

Conceptul de psihoză în psihiatria contemporană și reflectarea sa în DSM V

Mircea Lăzărescu
Timișoara, octombrie 2013

Tehnoredactare: Marinela Hurmuz

- Psihiatria ultimelor decenii, cea marcată de DSM III-IV, a schimbat în mare măsură terminologia psihiatrică tradițională, evitând termenul de nevroză și utilizându-l pe cel de psihoză insuficient de clar, prin simpla trimitere ostensivă la simptomatologia delirului, halucinațiilor și dezorganizării. În același timp, a fost scoasă din uz expresia de psihoză endogenă.

- În ultimul deceniu, interesul psihopatologilor pentru psihoză a crescut exponențial. Dar el s-a lovit de tradiția nivelatoare introdusă de studiile clinice medicamentoase, bazate pe diagnostice cât mai simple, decontextualizate, observaționale pe termen scurt, fără interes pentru conceptualizare.

- ❑ Această situație se reflectă parțial și în recent publicatul DSM V, în care circumscrierea noțiunii de psihoză este exclusă din glosarul de termeni tehnici, fapt ce trimite implicit la Glosarul din DSM IV TR, în care ea este încă prezentă. Totuși, DSM V se dovedește sensibil la revigorarea înțelegerii psihozei ca o patologie gravă a sinelui (self = eu conștient), fapt ce se exprimă indirect în diverse capitole.
- ❑ Prin specificul său de a fi un manual de diagnostic clinic util statistici, DSM V nu poate face loc explicit ideii de continuum psihotic cu normalitatea. Temă care este însă și ea acceptată implicit.

- În lipsa unei circumscrieri în Glosarul de termeni tehnici – care, așa cum s-a menționat, a fost exclusă -, cititorul manualului DSM V poate să aibă în vedere doar definiția din DSM IV, care acceptă termenul de psihoză pentru a eticheta cazurile în care sunt prezente sindroame ca:
 - delirurile
 - halucinații pregnante necriticate
 - alte simptome ale schizofreniei pozitive ca:
 - vorbire grav dezorganizată
 - comportament grav dezorganizat, incluzând catatonia
- Manualul exprimă rezerve față de caracterizarea psihozei prin intensitatea patologiei și deficiența de integrare socială, prin relaxarea limitelor eului și perturbări în testarea realității.

- ❑ În comparație cu DSM IV TR, în DSM V, catatonია este prezentată ca o categorie nosologică aparte, ce se poate combina cu diverse alte categorii; ea nu este însă etichetată ca psihotică.
- ❑ În schimb, în glosar se consideră că „psihoticismul” caracterizează comportamente și cogniții care sunt ciudate, excentrice sau neobișnuite cultural.
- ❑ De asemenea, „trăsăturile psihotice” (ale maniei și depresiei) se consideră că se manifestă prin deliruri, halucinații și tulburări formale de gândire; formularea de vorbire dezorganizată a fost astfel înlocuită abordarea strict comportamentală cu o trimitere la procesul mintal al gândirii.
- ❑ Descrierile și comentariile din DSM V sugerează totuși prezența „psihozei” și în alte categorii decât cele tradiționale. Vom încerca să facem trimiteri la aceste aspecte.

- Se cere precizat că psihiatrii ce s-au ocupat în ultimii ani de „primul episod de psihoză” au ignorat opțiunile DSM III-IV și au acceptat în rândul psihozei și episodul maniacal, chiar lipsit de delir, halucinații sau dezorganizare. De asemenea, o serie de proiecte de cercetare și monografii actuale acceptă un sens lărgit pentru termenul de psihoză, cu trimitere și la unele forme grave de Tulburare obsesiv compulsivă (TOC) sau stări disociative de tip posesiune sau transă. DSM V nu a fost insensibil la opiniile curente.

- În consens cu acordul tacit al psihopatologilor și psihiatrilor, se poate lua în considerare în prezent un sens lărgit al noțiunii de psihoză, care cuprinde următoarele sindroame (într-o intensitate și formă specifice)

Deliruri cu diverse teme, în mod special delirul paranoid	Halucinații diverse, în mod special cele auditive comentative	Dezorganizare comportamentală, ideo-verbală, logico-semantică, centrata pe abstracții vide	Catatonie stupor posturi manierisme imitație (ecou) stereotipii
Supraveghere Referință - centralitate transparență-influență		Depersonalizare devitalizantă cu derealizare avoliție amotivațional anhedonie	
TOC gravfără critică Intenții agresive Fuziune act-gândire Ritualuri magice Colecționarism	Depresie majoră	Manie agitată	T. disociative posesiune transă extaz patologic

□ Sindroamele acceptate în cadrul unui concept lărgit de psihoză au, toate, echivalente în trăirile normale și manifestări intermediare cu normalitatea, psihopatologice, dar subclinice. Acestea sunt comentate în prezent în perspectiva conceptului de spectru maladiv, în cazul de față spectrul psihotic.

Principalele domenii psihopatologice ce pot prezenta „stări psihotice”

Deliruri

Halucinații

Dezorganizare

Catatonie

Depersonalizare

devitalizantă

TOC grav
necriticat

Depresie
majoră

Manie
agitată

T. disociative
Posesiune

- ❑ Convingerile delirante au un echivalent în convingerile normale privitoare la propria poziție în lume, în raport cu alții și cu sine, convingeri trăite și uneori exprimate tematic, astfel încât subiectul apare ca un personaj al unui scenariu narativ (cu teme de gelozie, urâțenie, boală, bogăție, persecuție etc.)
- ❑ Fenomenele paranoide de supraveghere a intimității au și ele echivalente în normalitate, în familie și societate. La fel cunoașterea și influențarea gândurilor și acțiunilor e firească și acceptată în cadrul relațiilor intime.
- ❑ Halucinațiile auditive, vizuale sau privitoare la alte zone senzoriale se articulează cu posibile parazitări ale percepțiilor prin așteptări și reprezentări mnestic-imaginative; sau prin dialogul interior.

- ❑ Depersonalizarea, înțeleasă ca deficiență a identității și limitelor eului, se poate produce pasager în unele trăiri reactive de epuizare sau în stări mistice.
- ❑ Stuporul cataton are un echivalent în fascinația victimei de către agresor pe care o întâlnim în biologie. Iar formele de ecomimie și ecolalie sunt comprehensibile prin funcționarea neuronilor oglindă.
- ❑ Autocontrolul obsesiv al intențiilor de încălcare a tabu-urilor sau de agresare a altora este un mecanism specific creierului uman; verificarea este un comportament normal și adaptativ, care devine patologic doar prin exces și decontextualizare.

- Depresia este cel mai banal exemplu de continuum între normalitate și psihopatologie. Se consideră în prezent că manifestările de tip depresiv au la bază o semnificație adaptativă, în biologie și antropologie. În psihopatologie, acest mecanism adaptativ, selecționat și fixat filogenetic, se manifestă simplist și decontextualizat – deci aberant – desituaționalizând patologic individul. Intensitatea și forma psihotică a depresiei corespunde celei incluse de Kraepelin în boala maniaco-depresivă.

- ❑ Mania derivă și ea din valențe adaptative biopsihologice, selecționate filogenetic. Euforia prosocială sărbătorească, hiperenergia fizico-intelectuală declanșată în competiție și creativitate, sunt extrem de utile oamenilor. Manifestarea acestui „modul psihic adaptativ” într-o modalitate simplificată și decontextualizată ne conduce spre formele psihopatologice ale hipomaniei și maniei agitate. Starea maniacală este în prezent reacceptată ca desfășurându-se la același nivel psihopatologic (psihotic), ca și delirul halucinator (inclusiv schizofren), terapia medicamentoasă fiind aceeași.
- ❑ Această revenire a maniei în aria lărgită a psihozelor nu este însă consemnată în DSM V.
- ❑ Stările de posesiune, transă și extaz pot și ele îmbrăca forma psihotică, decontextualizate socio-cultural.

□ În continuare vor fi menționate pe scurt câteva teme de actualitate în aria înțelegerii lărgită a psihozelor, precizând atitudinea pe care o ia DSM V în aceste direcții. Vom menționa:

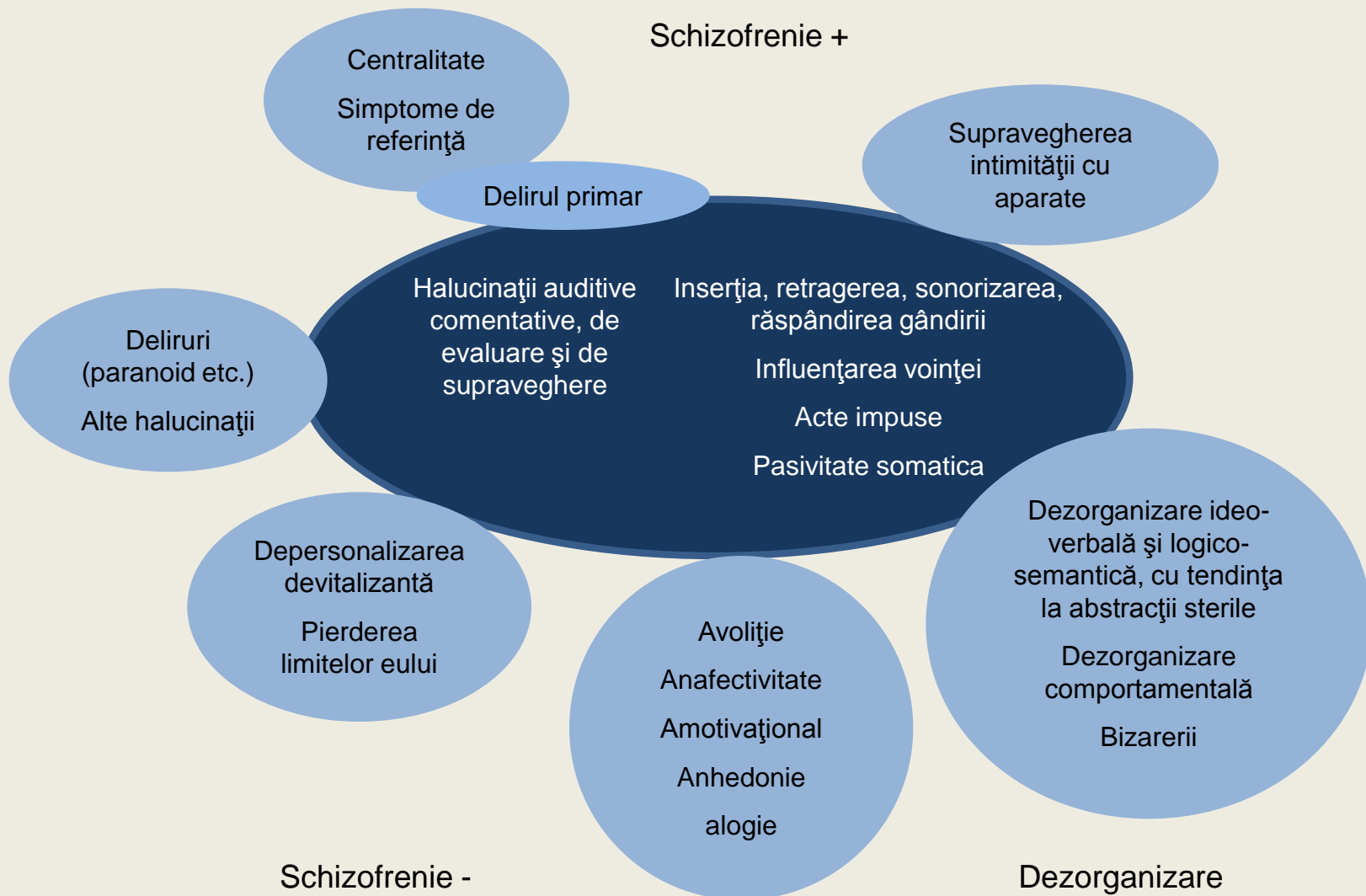
- Problema paranoidiei schizofrene
- Tema catatoniei
- TOC psihotică
- Tulburările disociative psihotice

Tema paranoidiei și a simptomelor de prim rang Schneider (Sprr)

- ❑ Schizofrenia a fost plasată în centrul psihozelor endogene la mijlocul sec. XX (pe vremea când s-a scris Tratatul Bunke). Sistemul DSM III-IV s-a încadrat în această tradiție, fără a urma linia cercetărilor psihopatologice actuale, care sunt într-un fel prea subtile pentru un manual de diagnostic destinat statisticii.
- ❑ În DSM V autorii americani ai manualului simplifică până la exces problema raportului între schizofrenie și patologia delirantă, eliminând pretenția ca în schizofrenie delirul să fie bizar, necongruent și aberant în raport cu convingerile culturale; sau marcat de fenomenele de transparență-influență (sprS). Practic, după DSM V, orice delir halucinator care durează mai mult de 1 lună poate fi etichetat ca schizofrenie.
- ❑ Patologia delirantă neschizofrenă este redusă la psihoza scurtă cu durată de 1 zi-1 lună și cea a tulburării delirante (persistente) la delir monotematic sistematizat de tip paranoic.

- ❑ În contrast cu această tendință nivelatoare, psihopatologia și psihiatria neamericană – europeană – tinde să repună accentul pe conceptul Bleulerian de schizofrenie, ce are în centru o depersonalizare dezorganizantă.
- ❑ Se insistă tot mai mult pe patologia sinelui (self-ului) la capitolul în schizofrenie (în DSM V, la capitolul Scizofreni, sinele nu se menționează). În aceasta se includ:
 - ❑ fenomenele de centralitate – referință, care preced delirul primar, fiind corelate cu cele de supraveghere a intimității (prin aparate);
 - ❑ pierderea identității biografice, a limitelor sinelui psihologic, a vitalității;
 - ❑ pierderea autocontrolului asupra agenției și apartenenței la sine (ownership) a intimității, gândurilor, acțiunilor; fenomenul se exprimă în simptomele de prim rang Schneider prin inserarea, retragerea, răspândirea și cunoașterea gândurilor de către alții, influența xenopată a deciziei, acțiunii, pasivitate corporala.

- ❑ În același timp se analizează faptul că sprS nu sunt specifice schizofreniei, întâlnindu-se și în psihozele scurte și tranzitorii, tulburarea schizo-afectivă, tulburarea bipolară și depresiv monopolară (care nu se încadrează în cea schizo-afectivă) și, probabil, în psihoza delirantă persistentă neschizofrenă.
- ❑ În acest sens, sprS se impun ca un sindrom individualizat și coerent, ce poate opera în diverse tulburări psihotice, având o bază neuropsihologică specifică în cadrul creierului social. Caracteristica sa de sindrom psihotic nu e pusă însă la îndoială.
- ❑ În schizofrenie, așa cum este ea concepută în Europa, sprS apar în grupul schizofreniei productive (paranoide), în articulare cu alte simptome paradelirante, intermediare între delir și halucinații. Și, mai ales, pentru diagnosticul de schizofrenie se presupune depersonalizarea dezorganizantă.



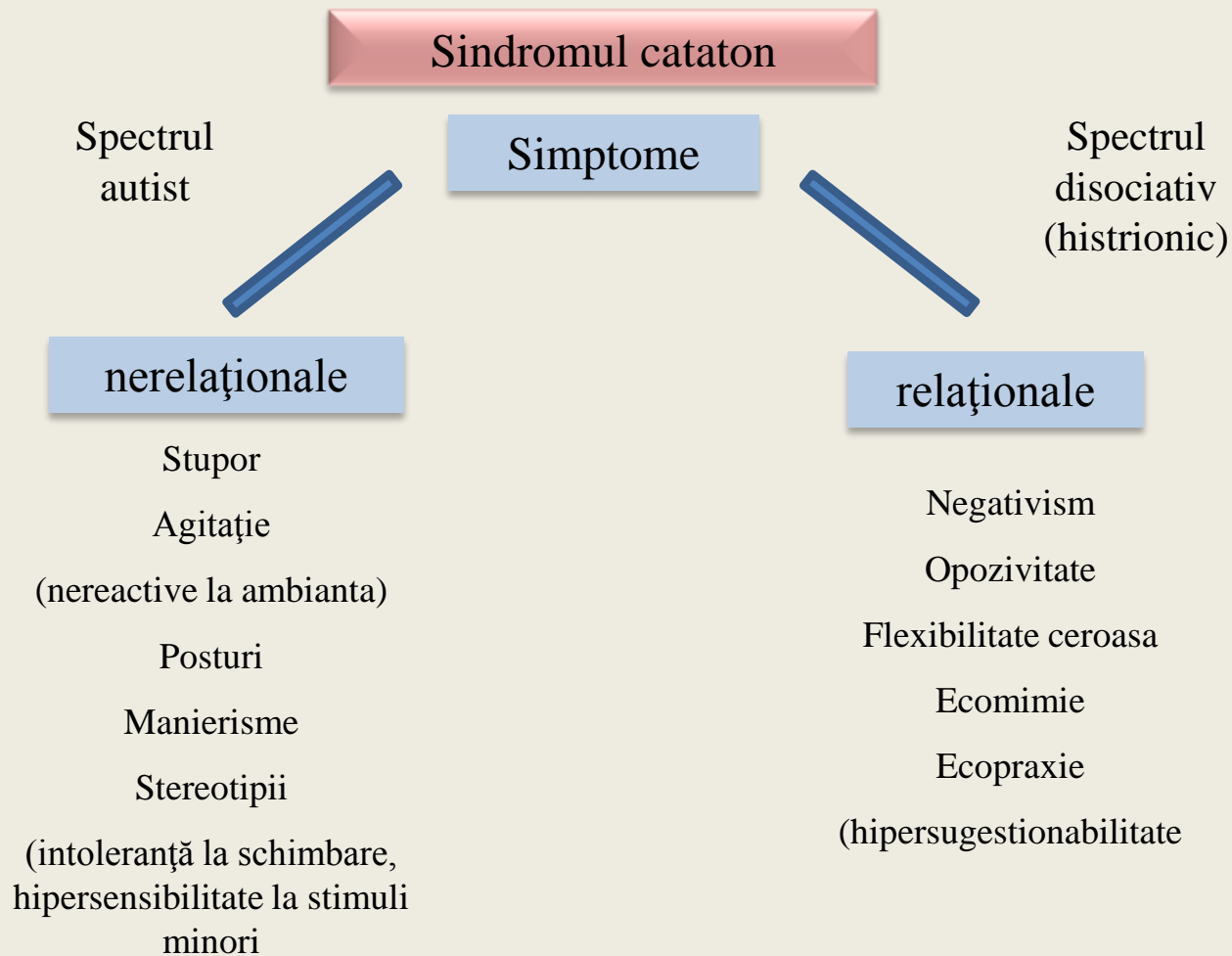
- Acest concept sintetic de schizofrenie este cel ce se poate combina cu episoade maniacale sau depresive, conducând la apariția episoadelor schizo-afective, distincte de episoadele maniacale și depresive cu aspecte psihotice.

- ❑ În același sens se pune problema unei forme de tranziție între tulburarea delirantă persistentă în sens de paranoia și schizofrenia pozitivă centrată pe „paranoidia schizofrenă”.
- ❑ Această problemă a fost ridicată în urmă cu 20 de ani prin prezența rubricii F22.8 în ICD 10.
- ❑ Registrul de cazuri de psihoze Timișoara poate aduce precizări și clarificări în această direcție.

- ❑ Catatonia este prezentată în capitolul privitor la „Schizofrenie și alte tulburări psihotice”, dar ca o categorie aparte (293.89) ce poate fi asociată cu diverse tulburări mentale psihotice și nepsihotice: depresia majoră, tulburări neurodevelopmentale (ex. autism), tulburarea bipolară și depresivă monopolară, tulburări datorate unor condiții medicale etc.
- ❑ Ea se diagnostichează prin minim 3 itemi dintre: 1. Stupor. 2. Catalepsie. 3. Flexibilitate ceroasă. 4. Mutism. 5. Negativism. 6. Posturi. 7. Manierisme. 8. Stereotipii. 9. Agitație (neinfluențată de factori externi). 10. Grimase. 11. Ecolalie. 12. Ecopraxie.

- ❑ Catatonul e areactiv la stimuli ambientali, o parte dintre manifestările psihomotorii apărând ca independente de aceștia; iar altele în corelație neobișnuită cu alte persoane. Se caracterizează prin manifestări concomitente și alterne constând din:
 - ❑ Nemișcare (stupor) cu mutism și neresponsivitate (sau răspuns paradoxal) la solicitări (comenzi); în descrierile clasice ale catatoniei se menționa și intoleranța la schimbarea ambianței fizice și răspunsuri paradoxale la stimuli minori, manifestări ce sunt descrise în prezent în spectrul autist.
 - ❑ Agitație spontană stereotipă (cu mișcări repetitive), adoptare de posturi bizare (antigravitaționale), manierisme (mișcări hiperelaborate, hiperexpresive, patetice), grimase, stereotipii.
 - ❑ Opozivitate (la încercarea de mobilizare) sau flexibilitate ceroasă (păstrarea pozițiilor imprimate); fenomene de imitare spontană: ecopraxie, ecolalie. Descrierile clasice menționează și sugestonabilitate ce poate alterna cu opozivitate.

- Sindromul cataton se conjugă cu simptome nerelaționale din seria autismului (stereotipii, intoleranța la schimbare, hipersensibilitate la stimuli minori-amanunte) și cu simptome relaționale, oscilând între opozivitate, mimare, sumisiune, hiperexpresivitate.



Obsesionalitatea psihotică

- ❑ Tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) e prezentată în DSM V într-un capitol separat, împreună cu alte tulburări de spectru și anume:
 - Tulburarea obsesiv compulsivă
 - Tulburarea dismorfic corporală
 - Tulburarea colecționarismului
 - Tricotilomania
 - Tulburarea escoriațiilor
 - TOC indusă de medicație și TOC datorată altor condiții medicale
 - Alte TOC specificate și nespecificate

□ Această grupare e în principal rezultatul studiilor clinice amănunțite efectuate, după ce în urmă cu 20 de ani echipa lui Hollander a descris Spectrul TOC, cu ramificații în trei direcții: - spre mișcări involuntare; - spre impulsivitate; - spre convingeri delirante. Principiile doctrine ale acestei orientări nu se mai păstrează în prezent, ticurile, impulsivitatea și chiar colecționarismul fiind descrise separat. Totuși, gruparea nosologică din DSM V nu e îndemnată de o anumită orientare teoretică.

- ❑ În spatele manifestărilor grupate în acest capitol se impun două perspective:
- ❑ Manifestările din spectrul TOC se referă la un deficit al autocontrolului comportamental cu intenții agresive sau care tinde să încalce tabuuri, cu încercări de control și anihilare. Acest comportament se referă la o achiziție psihologică specific umană, de autocontrol necesar cooperării în grup și încadrării în normele socio-culturale.
- ❑ Manifestările din spectrul TOC au în prim plan funcționarea propriei corporalități, în acțiune pragmatică și în comportamente cu aspect relațional. Preocuparea principală a pacientului cu TOC este centrată pe corp și ambianța imediată, cu trăirea unei problematizări a limitelor (schemei) corporale. Această preocupare din TOC pentru limitele corporale și spațiului imediat înconjurător e diferențiată de Tulburarea anxioasă, care se corelează cu deplasarea și prezența în spații publice, departe de spațiul interior al casei.
- ❑ Această agregare problematică va face probabil obiectul unor cercetări psihopatologice mai detaliate.

- ❑ TOC este definită în DSM V în mod clasic prin prezența obsesiilor și compulsiilor, ce sunt mari consumatoare de timp. Obsesiile sunt, în esență, trăite ca egodistone, izvorând din sine, nedorite, dar imposibil de îndepărtat. Ele se grupează în 4 clase principale: de contaminare, de ordonare, de încălcare a tabuurilor și agresive față de alții. Toate obsesiile, dar mai ales ultimele două clase, se însoțesc de verificări exagerate. Colecționarismul e prezentat separat.
- ❑ Compulsiile sunt acțiuni motorii și mentale involuntare, dar care în esență apar pentru a contracara obsesiile subiective. DSM V nu insistă asupra ritualurilor (magice), asupra hiperlentorii unor acțiuni banale și a prezenței unor ceremonialuri.
- ❑ Prezența ticurilor ar diferenția un subtip aparte de TOC, cu o evoluție mai nefavorabilă.

- ❑ Un aspect aparte al prezentării TOC în DSM V este comentarea insight-ului care, în acest caz, se identifică cu lupta împotriva manifestărilor OC. SE disting următoarele forme:
 1. Cu bun insight: pacientul crede că obsesia nu e adevărată sau nu ar putea fi adevărată;
 2. Cu insight deficitar: pacientul crede că convingerea delirantă e posibil adevărată;
 3. Cu insight absent: subiectul e complet convins că TOC este adevărată. Această formă este declarată ca delirantă.
- ❑ E interesant că și în prima variantă, cea cu insight bun, se vorbește nu de „obsesii egodistone”, ci de „convingeri”.
- ❑ Cea de-a treia variantă este oficial declarată ca delirantă, deci e asimilabilă tulburărilor psihotice în înțelesul din DSM V.

- ❑ DSM V nu comentează explicit TOC în perspectiva noțiunii de psihoză. Dar, prin acceptarea variantei delirante a TOC-ului și a altor entități din această clasă ca de exemplu dismorfofobia se acceptă tacit o participare a acestei clase de tulburări la grupul manifestărilor psihoptice, care e plasat în jurul schizofreniei. Dar, în măsura în care catatonie a fost diferențiată în acest grup de patologia schizofrenă și delirantă (halucinatorie) printr-o serie de manifestări specifice (psihomotorii), se ridică și problema unei patologii psihotice specifică TOC, diferită și ea de cea specifică schizofreniei, delirului și catatoniei; dar probabil intersectându-se cu aceasta.

- ❑ Aspecte specifice psihotice în domeniul TOC ar putea fi deci luate în considerare, chiar dacă insight-ul nu e complet. Pot fi enumerate următoarele:
- ❑ - trăirile de tip magic ale fuziunii act-gândire: subiectul resimte că doar prin faptul că s-a gândit la un lucru, acesta s-a și întâmplat; sau că, prin gândirea sa a precipitat apariția lui;
- ❑ - trăirile de tip magic ale ritualurilor din TOC: subiectul resimte că, dacă nu execută un ritual motor (inutil și absurd, pe care trebuia să-l efectueze de un număr de ori) înainte de a face o acțiune, i s-ar putea întâmpla o nenorocire; aritmomania se înscrie în acest sindrom
- ❑ Trăirile de tip magic nu sunt comentate ca specifice schizofreniei. Ele sunt menționate însă la simptomatologia schizotipală.

- ❑ Tot în aria psihotică gravitează unele manifestări ale TOC grave, similare catatoniei și autismului: intoleranță la schimbarea fizică a ambianței, nevoia de a atinge obiecte sau persoane („delir de touche”), stereotipiile și colecționarismul patologic. Și la fel, stările de depersonalizare, care o apropie de simptomele din schizofrenia deficitară.
- ❑ De altfel, circumscrierea unui domeniu specific psihotic patologiei TOC, preocupă de multă vreme psihopatologii. În măsura în care tema psihozei nu va mai fi încorsetată de circumscrierea simptomatologică halucinator-delirantă din DSM IV TR, e de așteptat ca studiile în această direcție să se dezvolte sistematic și fructuos.

Tulburarea obsesiv-compulsivă și psihoza

TOC

Fuziunea act-gândire+intenții agresive

Ritualuri magice

Obsesii absurde
Ruminații sterile

Comportament circumstanțial
Finalizare dificilă

Ideația intruzivă

Indecizie
Ambivalență, ambitendență
Abulie

Schizo.-del.-cataton

Saltul la concluzie
Interpretare delirantă

Gândire magică (în schizofrenie și schizotipie)

Stereotipii catatone

Idei impuse
Citirea gândirii

Deraierea gândirii și vorbirii
Dezorganizare

Aspectele psihotice ale tulburărilor disociative

- ❑ Tulburările disociative sunt cuprinse într-un capitol separat al DSM V care cuprinde:
 - tulburarea de identitate disociativă
 - amnezia disociativă
 - fuga specificată ca disociativă
 - tulburarea de depersonalizare/derealizare
 - alte tulburări disociative și tulburări disociative nespecificate
- ❑ Acest capitol cuprinde în esență tulburări care tradițional erau descrise ca „psihoze isterice”, iar transcultural (și istoric în Europa) se corelează cu trăirile de posesiune, transă și extaz mistic.
- ❑ Ansamblul acestor tulburări se întâlnește rar în Europa.

- Aspectele psihotice se agregă în jurul cazurilor cu manifestări pronunțate de posesiune, fenomen distinct de tulburarea de identitate disociativă, în care subiectul rămâne contextualizat în mediul socio-cultural și familial. Totuși, posesiunea e comentată în DSM V în același capitol, cu trimitere la posesiune prin spirite sau „stafii”. Uneori pacientul face distincția între trăirile și comportamentul ce și-l atribuie sieși și cel pe care-l atribuie spiritului care-l posedă. Se evidențiază astfel o problematică a apartenenței la sine propriilor trăiri intime, care e perturbată în mod diferit în:
 - fenomenele de transparență-influență din simptomele de prim rang Schneider;
 - trăirile obsesive (grave);
 - fenomenele de posesiune(patologice);
- Această punere în paralel a egodistoniei ce se manifestă psihotic poate face în viitor obiectul unor cercetări psihopatologice, neuro-psiho-fiziologice și cognitive.

- ❑ Tot în capitolul Tulburări disociative din DSM V e prezentată ca entitate distinctă Tulburarea de depersonalizare/derealizare, caracterizată prin:
 - Depersonalizare: experiență de irealitate, detașare sau faptul de a fi un observator exterior al propriilor gânduri, sentimente, senzații, al propriului corp (e.g. pot fi trăite alterări perceptive, o percepție distorsionată a timpului, faptul că propriul sine e nereal sau absent).
 - Derealizare: experiența irealității și detașării de realitate (exp. indivizii sau obiectele sunt experimentate ca nereale ca în vis, lipsite de viață, distorsionate vizual).
- ❑ Testarea realității se menține corectă. Tulburarea poate avea diverse durate și apare între adolescență și aproximativ 40 de ani.
- ❑ În comentariul acestui sindrom în DSM V, sindrom care în Europa e de obicei inclus în simptomatologia schizofreniei; se menționează că subiectul poate resimți un sens redus al agenției (se simte ca un robot, ca un automat, ca pierzând controlul asupra propriilor emoții și acțiuni; poate avea experiența de a fi în afara corpului său).

- ❑ Descrierea tulburărilor disociative în DSM V, cum sunt cea de identitate, posesiune și cea de depersonalizare/derealizare, ridică problema unei conceptualizări a sinelui (self-ului), care apare perturbat în identitatea și unitatea sa. Precum și problema „testării realității” și cea a „limitelor eului”, ambele fiind considerate în circumscrierea din DSM IV ca ieșind din ariile de interes ale manualului.
- ❑ Poate, datorită acestor probleme care necesită o elaborare teoretică riguroasă, DSM V a decis să scoată comentariul despre psihoză din Glosarul de termeni tehnici.

- ❑ Problema unei conceptualizări adecvate a structurii ierarhice a sinelui se pune de fapt pentru interpretarea tuturor stărilor de formă și intensitate psihotică ce se întâlnesc în diverse categorii nosologice, de la Tulburarea delirantă persistentă la Schizofrenie – mai ales prin fenomenele de transparență-influență – de la scindarea sinelui din obsesionalitatea malignă la perturbarea autocontrolului și decontextualizării din mania agitată, depresia agitată sau catatonie.
- ❑ Faptul presupune nu doar distincția dintre raportarea actuală la situație în condiții de vigilitate și polul identității persoanei, ci și o instanță metareprezentatională a sinelui.

- S-ar putea susține și analiza o definiție a psihozei în general ca un:

„deficit disfuncțional al sinelui identitar la nivelul la care acesta se articulează cu situațiile problematice actuale prin intermediul instanței metareprezentationale; deficit care decontextualizează afirmarea sa de sine în realitatea umană ambientală”.

Persoană socio-culturală



caracter



Dezorganizare

Paranoidie

Nivel meta-reprezentational
Narativitate, operații cognitive pe modele

Sine identitar biografic



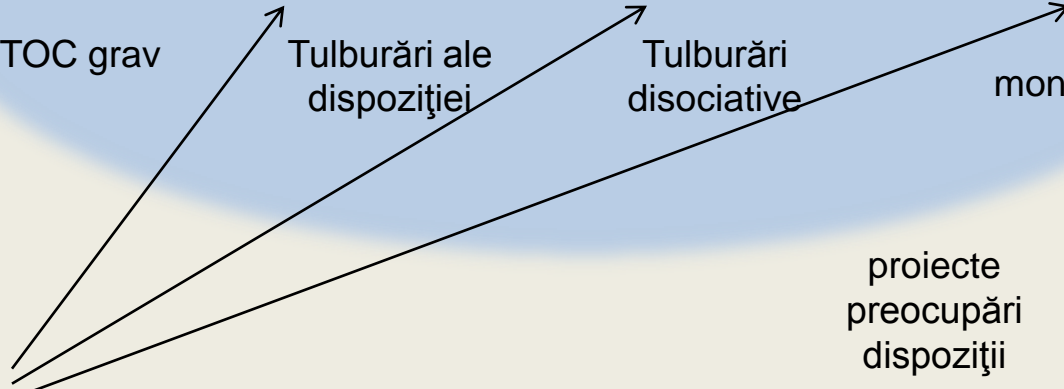
TOC grav

Tulburări ale dispoziției

Tulburări disociative

Delir monotematic

Sinele acțiunii



Raportare la situația curentă

proiecte preocupări dispoziții

Sine corporal



Corp biologic

- ❑ Delirul halucinator ilustrează cel mai pregnant problematica articulării între sinele identitar biografic și raportarea situațională și transsituațională la lume.
- ❑ De aceea, delirul halucinator rămâne o zonă privilegiată pentru studierea problematicii psihozei. Acesta nu este la fel de pregnant – și simplu – în alte manifestări psihotice.
- ❑ Problematika dezorganizării se corelează cu perturbarea unei funcții bazale speciale ale sinelui, cea a coerenței centrale. Diverse aspecte ale acestei perturbări se manifestă în autism, obsesionalitate, catatonie. Dezorganizarea limbajului din schizofrenie are ca specificitate perturbarea logico-semantică și conceptuală, cu propensiune spre abstracții sterile. De aceea, dezorganizarea se cere analizată în psihoze pe baza unei analize sintactice semantice și conceptuale și nu doar semiologice a limbajului schizofreniei dezorganizate.

- ❑ Problema psihopatologiei psihozei nu este una descriptiv-semiologică (e.g. identificarea prezenței delirului halucinator și dezorganizării), ci una de înțelegere a sinelui și organizării persoanei și a modurilor sale de dezorganizare. Faptul ne trimite la realitățile adaptative și creatoare ale antroposului.
- ❑ Clinica psihiatrică nu poate decât beneficia de pe urma studierii unor astfel de modele teoretice, corelate cu o cazuistică bine studiată longitudinal, bine interpretată și corelată existenței normale a persoanelor.
- ❑ Astfel va putea fi pusă cu mai multă acuratețe și problema vulnerabilității psihotice, cea a prodromului psihotic, teme deosebit de importante în practica și terapeuțica psihiatriei. Această problematică, ce a fost studiată în cadrul proiectului „Early psychosis”, e abordată în DSM V în secțiunea a III-a.

În concluzie

- ❑ DSM V realizează o bună prezentare a problematicii clinice a psihiatriei. Manualul evită cu grijă orice implicare în comentarea termenilor generali, dintre care face parte și conceptul de psihoză. Prin acest stil de prezentare, DSM V reprezintă o provocare pentru cei care încearcă să gândească și în perspectiva modelelor teoretice.
- ❑ Psihiatria și psihopatologia actuală urmează să facă față acestei provocări. Iar problematica psihozei este o ocazie de a articula ceea ce este prezentat implicit în formulele de diagnostic ale DSM V și ceea ce poate fi gândit de o psihopatologie actuală, cu intenții doctrinare, teoretice și experimentale.
- ❑ O înțelegere antropologică și evolutiv-culturală cât mai largă, va putea fi de ajutor psihiatriei clinice, deoarece tulburarea mentală este un fel de „experiment natural” al condiției umane. Stilul DSM V reclamă o astfel de atitudine.

VĂ MULȚUMESC!

Expunerea se găsește pe site-ul:

www.imageright.ro/lazarescu