anumit fel se realizează el însuși, care poate să se comporte față de el însuși, îl vede, deci, sub spectul unui mod de a fi determinat, acela al realizării rolurilor, etc.

Prima strategie terapeutică fundamentală orientată asupra patologiei este particular importantă, nu numai pentru tratamentul medicamentos, dar și din punct de vedere al teoriei identității. Ea vizează un recadraj care, atribuind pacientului un rol de bolnav, îl conduce la o autoînțelegere diferită stării sale. În nerealizările patologice determinate de atingerile normative ce-i sunt destinate, bolnavul se găsește într-o stare permanentă de lipsă de la norma cu consecințele descrise pentru structura sa de identitate. El cade, astfel, în maniera progresivă într-o stare în care el se simte vinovat, mai ales, atunci când vede că ceilalți îi fac munca sa și, în plus, trebuie să se ocupe de el. După noi, aceasta constituie cel puțin în parte, procesul numit progredient-autonom al acestei boli. Depresia devine, ca să spunem așa, ea însăși evenimentul de viață negativ cel mai important, care conduce la o agravare a depresiei. Dându-i eticheta de bolnav, noi îl scutim nu numai de greșeala sa dar îi legitimăm și inactivitatea lui, dându-i în acest rol o identitate de tranziție importantă. Aceasta îi permite să se degajeze de obligațiile sale percepute în maniera hipernomică. Această identitate de tranziție în rolul de bolnav n-ar trebui să fie prea prematur pusă în cauză, prin așteptări de vindecare tot atât de premature. Se ia în considerare prea puțin presiunea la care sunt supuși acești pacienți, în vederea unui rezultat, atunci când se evaluează mult prea pozitiv progresele lor către o restabilire. În anumite cazuri, o intervenție paradoxală poate, de asemenea, să se dovedească utilă.

Pe de altă parte, interpretarea noastră asupra comportamentului hipernomic, după teoria identității, lasă să apară importanța, pentru acești pacienți, învățării că vor putea din nou să lucreze. Pentru aceasta, ar trebui, întâi, să fie conduși în maniera progresivă către sarcini care necesită mai puține performanțe ale Eului. Este vorba, în acest caz de activități

de rutină, cunoscute deja de bolnavi, ținând cont de frica lor de tot ceea ce e nou. Numai după amorsarea unui proces de vindecare, ei pot fi conduși, evitând toate suprasolicitățile, către activități lucide și creative.

Orice terapeut experimentat știe dificultățile pe care le au depresivii de a se exterioriza într-un grup și chiar de a suporta, în calitate de observatori pasivi, cuvinte agresive în discuțiile de grup. Pe de altă parte, este important că melancolicii, cu siguranță, doresc să se simtă integrați într-un grup. Într-un prim timp, se poate răspunde la aceste nevoi de sintonie prin moduri de comunicare nonverbale, precum activitățile comune sau cântat. Numai într-un al doilea timp, într-un mediu pe cât posibil liber de orice angoasă, ar trebui provocată exprimarea de opinii și luarea de poziții personale. Realizările Eului pot deja să fie favorizate în mod simplu, invitând pacientul să-și exteriorizeze dorințele și stimulând imaginația prin ceea ce ar putea să-i facă plăcere. Melancolicii nu cunosc cel mai ades, decât maxima datorie și obligație și nu aceea a ființei autorizate și a puterii. Cea mai penibilă pentru ei este adeseori inactivitatea. De aceea vacanțele și weed-end-urile sunt rău suportate, ca și absența muncii din timpul vieții lor normale. Dorința de a ieși din spital în învoire nu reflectă decât dorința celor apropiați, a familiei. A refuza acestor pacienți o învoire acasă, poate, de asemenea, să aibă sensul de a le incita autonomia față de familie. Nu, rareori învoirile sunt ocazii de trecere la actul suicidal. Suicidurile și chiar suicidele colective, în sensul de a-și lua proprii copii în moarte, sunt la melancolici aproape totdeauna motivate în maniera hipernomică, așa cum am mai spus-o (Kraus, 1980a, 1980b). Adică, pacienții se simt, pur și simplu, obligați să se sinucidă pentru a nu prezenta o povară, de exemplu pentru familiile lor, colegii de serviciu sau societatea de asigurare de boală. Ei se gândesc că trebuie să-și protejeze în această manieră, copiii împotriva consecințelor actului lor suicidal. Este foarte important de a recunoaște această motivație hipernomică pentru suicid, care nu există nicăieri altundeva.

Ni se pare deosebit de improtant ca în faza de convalescență și intercritică, ca pacientul să învețe să se comporte față de el însuși, adică să reflecteze la el însuși și la modurile lui de comportament și, anume, la comportamentul hipernomic și comportamentul de intoleranță la ambiguitate. O reflexie asupra sa este, în general, penibilă pentru melancolic spre deosebire de nevrotic; este motivul pentru care mulți terapeuți îi consideră pe melancolici inapți pentru psihoterapie. Melancolicii sunt obișnuiți să se simtă obligați față de așteptările și dorințele aproapelui în asemenea măsură, încât foarte des ei nu-și cunosc propriile așteptări și dorințe și încearcă încă și mai puțin să le realizeze. Aceasta corespunde faptului că acest comportament hipernomic nu este orientat pe subiectul propriu, ci pe subiectul normei. Mai bine zis, o asemenea punere în față a persoanei bolnavului, nu ar trebui pe cât posibil, să fie începută decât după declinul fazei acute. Pe durata depresiei, pacientul poate foarte ușor să fie determinat să înțeleagă aceasta ca o punere într-o lumină devalorizantă a persoanei sale. În anumite cazuri, tendințele suicidare pot fi determinate tocmai de ranforsări de această manieră.

După remisia depresiei ni se pare important să elucidăm și să studiem situația declanșantă. În acest sens, situațiile amenințătoare viitoare ne par încă mai semnificative, de exemplu, plecarea viitoare a unui copil sau propria pensionare din viața activă. Introducerea oportună de noi reprezentanți ai identității poate aici să aibă un efect profilactic.

Conform concepției noastre, semnificația unui eveniment rezidă în poziția lui de valoare pentru formarea identității acestor bolnavi și nu poate fi studiată decât sub acest unghi. Ceea ce ni se pare semnificativ nu este activarea schemelor cognitive câștigate, ci incapacitatea afectivă a melancolicilor, pe baza structurii identității descrise mai sus, de a

putea să depășească și să trateze situații exterioare precise ca aceea a ambivalenței sociologice sau a pierderii unei persoane apropiate. Din cauza intimei intricări a obiectelor ce au pentru pacient semnificația de reprezentanți de identitate, din cauza intricării acestor obiecte cu formarea identității sale, îi este adesea foarte dificil pe de o parte, să perceapă situația în mod obiectiv, iar pe de altă parte, să sesizeze semnificația idiosincrazică a unui eveniment de viață. Pentru că adevărata încărcătură a unei situații se sustrage trăirii sale, este foarte important să fie posibil sub unghiul teoriei identității ca pacientul să recunoască semnificația evenimentelor de viață, fără să se refere la trăirea sa.

Depresivii au tendința să interpreteze situațiile declanșante în mod exclusiv negativ, cel mai adesea, în sensul unei pierderi. După noi este puțin important să-i deturnăm de la această interpretare sau să le opunem altceva. Tendința lor de a se supraidentifica cu obiectele semnificative poate fi prevenită cel mai ușor printr-o pozitivare a negativului, de exemplu, prin punerea în evidență a unei libertăți regăsite și a posibilității unui nou început, după apariția unei pierderi. Trăvialul de doliu, refulat în depresie, este cel care poate cel mai ușor s-o amorseze ca o mișcare dialectică între a se lega și a se detașa de obiect. În analiza situației declanșante este important să se recunoască supraîncărcările în performanța de muncă, nu numai din punct de vedere cantitativ, ci și calitativ, mai ales, în ceea ce privește exigențele Eului, dar și pierderile de rol, pierderile virtuale, vexațiunile, etc. Analiza situațiilor declanșante a fazelor depresive este, în mod special, importantă, mai întâi pentru însănătoșirea acestor bolnavi. Aceasta trebuie să ia în considerare, după un studiu amplu al lui Vogel și colab. (1987), că după ieșirea din spital simptomele psihopatologice ale depresiei se agravează într-o manieră generală mai mult decât se ameliorează. Este interesant de remarcat că pacienții supuși la un stres profesional ridicat se ameliorează, mai repede, când cei confrunțați cu absența serviciului prezintă o amplificare a gravității medii a simptomelor. Asemenea ameliorări legate de un stres profesional crescut nu au fost regăsite pentru nici un alt sindrom psihiatric. Cu toate că din aceasta decurge indicația unei reluări ale activității directe după ieșirea din spital, fără repaus prelungit, trebuie în același timp să ne ferim de a supune acești pacienți la un stres permanent, adesea dorit de ei înșiși, în măsura în care acesta în timp poate conduce la slăbirea identității Eului. Pacienții devin ahtiați după muncă, dependenți în sensul cel mai autentic de munca lor, aceasta făcând parte din identitatea lor de rol.

Noi am vorbit până acum în mod foarte general despre rolurile sociale. Apare, totuși util pentru problema vindecării depresivelor, de a distinge rolurile instrumentale sau de muncă, de rolurile expresive, în primul rând, pentru a menține raporturile afective și de interdependență cu alți parteneri de rol. Analizele lui Weissman și colab. (1971) și Weissman și Paykel (1974) au putut să arate că femeile depresive erau net mai puțin jenate în rolurile sociale cu funcții instrumentale, decât în acelea comportând mai mult caracter expresiv. Aceste femei erau mai în largul lor în muncile din afara căminului lor, decât în realizarea obligațiilor lor în cămin, astfel, în primul rând, în relațiile intime cu soțul și copiii, relații care depind mult mai mult de funcțiile emoționale și expresive de rol. Brown și Harris (1978) au ajuns la concluzii similare. Munca în afara căminului pare chiar să protejeze față de depresie și este adesea făcută în ciuda simptomelor și eforturilor penibile. Conduitele psihoterapice trebuie să țină cont că în particular, jena în rolurile expresive durează mult dincolo de faza propriu-zisă, că nu este de bună voie exteriorizată de către pacient și că este din această cauză puțin remarcată sau chiar necunoscută prin indiferența intențională. Atât în muncă, cât și în familie, în mod egal, o boală maniaco-depresivă poate conduce la ceea ce pacientul, în ciuda reintegrării sale în rolurile sociale anterioare, păstrează semnele bolii

ca și funcțiile, chiar parțiale ale rolurilor sa le revin din nou investite. Întâlnirile cu familia sunt necesare în scopul unei clarificări.

În pierderea de rol, problema se pune de a cunoaște ce tip de profesie este cel mai bine adaptat maniaco-depresivilor. Noi am putut constata, pe parcursul unui studiu transcultural făcut atât în Japonia, cât și în Germania, că în cele două țări, bipolarii aveau mai des decât monopolarii, profesii de conducători sau profesii independente, ca și profesii cu un nivel de prestigiu mai elevat. Aceasta corespunde mult tipologiei diferite a personalității lor, în particular mării lor autonomii (Matussek și colab., 1983), ambiției mai mari (Biedermann, 1976) și capacității creative mai mari a bipolarilor (Kraus, 1993). Într-adevăr, în studiul german, bipolarii au putut să-și conserve mai puțin timp decât monopolarii statutul lor profesional mai ridicat. Conform acestor rezultate, indicații multiple pot rezulta pentru restabilirea acestor bolnavi, indicații pe care noi am putea să le detaliem în cursul discuției psihoterapice.

Nu putem aborda aici decât pe scurt aspectele privitoare la relația cu partenerii maniaco-depresivilor. Spre deosebire de bipolarii, monopolarii par să aibă relații conjugale mai armonioase. Acestea provin la fel, cum s-a arătat în studiul transcultural, din procentajul de divorțuri foarte diferit în cele două grupuri de bolnavi. În studiul german, monopolarii aveau un procentaj net inferior populației generale și de 6 ori mai ridicat la bipolarii decât la monopolarii. La japonezi, tendința era similară cu procentaje de divorț global mai scăzute.

Privitor la relația dintre partener și boală, două grupe de rezultate sunt în mod particular importante. Din primul grup se observă că, nu numai monopolarii, dar și bipolarii evită percepțiile trăsăturilor decepționante ale partenerilor lor și că ei îi idealizează pe aceștia din urmă (Matussek și colab. 1986; Stierlin și colab. 1986), de unde rezultă o restricție emoțională și o stereotipie în interacțiunea cu partenerii. Aceasta corespunde cu intoleranța cognitivă și emoțională la ambiguitate, pe care noi am pus-o în evidență, care explică gradul ridicat de atașament și de contact deja citat de Kretschmer (1961), a acestor bolnavi, totuși cu prețul unor sentimente complexe și prin aceasta, cu atât mai profunde (Kraus, 1977). În al doilea grup, rezultatele arată că depresivii reacționează printr-o frecvență crescută a recăderilor la criticile partenerilor lor (Hooley, 1986; Miklovitz și colab. 1987, 1988); Hooley și Hahlweg, 1986). Se pare că ei sunt mai susceptibili prin aceasta decât schizofrenii. Conform conceptului nostru teoretic de rol, se poate presupune că aceasta conduce la o pierdere interioară de rol și prin acestea la o alterare a identității de rol. Pentru preluarea din punct de vedere terapeutic a acestor bolnavi, pare, înainte de toate important de a descoperi de ce partenerul se vede determinat să se comporte în mod critic, față de pacient. Este de presupus că comportamentul adevărat, dependent, ca defectul de elaborare a unei opinii personale și supunerea ca și marea rigiditate a acestor pacienți, provoacă critica partenerului. Analize concordante ale lui Baer (1975) și Essex și colab., (1985) au arătat că, paradoxal, bolnavii atinși de depresii grave sunt tratați cu mai puțină gentilețe și răbdare de către cei apropiați, față de depresivii mai puțin atinși. Este motivul pentru care ni se pare important pe de o parte, de a informa partenerul asupra piedicilor pacientului legate de boala sa de a decanta conflicte verbalizate, dar și nonverbalizate și de a susține pacientul în poziția sa față de partener în autonomia și afirmarea de sine, pe de altă parte.

În concluzie, aș vrea să subliniez că terapia identității, prezentată aici în câteva trăsături, nu permite să epuizăm toate posibilitățile psihoterapeutice. Terapia cognitiv-comportamentală și psihanaliza, ca și alte metode, își conservă întreaga lor valoare. În fine, noi nu am putut aborda decât o față a medaliei, fața psihologică, dar fața biologică este la fel de importantă.

Bibliografie

- Abraham K (1911)** Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände. Zentralbi Psychoanal 2 : 302 - 315.
- Arieti S (1959)** Manic-Depressive Psychosis. In: Arieti S (ed) American Handbook of Psychiatry, Vol I. Basic Books, New York, 419 - 454.
- Baer R (1975)** Die Sezialpsychiatrische Prognose der zykllothymen Depression. Thieme, Stuttgart
- Beck A (1967)** Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects. Harper and Row, New York.
- Beck A (1970)** The core problem in Depression: The Cognitive Triad. In: Massermann JH (ed) Depression. Theories and Therapies. Grune & Stratton, New York.
- Biedermann N (1976)** Zum Zusammenhang von Persönlichkeitsmerkmalen mit der Auslösesituation manischer Psychosen bei Zykllothymen. Dissertation, Heidelberg.
- Blankenburg W (1964)** Lebensgeschichtliche Faktoren bei manischen Psychosen. Nervenarzt 35 : 536.
- Bleuler E (1922)** Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. Z Ges Neurol Psychiatr; 78 : 373 - 399.
- Brown GW, Harris T. (1978)** Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. Tavistock, London.
- Cohen MB, Baker G, Cohen RA, Fromm-Reichmann F, Weigert EW (1954)** An intensive study of 12 cases of manic-depressive psychosis. Psychiatry; 17 : 103 - 137.
- Deykin EY et al. (1966)** The empty nest: Psychosocial aspects of conflict between depressed women and their grown children. Am J Psychiatry 22 : 1 422 - 1 426.
- English OS (1949)** Observation of trends in manic depressive psychosis. Psychiatry 12: 125 - 134
- Erikson EH (1966)** Identität und Lebenszyklus (Theorie II). Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Essex MJ, Klein MH, Lohr MJ, Smith BL (1985)** Intimacy and depression in older women. Psychiatry 48(2) : 159 - 178.
- Finley J.R, Brown G.W (1981)** Types of Stressful Life Event and the Onset of Anxiety and Depressive Disorders, Psychological Medicine 11 : 803 - 815.
- Frenkel - Brunswik E (1949/50)** Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. J Pers 18 : 108 - 143.
- Gebattel V.E. von (1954)** Störungen des Werdens und des Zeiterlebens im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen. In: Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Springer, Berlin.
- Gibson RW, Cohen MB, Cohen RA (1959)** On the dynamics of the manic-depressive personality. Am J. Psychiatry 115 : 1 101 - 1 107.
- Glassner B, Haldipur CV, Dessauersmith J (1979)** Role loss and working-class manic depression I.J. Nerv Ment Dis; 167 : 530 - 541.
- Goffman (1963a)** Stigma. Notes on the management of Spoiled Identity. Englewook Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 3. Aufl. 1965.

- Goffman E (1974)** Ein Versuch Über die Organisation von Alltagserfahrungen. Harper & Row New York.
- Heerlein A, Richter P (1991)** Ambiguitätsintoleranz bei affektiven und schizophrenen Störungen. *Der Nervenarzt*, 62 : 269 - 273.
- Hell D (1982)** Ehen depressiver und schizophrener. Menschen. Springer, Berlin Heidelberg New York.
- Hooley JM (1986)** Expressed emotion and depression: Interactions between patients and high- versus low-expressed-emotion spouses. *J Abnorm Psychol*; 95 : 237 - 246.
- Hooley JM, Hahlweg K (1986)**. the marriages and interaction patterns of depressed patients and their spouses: Comparison of high and low EE dyads. In Goldstein MJ, Hand I. Hahlweg K (eds) *Treatment of Schizophrenia*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo; pp 85 - 95.
- Krappmann (1973)** Soziologische Dimensionen der Identität. Klett Verlag, Stuttgart.
- Kraus (1984)** Die Bedeutung des sozialen Rollenverhaltens für die Auslösung und den Verlauf manisch-depressiver Psychosen.
- Kraus (1993)**. Manisch-depressive krankheit und Kreativität. In: *Phänomenologie des Anderen II. Zwischen Philosophie und Psychiatrie*, Y. Nitta (Hrsg.) Hokuto Verlag, Tokio (Japan.)
- Kraus A (1971)** Der Typus melancholicus in östlicher und westlicher Forschung. *Der Nervenarzt* 42, 418 - 483.
- Kraus A (1977)** Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver. Enke, Stuttgart.
- Kraus A (1980)** Bedeutung und Rezeption der Rollentheorie in der Psychiatrie. In: Peters UH (Hrsg) *Ergebnisse für die Medizin (2) Psychiatrie*. Kindler, Zürich (Die Psychologie des 20. Jh., Bd. X).
- Kraus A (1980)** Psychopathologie und Klinik der Manisch-Depressiven Psychosen. In: *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Kindler, Zürich.
- Kraus A (1986)** La temporalité dans la constitution prémorbide des mélancoliques. *Act Psychiatriques* 5 : 35 - 41.
- Kraus A (1987)** Dynamique de rôle des maniaque-dépressives. *Psychologie Médicale*, 19, 3 : 401 - 405.
- Kraus A (1988)** Ambiguitätsintoleranz als Persönlichkeitsmerkmal der Krankheitsphänomene Manisch-Depressiver. In: Janzarik W (Hrsg): *Persönlichkeit und Psychose*. Enke, Stuttgart.
- Kretschmer E (1961)** Körperbau und Charakter. 23. und 24. Aufl. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg.
- Krishnan KRR, Swartz MS, Larson MJ, Santoliquido G (1984)** Funeral mania in recurrent bipolar affective disorders: Reports of three cases. *J Clin Psychiatry*; 45 : 310 - 311.
- Markert F (1972)** Zur prä-morbiden Persönlichkeitsstruktur endogen Depressiver. Inaug Dissertation, Frankfurt.
- Matussek P, Luks O, Seibt G (1986)** Partner relationship of depressives. *Psychopathology*; 19 : 143 - 156.
- Matussek PA, Feil WB (1983)** Personality attributes of depressive patients. *Arch Gen Psychiatry* 40: 783 - 790

- Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, et al (1987)** The family and the course of recent-onset mania. In: Hahlweg K, Goldstein MJ (eds.) *Understanding of Major Mental Disorder. Family Process*, New York, pp. 195 - 211.
- Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, et al (1988)** Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 45 : 225 - 231.
- Reiter A (1965)** Gestalt - und erkenntnispsychologischer Beitrag zum melancholischen Wahn. *Arch Psychiat Nervenkr* 207 : 114 - 127.
- Sartre JP (1943)** *L'etre et le néant*. Editions Gallimard, Paris
- Shimoda M (1941)** Über den prämorbidem Charakter des M.D.I. *Psychiat. Neurol. Jap.* 45, 101 (japan)-Resumé en allemand: Kraus 1971.
- Shimoda M (1950)** Über das M.D.I. *Yonagoishi* 2, 1 (japan.) Resumé en allemand: Kraus 1971.
- Stauder K.H. (1958)** Über den Pensionierungsbankrott. *Psyche* 9, 481 - 497.
- Stierlin H, Weber G, Schmidt G, et al (1986)** Features of Families with Major Affective Disorders. *Family Process* 25 : 325 - 336.
- Tellenbach H (1983)** *Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik*. E. erw. Aufl. Springer, Berlin-Heidelberg-New York.
- Tellenbach R (1974)** Typologische Untersuchungen zur prämorbidem Persönlichkeit von Psychotikern unter besonderer Berücksichtigung Manisch-Depressiver. *Confinia Psychiatr. (Basel)* 18, 1 - 15.
- Vogel et al. (1987)** The Effect of Work and Work Related Stress Factors on the Course of Psychiatric Disorders. In: *From Social Class to Social Stress*, M.C. Angermeyer (ed). Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York - London-Paris-Tokio, 264 - 279.
- Weissman MM, Myers JK (1978)** Affective Disorders in a US Urban Community. *Arch Gen Psychiatry* 35 : 1 304 - 1 311.
- Weissman MM, Paykel ES (1974)** *The Depressed Woman: A Study of Social Relationships*. Chicago Univ Press, Chicago.
- Weissman MM, Paykel ES, Siegel R., Klerman GL. (1971)** The Social Role Performance of Depressed Women: Comparisons with a normal group. *Am J Psychiatry* 41 : 390 - 405.
- Zerssen von D, Möller H.J. (1987)** Prämorbidem Persönlichkeit von Patienten mit affektiven Psychosen. In: *Psychiatrie der Gegenwart* 5, Affektive Psychosen. Kisker K.P., Lauter H., Meyer J.E., Müller C., Strömgen E. (ed), Springer Verlag Berlin - Heidelberg - New York.
- Zerssen D von (1976)** Der Typus melancholicus in psychometrischer Sicht. *Z Klin Psychol Psychother*; 24: 200 - 220, 305 - 316.
- Zerssen D von (1977)** Premorbid Personality and Affective Psychoses. In: *Handbook of Studies of Depression*. Ed. Burrows, Excerpta Medica: Amsterdam-London-New York 79 - 103.
- Zerssen D von (1988)** der "Typus manicus" als Gegenstück zum "Typus melancholicus" in der prämorbidem Persönlichkeitsstruktur affektpsychotischer Patienten. In: W.Janzarik (ed.) *Persönlichkeit und Psychose*, Enke, Stuttgart, 150 - 171.
- Zerssen D von, Pössl I (1990)** The Premorbid Personality of Patients with Different Subtypes of an Affective Illness. *Journal of Affective Disorders*, 18 : 39 - 50.