

Mircea Lăzărescu

Jeni Blajovan

Patologia psihotică în perspectivă cazuistică

Lumea delirantului

PROIECT

pentru un caiet de cazuistică psihotică, extras din Registrul de Cazuri a Clinicii

Psihiatrice Timișoara

Text provizoriu – în lucru

2014

Noiembrie

(rugăm pe cei care parcurg textul să - și exprime opiniile și sugestiile, dacă se  
poate în scris)

## CUPRINS

## Introducere

Cap.I. – Psihozele – Generalități

Cap.II – Delirul – Generalități

Cap.III – Lumea delirantului

Cap.IV - Tematica delirantă senzitivă de relație și începutul “centralității” psihotice

Cap.V. – Tematica delirantă paranoidă și adâncirea “centralității” delirante psihotice

Cap.VI - Depersonalizarea psihotică, “centralitatea” și mutația spre lumea delirantă

Cap.VII. – Tematica delirantă de gelozie și erotomană

Cap.VIII – Tulburări perceptivă în psihoze

Cap.IX. – Simptomele de prim rang Schneider, tulburările ale spontaneității cursului gândirii și influențe xenopatie

Cap.X. – Mania, depresia și tulburările dispoziționale în contextul psihozei

Cap.XI. – Delirul cu tematica religioasă și personajele lumii delirante

Cap.XII. – Dedublarea psihismului

Cap.XIII. – Influențe delirante prin duhuri

Vor urma capitole privitoare la dezorganizarea ideo-verbală și comportamentală, la simptomatologia deficitară în psihoze și cazuistica depersonalizant-devitalizantă de tip schizofren

Permanent va exista, în Anexa 3 o rubrică de cazuri variate (miscelenia).

## Introducere

Studiul și prezentarea cazuistică a stat dintotdeauna la baza medicinei, inclusiv a celei psihiatrice. Din sec.XIX, trecând prin perioada lui Janet, Freud, Ey și până la sistemul DSM-III-IV, cazuistica a reprezentat baza de referință a psihopatologiei clinice și a cercetării psihiatrice. Descrierea categoriilor clinice poate fi considerată ca prezentarea unor “cazuri robot” iar orice cercetare în psihiatrie se poate face doar pe cazuistici definite prin criterii explicite de includere și excludere. Prezentarea și analiza de caz sunt extrem de importante de asemenea în psihoterapie și în psihopatologia antropologică pentru înțelegerea corelației cu normalitatea psihică. Ele joacă un rol important în procesul de formare a noilor specialiști.

Studiile clinice – e.g. cele ce urmăresc eficiența unei terapeutici, comorbiditățile sau modelele evolutive – au nevoie de cazuistici selecționate riguros, chiar rigid, pentru o bună înțelegere dintre cercetătorii din diverse centre. Prezentarea cazuistică cu intenții didactice și cea orientată spre antropologie, trebuie să aibă însă în vedere și varietatea stărilor psihopatologice, pentru a stimula spiritul de observație și gândirea celor ce o parcurg, înțelegerea faptului psihopatologic ca derivând din fenomene normale. Multiplicitatea și nuanțele de manifestare ale unor tulburări cum ar fi delirul, halucinațiile, depersonalizarea, fenomenele de transparență influență etc., se amplifică dacă se acordă o atenție suficientă trăirilor subiective și relatărilor psihoticilor, fapt denumit de Jaspers “fenomenologie”. Această perspectivă nu a fost stimulată suficient de modelul comportamentalist DSM-III-5. Varietatea și nuanțele manifestărilor psihopatologice invită la configurarea unor modele interpretative, care să ușureze înțelegerea articulării lor cu normalitatea.

Prezentul caiet de cazuistică psihotică elaborat la Clinica Psihiatrică din Timișoara, urmărește astfel de obiective. El se bazează pe Registrul de Cazuri

pentru Psihoze, în care s-au înregistrat între 1985-2004 peste 1600 cazuri ce au fost urmărite longitudinal, în ambulator și prin recăderi; precum și pe alte cazuri internate în Clinică.

Cazuistica e prezentată tematic în acest prim volum, centrată pe marile sindroame psihotice care gravitează în jurul delirului halucinator și a dezorganizării depersonalizante. Majoritatea cazurilor rezumă fenomenologia trăirilor subiective ale pacienților. O parte din cazuistică grupează manifestări tipice, utile exemplificării didactice. Altele, sunt prezentate mai detaliat, în stil narativ, pentru a se releva nuanțele simptomatologiei. Intermitent sunt incluse și cazuri în care psihopatologia e evidențiată în corelație cu ciclurile vieții sau prin episoade succesive. Colecția cazuistică actuală e centrată pe psihopatologia clinică și nu insistă asupra categoriilor diagnostice definite prin liste de simptome și a modelelor clinico-evolutive. Lista cadrelor nosologice din DSM-5 care includ manifestări psihotice e prezentată în Anexa 1.

Scurte comentarii introductive psihopatologice însoțesc grupajele cazuistice. Ideea de bază este cea a continuumului psihopatologic. Stările psihotice centrate de delir sunt considerate deficite psihice disfuncționale, în care se manifestă anumite sindroame, în sensul în care acestea sunt indicate și în DSM-5. Aceste sindroame psihotice erau considerate, în tradiția lui Jaspers, ca bazate pe “procesul psihopatologic”, fiind astfel diferite de reacțiile comprehensibile anormale. Deci, plasate în zona “incomprehensibilității”. Acest “proces psihopatologic” depersonalizant, al trecerii spre psihoză, încercăm să îl prezentăm ceva mai detaliat, ca organizându-se în jurul sentimentului de “centralitate”. Apoi, considerăm că sindroamele psihotice pot fi înțelese și ca manifestarea pozitivă – dar distorsionată – a unor structuri funcționale – “modúle psihoantropologice” – care se desimplică din funcționarea lor firească, adaptativă și creatoare, ce se desfășoară în cadrul vieții cotidiene. Și care, în condițiile minusului antropologic al

tulburării psihice, se exprimă rigid, acaparând psihismul și decontextualizându-l. Delirul poate fi și el înțeles din această perspectivă, dacă nu se ignoră (așa cum procedează ICD-10, DSM-5) tematica religioasă, care deschide orizontul participării curente a omului, în cursul vieții sale cotidiene, la “lumile fictive” pe care le oferă cultura. “Lumea delirantului” apare astfel ca o alunecare patologică într-o lume fictivă, aberantă din care subiectul nu se mai poate reîntoarce. Această problemă este comentată de la început, fiind exemplificată prin 4 cazuri. Faptul e mai evident în delirul cu o notă narativă mai marcată, așa cum sunt cele prezentate într-o secțiune specială. Dar această interpretare poate fi aplicată și delirului paranoid și paranoiac curent. Aspectele corelate “depersonalizării psihotice” (puțin comentate în literatura curentă) și conceperea “lumii delirante” ca derivată din “realitățile multiple”, se constituie dintr-un univers de ficțiune în care pacientul apare ca personajul central a unui scenariu fantastic, pot fi considerate contribuții relativ originale ale acestei culegeri. În conexiune, desigur, cu invocarea delirului religios și a “lumii” sale.

Caietul începe cu prezentarea câtorva noțiuni privitoare la psihoze și delir.

Editorii acestei colecții se bazează pe observațiile și redactările medicilor psihiatri ce au activat timp de decenii în Clinica Psihiatrică și ambulatorul Timișoarei, a căror listă e prezentată în Anexa 2.

Pe lângă cazurile prezentate în actuala colecție, altele de același tip se găsesc în Anexa 3, pe site-ul [demo.imageright.ro/lazarescu](http://demo.imageright.ro/lazarescu).

Intenția inițială a fost sistematizarea cazuisticii din Registrul de cazuri, la care a lucrat ani de zile d-na Jeni Blajovan. Ocazia a fost precipitată de câteva cursuri ținute rezidenților în toamna acestui an de Prof.Mircea Lăzărescu. Pe tema psihopatologiei psihozelor. Există proiectul ca Dr.Cristina Bredicean, Șef lucrări la UMFT, să organizeze revederea materialului, finisarea și completarea sa în vederea publicării. Toți cei care parcurg caietul de cazuistică sunt invitați să facă

observații și sugestii și să propună cazuri (semnate de autori) pentru a fi incluse în Anexa 3.

Timișoara, 10.12.2014

Prof.Dr.Mircea LAZARESCU

## 1. PSIHOZELE

### Generalități

Noțiunea de psihoză a fost introdusă în psihiatrie la mijlocul sec.XIX de psihiatrul vienez Feuchten, pentru a eticheta tulburările psihice grave și a înlocui termenul utilizat pe atunci de “nevroză”, în sensul de patologie a neuronilor cerebrali; cazuistică ce includea multe boli neurologice. La începutul sec.XX, după ce s-a impus sistematica nosologică a lui Kraepelin, noțiunea de “psihoză endogenă” s-a referit mai ales la boli ca schizofrenia, delirul paranoiac și boala maniaco-depresivă accentuată. Deci, la cazuri în care tulburările psihice erau pronunțate, necriticate de subiect, comportamentul neadecvat în viața de zi cu zi, și înțelegerea realității deformată. Nu a existat însă o definiție sau o caracterizare generală și explicită a conceptului de psihoză. În cursul sec.XX prin nevroze s-a ajuns să se înțeleagă tulburări psihice mai ușoare, precum anxietatea fobică, unele stări obsesiv compulsive, de conversie histerică și de astenie, care nu alterau înțelegerea realității și nu necesitau internarea, deoarece nu prezentau un important comportament dezadaptativ și o lipsă a conștiinței bolii.

Către sfârșitul sec.XX, când s-a redactat DSM-III (1980) și edițiile următoare ale acestui manual, noțiunea de psihoză s-a centrat pe delirul halucinator și încă câteva sindroame, cum ar fi dezorganizarea accentuată a gândirii, vorbirii și comportamentului. Nici acest sistem de diagnostic nu a propus o definiție operațională a noțiunii de psihoză, optând pentru o utilizare “adjectivală”, în sensul că unele tulburări pot fi etichetate ca “psihotice”. În Glosarul de termeni al DSM-IV-TR se poate citi:

**“Psihotic. Termenul a avut istoric diferite definiții, niciuna din ele nefiind acceptată universal. Definiția cea mai restrânsă pentru psihotic se reduce la deliruri sau halucinații proeminente, lipsite de critică (insight). O definiție mai puțin restrictivă include și halucinațiile proeminente ce sunt parțial criticate. Mai largă este definiția care include și alte simptome pozitive ale schizofreniei (i.e. vorbire dezorganizată, comportament pronunțat dezorganizant sau cataton). Dincolo de aceste definiții bazate pe simptome, definiția folosită în DSM II și ICD-9 a fost mai incluzivă, fapt centrat pe severitate sau deficiența (impairment) funcțională, astfel încât tulburarea mentală era etichetată psihotică dacă ea conducea la “un deficit care interferează pronunțat” cu capacitatea de a face față cerințelor obișnuite ale vieții”. În sfârșit, termenul a fost definit conceptual ca și pierdere a limitelor eului sau un pronunțat deficit în testarea realității. În funcție de aspectele sale caracteristice, diferite tulburări din DSM IV subliniază diferite aspecte ale variatelor definiții (ale expresiei) psihotic”.**

În principiu, același punct de vedere e menținut și în ultima ediție a manualului, DSM-51 (2014) dar cu adăugarea simptomatologiei negative și o anumită relaxare a înțelegerii tulburării psihice ca entitate distinctă de persoană. În DSM-IV TR, se propunea ca orice tulburare psihică să fie considerată și diagnosticată ca o entitate distinctă, care i se atribuie pacientului, sub înțelesul unei posesiuni. Formularea propusă era: “X are o schizofrenie” și nu “X este un schizofren”. Acest punct de vedere era susținut pentru a evita stigmatizarea suferinșilor psihici. Dar, această atitudine îndepărta clinicianul și psihopatologul de înțelegerea corelațiilor posibile, între trăirile normale și istoria de viață a subiectului și patologia sa psihică.

În DSM-5, sub presiunea cunoștințelor care demonstrează o gradație și un continuum între trăirile normale și cele psihopatologice – de ex. în depresie, anxietate dar și în dezorganizare sau delir – s-a renunțat la comentarea psihozei prin textul deja citat din Glosarul de termeni a DSM IV-TR, acceptându-se multe variante ușoare de manifestare a tulburărilor. Pe de altă parte, s-a acceptat introducerea “codurilor Z” din Clasificarea Internațională a Bolilor, OMS – ICD-10



(Capitolul F: Tulburări psihice); - varianta Diagnostic pe axe, prin care se pot reconstitui factorii ambientali, contextuali și favorizanți ce pot influența, de-a lungul ciclurilor vieții și recent, instalarea unei tulburări psihice.

În DSM-5, manifestările ce pot fi etichetate ca “psihotice”, sunt comentate ca sindroame, la începutul cap.IV, care se referă la “Spectrul schizofren și alte tulburări psihotice”. Redăm rezumativ lista acestor sindroame și lista categoriilor nosologice în care se menționează că ar putea apare manifestări psihotice.

Prezentarea cazuisticii psihotice din culegerea de față se va axa, în consens cu opinia internațională actuală, pe delirul halucinator, eventual marcat de simptome de prim rang Schneider. Acesta va fi comentat însă mai ales din perspectiva “alunecării” pacientului într-o “lume delirantă”, paralelă cu lumea comunitară a vieții cotidiene, fapt ce trimite spre o atenție sporită acordată trăirilor subiective. Dezorganizarea psihică, ideoverbală, conceptuală, comportamentală va fi prezentată mai succint în acest volum pornind de la delirurile bizare exprimate narativ, uneori fabulator, în care subiectul apare ca personaj într-un scenariu aberant. Această identitate de personaj a subiectului delirant poate evolua spre variante în care el se reduce la o entitate abstractă, exprimând astfel o depersonalizare anonimizantă. În acord cu actualele orientări în analiză și cercetarea dimensiunilor psihozei, vor fi menționate și tulburările dispoziționale care frecvent se combină cu patologia delirului și cu simptome caracteristice schizofreniei (SPR, dezorganizare, simptomatologie depersonalizantă).

Considerăm prezentarea de față un proiect deschis, care poate fi completat cu diverse cazuri de psihoze prezentate din variate perspective și însoțite de comentarii. Precum și prin cazuri de psihopatologie marginală psihozelor, care să facă mai comprehensibilă această zonă a psihiatriei, care tradițional a fost considerată “incomprehensibilă”.

## Psihoza în DSM V

### I

Problema psihozei este comentată în cel de al doilea capitol al Secției II, dedicată criteriilor de diagnostic și codurilor, intitulat: “Spectrul schizofren și alte tulburări psihotice”. Entitățile clinice cuprinse în capitol se caracterizează prin tulburări în unul sau mai multe din următoarele 5 domenii:

- Deliruri: - convingeri fixe ce nu se schimbă în fața unei evidențe contrare; aceste convingeri pot avea diverse teme care pot fi și bizare; între acestea se pot include inserția sau retragerea gândirii și controlul voinței.
- Halucinațiile sunt experiențe de tip perceptive ce au loc în absența unui stimul exterior; ele nu sunt sub controlul voluntar; pot apărea în diverse arii senzoriale cele auditive fiind mai comune pentru schizofrenie; halucinațiile au loc pe fondul unei cunoștințe clare; ele pot fi normale în experiențele religioase.
- Gândirea (vorbirea) dezorganizată (tulburări formale de gândire) se exprimă prin deraiere, tangențialitate, incoerență; sunt de luat în considerare doar tulburările severe, severitatea fiind greu de evaluat la persoanele ce vorbesc altă limbă.
- Comportament motor anormal sau grav dezorganizat (incluzând catatonie); se menționează negativismul, mutismul, stuporul, mișcări stereotipe, grimase, ecolalie.
- Simptome negative se întâlnesc mai ales în schizofrenie, se menționează: diminuarea expresiei emoționale, avoliția, alogia, asociabilitate.

În secțiunea III a manualului sunt scale pentru evaluarea dimensională a acestor simptome, la fel ca pentru alte categorii cu care tulburările psihotice se combină frecvent, cum sunt cele dispoziționale și deteriorare cognitivă.

## Psihoza în DSM V

## II

Categoriile clinice cuprinse în capitolul referitor la spectru schizofren și alte tulburări psihotice

- Tulburarea schizotipală (de personalitate)
- Tulburarea delirantă
- Tulburarea psihotică scurtă
- Tulburarea schizofreniformă
- Schizofrenia
- T schizoafectivă, forma bipolară și forma depresivă
- T psihotică indusă de substanțe/medicație
- T psihotică datorată altor condiții medicale: cu delir, cu halucinații
- T catatonică asociată cu alte t. mentale
- T catatonică datorată altor condiții medicale
- T catatonică nespecificată
- Alte specificități ale spectrului schizofren și alte t psihice
- Altele nespecificate

Proiectul ICD-11 pentru clasificarea tulburărilor psihotice (după Gabel, 2012)

Capitolul se va intitula "Spectrul schizofren și alte psihoze primare" și conține:

- Schizofrenia
- Tulburarea schizoafectivă
- Tulburarea psihotică și tranzientă
- Tulburarea schizotipală
- Tulburarea delirantă
- Alte tulburări psihotice primare
- Tulburări psihotice primare nespecificate

Tulburările psihotice care se manifestă în tulburările dispoziționale sunt clasificate între tulburările afective. La fel, tulburările psihotice ce se datoresc abuzului de substanțe și sevrajului și cele datorate unei condiții medicale generale sunt clasificate în capitolele respective.

La fel ca și în ICD-10 se acordă o mai mare importanță psihozelor delirante, decât în DSM-5.

**PARTEA I**

**Delirul halucinator, centralitatea și dedublarea  
psihismului în psihoze**

## 2. Delirul

### Generalități

Tradiția plasează în centrul psihozelor delirul halucinator.

Definiția clasică a delirului e cea dată de Jaspers cu 100 ani în urmă:

“Delirul este o convingere anormală, trăită cu o extraordinară certitudine, de nemodificat prin argumente, a cărui conținut, neadevărat, e imposibil”.

Această definiție se referă în primul rând la “delirul primar din schizofrenie” la care se ajunge prin dispoziție și percepție delirantă.

Sindromul delirant, care se întâlnește în mai multe categorii nosologice psihotice, cuprinde și stările pe care Jaspers le eticheta ca “deliroide”. Acestea se referă la derivarea și corelarea convingerii delirante cu alte condiții psihopatologice, așa cum ar fi grandiozitatea maniacală, autodeprecierea vinovată din depresie, unele stări delirante ce evoluează paralel cu tulburări perceptiv; sau, accentuarea și trecerea de o limită a preocupărilor prevalente (idei supraevaluate) care monopolizează psihismul, prin pierderea criticii.

Sindromul delirant se întâlnește în multiple categorii nosologice psihiatrice precum: (ICD-10 și DSM-5):

- Tulburarea psihotică scurtă și tranzitorie;
- Tulburarea delirantă persistent (sistematică nehalucinatorie și halucinatorie);
- Episodul maniacal și cel depresiv cu aspect psihotice;
- Schizofrenie (și tulburarea schizofreniformă);
- Tulburarea schizoafectivă;
- Tulburări psihotice datorate consumului de substanțe psihoactive (sau a unor condiții patologice generale sau cerebrale);

- Tulburări obsesiv-compulsive și de spectrul TOC (e.g. tulburarea dismorfic corporală) în urma pierderii criticii (insight-ului);
- Tulburări cognitive deteriorative ale vârstei a treia (e.g. Tulburarea Alzheimer);
- În Tulburările de personalitate (ca episoade reactive scurte de câteva ore, după DSM-5);
- Alte Tulburări psihice;

Sindromul delirant este însoțit în multe cazuri de alte manifestări psihopatologice precum:

- Tulburări dispoziționale: anxioase, iritabile, depresive, maniacale;
- Tulburări perceptiv: - ale formei și semnificației informațiilor situaționale; - halucinații și pseudohalucinații;
- Simptome de transparență și influență (control) xenopatic de la distanță, a gândirii, vorbirii, și acțiunii, corelat cu tulburări ale cursului gândirii (presiunea, blocajul, sonorizarea gândirii).
- Simptome de depersonalizare/derealizare psihotică
- Dezorganizare ideo-verbală (conceptuală) a comunicării, cu tulburări semantice și de abstractizare; dezorganizarea motivațional comportamentală;
- Simptomatologie (psihotică) negativă : anafectivitate, anhedonie, asociabilitate, avoliție, alogie.

Tematica delirantă (conținutul convingerilor, a ideilor delirante) se referă la propria identitate și stare: corporală, valorică (stimă de sine), relațională (atitudinea subiectului față de alții și a altora față de sine); uneori se manifestă convingeri de “posesiune” sau de schimbare a identității, cu adoptarea unei identități fictive.

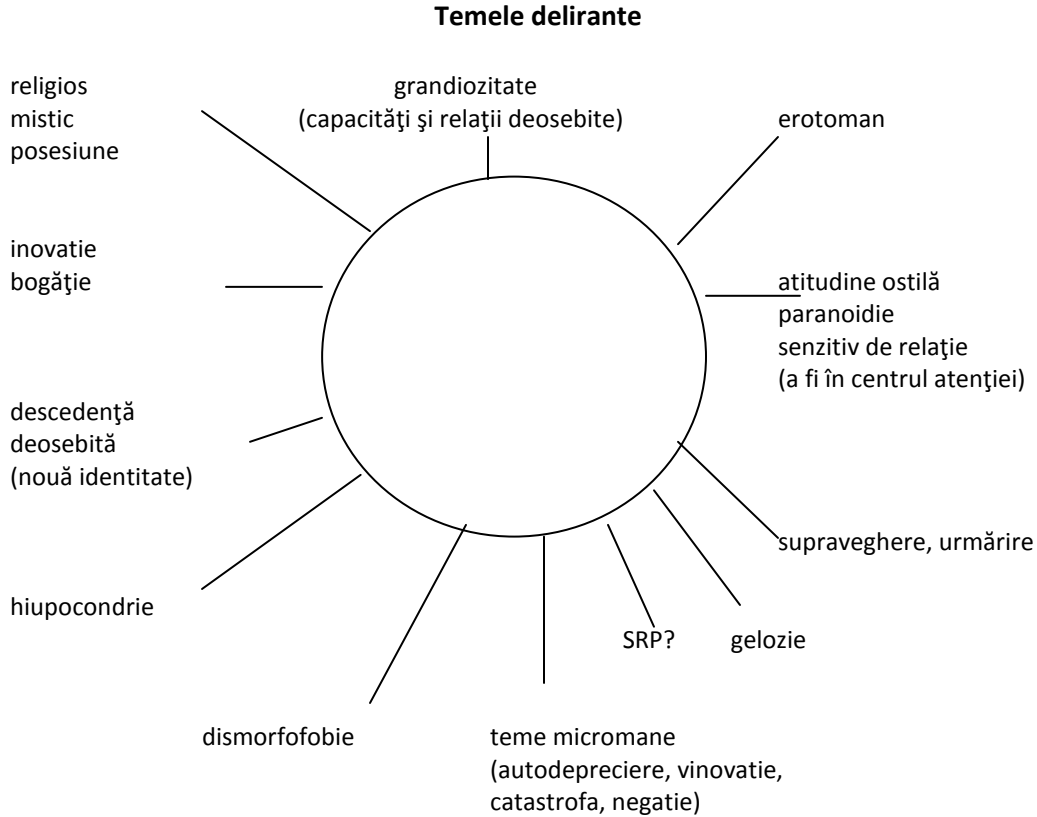
Convingerile delirante nu se referă la stări de fapt actuale ale lumii înconjurătoare, sau la cunoștințe despre lume, la convingerile socio-politice și religioase pe care subiectul le împărtășește cu celelalte persoane. Ci la felul în care el se resimte pe sine, identitar, ca stare și ca poziție în lumea sa umană.

Temele delirante se desfășoară între doi poli, care se întretaș.

- a) Polul propriei stări și identității, cu trimitere la: sănătate (boală), aspect (corporal), valoare (capacități, părere despre sine), realizare (descoperiri), poziție socială (relații), identitate și descendență (ilustră, deosebită, istorică, supranaturală), nouă identitate;
- b) Polul relațiilor cu alții, cu trimitere la: gelozie, erotomanie, sentimentul senzitiv de relație (a fi în centrul atenției altora), suspiciune, atitudine și acțiune ostilă a altora față de sine (paranoidie), supraveghere-urmărire-control al intimității; sau, admirație, iubire etc.

Raportarea relațională se referă la persoanele familiare, cunoscute și apropiate, la persoanele oficiale, pe care subiectul le cunoaște, sau despre care știe; la instituții generale, la personaje fictive sau istorice, la ființe și entități supranaturale, fictive.

Trăiri relaționale ca sentimentul de transparență influență a gândirii și acțiunii și alte simptome reunite sub sintagma "simptome de prim rang Schneider" sunt uneori incluse în delirul paranoid (schizofren). Deși, multe sisteme semiologice, cum e Manualul SCAN ce deservește ICD-10, le descrie distinct, atât de grupul delirurilor cât și de cel al halucinațiilor.



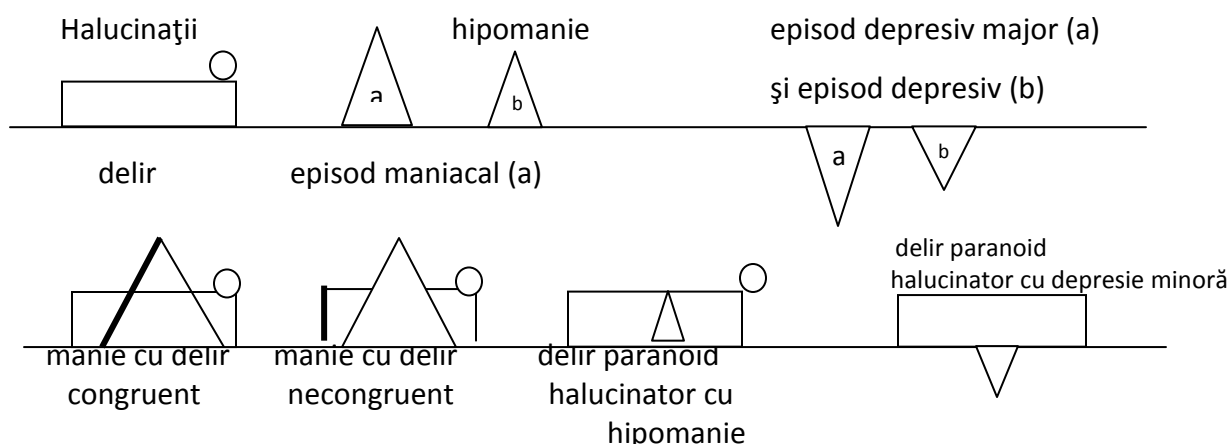
Instalarea delirului e în majoritatea cazurilor marcată de un proces de depersonalizare/derealizare psihotică, cu sentimentul subiectului că lumea din jur se schimbă. Subiectul are de asemenea sentimentul că și el se schimbă, nu e la fel ca înainte; și persoanele din jur, familiare, îi apar frecvent ca schimbate. Ansamblul acestui proces, pacienții îl desemnează deseori prin expresia “am fost vrăjit”.

Situația delirantă exprimă de obicei o nouă identitate a subiectului într-o nouă lume. Uneori această nouă identitate e exprimată narativ, mai mult sau mai puțin fabulator. Subiectul se prezintă în unele cazuri ca un personaj dintr-un scenariu narativ fantastic, cu relaționări supranaturale sau istorice. Afirmarea narativă a unei noi identități este doar un aspect, exterior, a tulburării identitare profunde ce se petrece în delir.

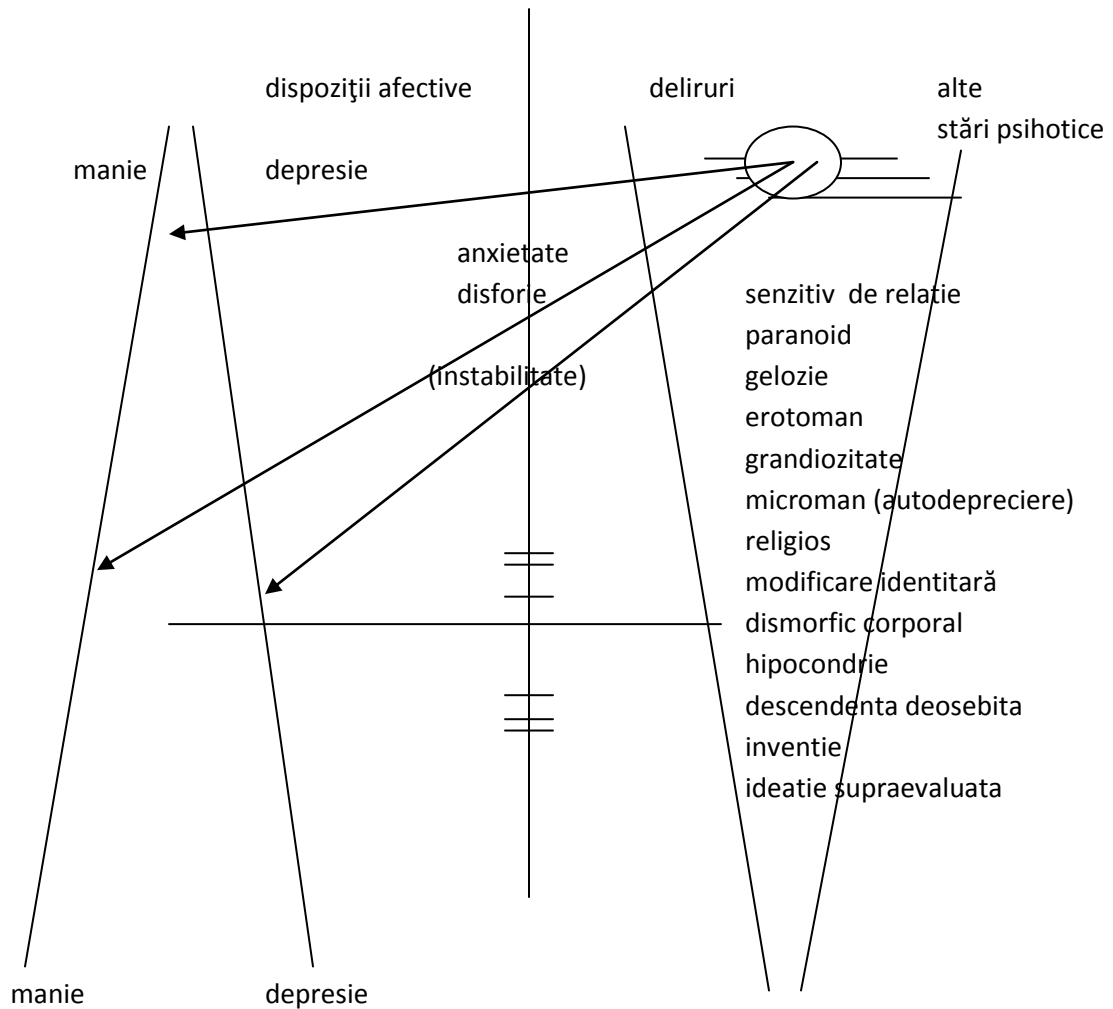


Orice delir are la bază o dispoziție afectivă modificată, în diverse intensități. Delirul paranoid, de persecuție, se corelează de obicei cu o dispoziție anxios-fobică, și/sau iritabil disforică. Dar el poate să se manifeste și în contextul unei dispoziții euforic maniacale sau depresive. Tematica specifică dispoziției maniacale e grandiozitatea; a celei depresive e autodeprecieri, vinovăția, boala, catastrofa. În schizofrenie, delirul bizar se poate manifesta pe fondul unei “răceli” afective, ca expresie a depersonalizării devitalizante.

Între intensitatea convingerilor delirante (eventual asociate cu halucinații și alte simptome psihotice) și intensitatea dispoziției afective, nu există totdeauna paralelism, chiar dacă e vorba de o tematică congruentă. Tematica de grandiozitate sau erotomană se poate corela uneori cu stări de dezinhibiție euforică hipomaniacală ușoară sau medie; iar în alte cazuri cu o stare dezinhibat euforică agitată însoțită de fugă de idei. Starea maniacală dezinhibată însoțită de agitație și fugă de idei, se poate însoți de stimă de sine crescută care să nu aibe o formă nedelirantă; sau, de un delir congruent cu tematică megalomană ori de delir paranoid, de persecuție și urmărire. Deși tulburările dispoziționale nu sunt în prezent etichetate psihotice, mania și depresia se înscriu pe un continuum clinic care de la un anumit nivel se manifestă similar cu delirul paranoid halucinator, chiar dacă nu prezintă un “delir congruent”. Clinic există variate combinații:



### Relatia intre delir si dispozitiile afective



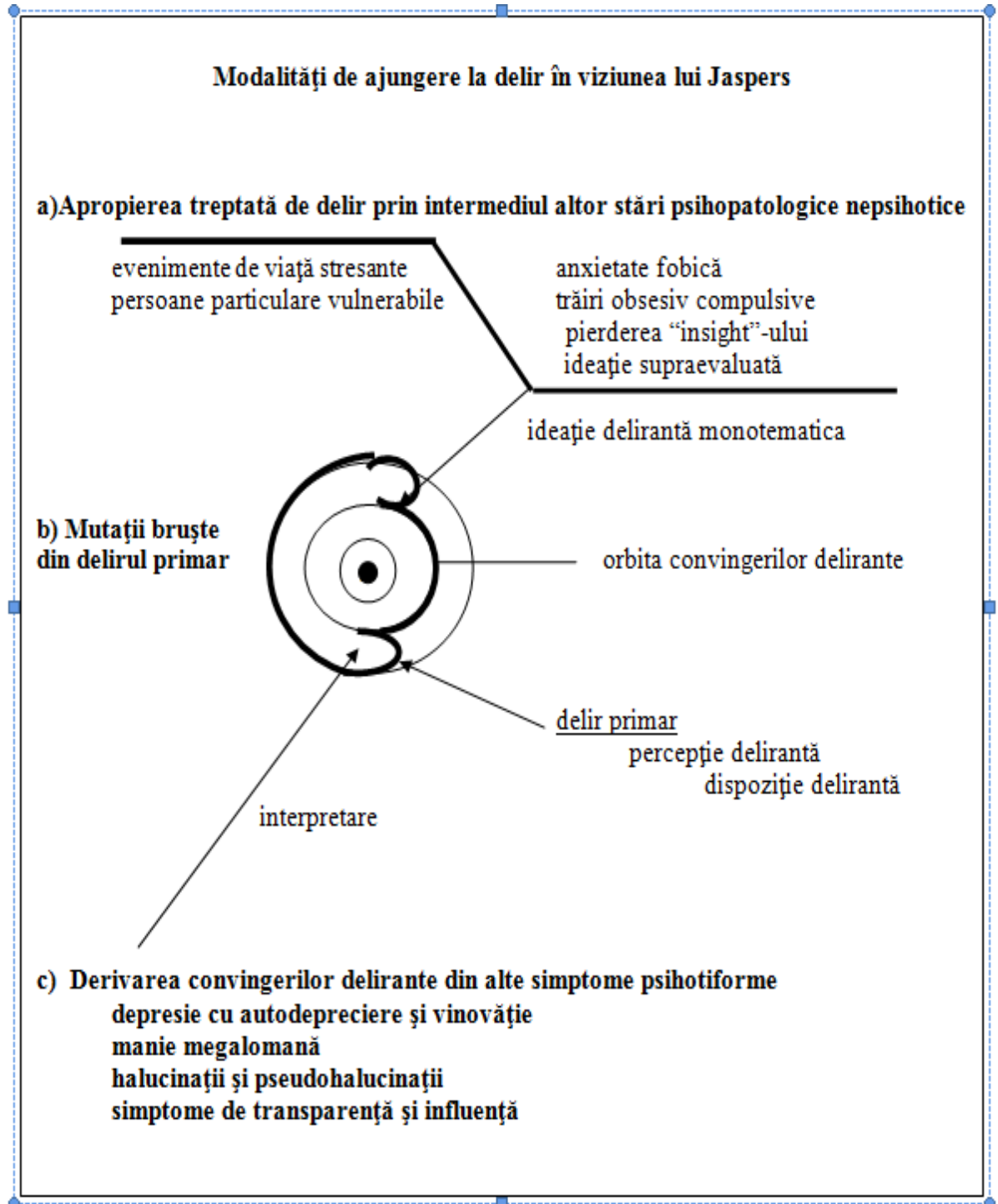
Delirurile mai sunt comentate și prin modul lor de instituire, elaborare și organizare. Se descriu următoarele variante principale. La două extreme se plasează:

1. Deliruri sistematizate, organizate de obicei lent progresiv prin interpretarea patologică a semnificațiilor celor percepute și a prelucrărilor imaginative; multe sunt monotematice; e.g. delir hipocondriac, delir dermatozic Eckborn, delir dismorfic cerebral, delir senzitiv de relație; delir de gelozie, delir erotoman.
2. Model de instalare prin delir primar, caracteristic mai ales schizofreniei; instalarea acestuia se desfășoară în doi timpi: a) dispoziția delirantă, în care subiectul are impresia că “se întâmplă ceva important pentru el” (e în centrul evenimentelor – “centralitate”) iar datele percepute au semnificații deosebite, uneori misterioase; b) o percepție obișnuită = “percepție delirantă” “clarifică brusc” scenariul și convingerile delirante. Acestea sunt bizare, subiectul parcă trăiește “în altă lume”, exprimarea e incoerentă, aproape de neînțeles.

Între aceste două extreme, patologia centrată prin delir poate prezenta forme intermediare. Astfel se pot întâlni episoade maniacale sau depresive însoțite de delir, congruent sau necongruent (paranoid). Se pot întâlni și cazuri de delir paranoid, de persecuție și supraveghere însoțite de anxietate și unele halucinații, care se manifestă în această poziție intermediară. Elementele menționate ale delirului primar se pot manifesta în etape și fragmentar.

Prezența simptomelor de transparență și influență a gândirii și acțiunii alături de alte tulburări ale cursului gândirii, pot, în funcție de intensitatea și durata lor să fie caracteristice pentru astfel de cazuri și să nu încline balanța în direcția delirului schizofren. Faptul e valabil și pentru delirurile în care un rol important îl joacă narativitatea. În aceste cazuri, varianta schizomorfă e marcată

mai ales de transformarea subiectului într-un personaj fictiv dintr-un scenariu fantastic și de dezorganizarea ideo-verbală.



## Prezentare rezumativă a principalelor teme delirante

Tematica senzitivă de relație constă în convingerea subiectului că e în centrul atenției celorlalți, care-l privesc în mod deosebit și discută între ei despre el (își fac semne, se înțeleg între ei). Această tematică implică sentimentul de “centralitate” și de obicei se asociază cu convingeri paranoide, de persecuție; mai rar, cu cele de grandiozitate (admirație, invidie).

Cel mai frecvent, tematica delirantă senzitivă de relație e inclusă în tematici mai ample, de obicei cu conținut paranoid (de atitudine ostilă și urmărire); pot fi prezente și simptomele de prim rang Schneider și alte simptome, cum ar fi în tabloul clinic complex din schizofrenie.

### Tematica paranoidă

Subiectul e convins de atitudinea ostilă, răuvoitoare, dușmănoasă a altora, care intenționează să-i facă rău sau i-au făcut deja ceva rău.

Este suspicios, consideră că alții se asociază într-un complot împotriva sa, îl supraveghează și îl abordează pe diverse căi.

Delirul paranoid se desfășoară de obicei pe fundalul unei dispoziții anxios disforice; dar poate fi prezentă și o dispoziție depresivă sau maniacală.

Se însoțește de multe ori de tulburări perceptivă (ale semnificației celor percepute și/sau halucinații mai ales auditive și vizuale); simptomele de prim rang Schneider sunt prezente mai ales în schizofrenie.

- Modalități de a i se face rău: prejudiciu moral, prejudiciu material, persecuție, înșelare, lezare corporală, îmbolnăvire, inducere de durere și suferință, otrăvire, schinguire, privare de libertate, omorâre;

- Modul de supraveghere : atenție senzitiv relațională: urmărire, supraveghere și spionare (individuală și în grup, în locuri publice și acasă), supravegherea intimității cu mijloace tehnice (fotografieri, filmare, camera video, ascultarea telefonului, microfoane, supraveghere prin TV, radio, internet).

- Identitatea persecutorilor (dușmanilor): persoane din intimitate, rude, vecini, colegi de serviciu, persoane publice, persoane necunoscute (“alții”), reprezentanți ai unor instituții publice (poliție, securitate); instanțe și entități sociale abstracte (Mafia, KGB, Interpol); personaje publice și istorice; ființe fictive (extraterestri, vrăjitori, ființe supranaturale (diavolul, Dumnezeu).

- Tematica dismorfic corporală (delirantă)

Subiectul e convins că aspectul său corporal – predominant facial) este nearmonic (dismorf, urât, anormal) fapt care va atrage atenția și atitudinea disprețuitoare a celorlalți (componenta senzitivă de relație); petrece mult timp autoobservându-și corpul (în oglindă), încercând să mascheze presupusele defecte; frecventează intens cabinetele de înfrumusețare, solicită operații estetice repetate; poate deveni revendicativ, dispoziția e anxios depresivă cu scăderea stimei de sine și rușine. Se poate corela cu preocuparea obsesiv compulsivă.

Echivalente:

- Preocuparea pentru corp din anorexia mentală a tinerelor fete și cea (exagerată) pentru corp athletic la băieți;
- Delirul osmotic: convingerea că propriul corp emană un miros urât pe care ceilalți îl resimt; deseori pacientul afirmă că percepe acel miros.

Corelații: tulburarea de personalitate evitantă, anxietatea (fobică) socială gravă

- Tematica de gelozie

Pacientul e convins nemotivat și absurd că partenerul îl înșeală (sau l-a înșelat) și își dedică majoritatea timpului supravegherii acestuia și obținerii de dovezi; poate elabora strategii complicate în acest scop și nu acceptă nici un argument rațional; se pot adăuga trăiri senzitiv relaționale fiind convins că ceilalți cunosc situația și îl privesc cu condescendență, bătându-și joc de situația sa (stimă de sine scăzută).

- Tematica erotomană

Pacientul e convins că o altă persoană, cu o poziție socială superioară (de obicei o persoană publică) s-a îndrăgostit de el și îi face avansuri; interpretează în mod specific comportamentul acestuia, decupând detalii decontextualizate cărora le dă o semnificație specială; poate dezvolta scenarii imaginative privitoare la evoluția ulterioară a relațiilor cu acesta; ignoră toate evidențele care contrazic delirul.

Tematica de gelozie și cea erotomană pot fi înglobate în construcții delirante complexe.

- Tematica hipocondriacă

Subiectul e convins că suferă de o boală gravă, incurabilă, periculoasă, corpul său este afectat în mod grav; uneori e convins că se poate face vinovat de transmiterea către alții (către un mare grup de oameni) a bolii, sau că aceasta îi va determina o suferință îndelungată; tema hipocondriacă poate fi inserată într-un delir depresiv.

- Tematica de infestație (Eckborn)

Pacienta (de obicei la vârsta adultă sau a treia) este convinsă că este infestată cu microorganism care circulă sub piele, afirmând că resimte mișcarea acestora = halucinații cutanate; solicită insistent tratament dermatologic și refuză orice consult psihiatric, cu toate asigurările specialiștilor că nu există argument pentru o patologie somatică (dermatologică, parazitară).

- Tematica de descendență deosebită

Pacientul neagă faptul că părinții săi ar fi cei reali; consideră că au fost substituiți sau că el a fost preluat de părinți adoptivi; afirmă de obicei că părinții reali sunt persoane deosebite, pe care uneori doar le bănuiește sau le sugerează.

Tema delirantă a unei paternități și descendențe speciale poate să se conjuge cu atitudinea megalomană de descendență ilustră și/sau cu afirmarea unei noi identități, corelate cu personaje politice sau istorice.

În delirurile religioase, subiectul se poate considera fiul lui Dumnezeu.

- Tematica delirantă de invenție

Subiectul e convins că a făcut descoperiri deosebite, la care visează întreaga omenire: a descoperit leacul cancerului, perpetuum mobile, a clarificat Adevărul absolut, a realizat invenții și creații excepționale etc.; se conjugă cu o stimă de sine crescută, cu grandiozitatea.

- Teme de grandiozitate (megalomania)

Pacientul are o bună părere despre sine, e convins că are capacități și abilități deosebite, uneori că a realizat lucruri deosebite: se simte capabil să realizeze activități speciale, extraordinare, să rezolve probleme ale umanității, să inventeze și să creeze opere geniale, să învingă diavolul și să salveze omenirea.

Poate fi convins de o nouă identitate importantă, o reîncarnare istorică, descendență ilustră, relații sociale (și politice) înalte; în delirul religios se simte familiar și apropiat de Dumnezeu, care-i încredințează misiuni speciale; uneori se identifică cu Isus și Dumnezeu vorbește cu vocea sa.

- Teme micromane

Subiectul e convins că este un personaj fără valoare care nu merită atenția celorlalți și ar trebui să dispară: ("nu merită să facă umbră pământului"); poate fi convins că este extrem de vinovat, trebuie să moară sau să fie condamnat la chinuri veșnice; convingerea se poate referi la o boală incurabilă, la oprirea din



funcționare a organelor (sd. Cotard); la ruine și catastrofă generală; suferință și chin îngrozitor pentru toată lumea (argument pentru sinucideri colective; se poate simți posedat de diavol).

- Tematica religioasă și de posesiune demoniacă

Subiectul trăiește o apropiere și intimitate cu lumea și personajele supranaturale ale mitologiei sacrale.

Poate fi convins că Dumnezeu e într-o relație foarte apropiată cu el, îl protejează și îndrumă direct, îi vorbește, folosește cuvintele sale pentru a transmite mesaje omenirii; se poate considera fiul (fiica) lui Dumnezeu (sau a Fecioarei Maria), identificându-se cu Isus (mai ales în ipostaza de răstignit). Dumnezeu îi încredințează misiunea de a învinge diavolul și răul, de a salva omenirea. Relaționarea cu Dumnezeu se face uneori prin intermediul unor duhuri, spirite, energii; se pot manifesta iluminări, senzații corporale atribuite divinității. Subiectul poate resimți identificarea cu Dumnezeu.

Diavolul intervine prin sentimentul de posesiune corporală, inducerea de senzații neplăcute (e.g. sufocare), îndemnuri rele, controlul mișcărilor și a vocii.

Instanța ființelor supranaturale se manifestă și în manieră halucinatorie (voci) și mai ales a simptomelor de prim rang Schneider (cunoașterea și dirijarea gândurilor, controlul vorbirii și a actelor).

### 3. Lumea delirantului

Interesul crescut pentru delir din ultimul timp a condus la modele interpretative cognitiviste parțial testate experimental, așa cum sunt teoria bottom-up, top-down și cea a insuficienței respingerii ipotezei false. Acest fapt a stimulat și interesul specialiștilor în neuroștiințe în această direcție. Una din cele mai prestigioase personalități în acest domeniu, Gallanger, redactor a multiple monografii de prim interes (1, 2), propune recent, într-o culegere dedicată “Psihiatriei ca știință neurocognitivă” o interesantă ipoteză explicativă, cea a “realităților multiple” pe care o invocă făcând referințe la James și Schultz. (3) El scrie:

**“Pe lângă lumea în care noi lucrăm, ne câștigăm salariul, ne socializăm, ne bucurăm de viața de familie....mai sunt multiple alte realități care ne scot din realitatea de zi cu zi. De ex. dacă citesc un roman, merg la teatru sau la cinema sau sunt preocupat de un joc pe calculator, eu petrec câteva ore intrând în diverse realități ce mi se deschid prin paginile cărții, prin scena teatrului sau prin monitorul calculatorului...eu pot să mă identific cu unul sau mai multe din personajele din aceste diverse medii. În vis, sau în visul diurn, sau în fantezie, pot juca activ fiind eu însumi, dar și ca o variantă modificată a mea, diferită de cea zilnică...la fel....eu pot fi în lumea piesei, a filmului, a jocului;și apoi să mă întorc în lumea vieții cotidiene...Pare perfect posibil ca cineva să poată intra în realitatea delirantă la fel cum intră în realitatea visului ori într-o realitate ficțională sau virtuală. La fel ca multiple alte realități unele realități delirante sunt mai mult sau mai puțin rupte de realitatea zilnică, incomensurabile cu legile normale ale rațiunii care guvernează lumea noastră cea de toate zilele. “**

Odată cu doctrina realităților multiple Gallanger reactivează conceptul fenomenologico-existențialist al „faptului-de-a-fi-în-lume” a lui Heidegger, care fusese preluat pe vremuri de psihopatologi ca Binswanger.

În deschiderea acestei preocupări pentru interpretarea delirantului ca trăind într-o lume aparte, prezentăm pentru comentare trei cazuri:

### 1. Cazul 1 - 1109/1999

O femeie de 41 ani dezvoltă un tablou maniacal psihotic (în 1999) cu tematică mistică. Prezintă: halucinații auditive ce i se adresează direct: Dumnezeu îi spune zilnic ce să facă, ea ascultându-l întru totul; a fost aleasă ca să fie un fel de proroc pentru că ea nu a curvit, nu a mințit, are un semn pe dosul mâinii, aceasta e urma cuiului cu care a fost răstignit Isus Christos; simte un gust amar în gură ca pelinul dat lui Isus, corpul îi miroase a tămâie; ei i-a dat Dumnezeu chinul lui Christos; Dumnezeu comunică cu ea, o influențează, o protejează, a ales-o; i se citesc gândurile cu ajutorul lui Dumnezeu, resimte și gânduri care nu sunt ale sale, sunt gânduri date de Dumnezeu care îi influențează și mișcările și gândurile; se simte și urmărită de oameni pe stradă, își dă seama pentru că simte un fior de gheață în ceafă, aceasta pentru că mulți oameni sunt „diavoliți”, așa cum e și soțul ei care o bate.

În anii următori se manifestă episoade afectiv psihotice similare, cu dispoziție maniacală și depresivă dublate de delir halucinator mistic și simptome de prim rang Schneider. Interesele sociale se reduc și domină preocupările religioase: aude vocea lui Dumnezeu care îi spune „femeie, vino după mine”; noaptea aprinde candelile în casă, repetă formule religioase: „se va face judecata divină”, „trebuie toți să ne rugăm pentru mântuirea sufletului”, merge foarte frecvent la duhovnic și la biserică, se roagă într-una (2008).

Lumea delirantă în care intră pacienta de la primul episod e jalonată de personajele credinței. E o „altă lume” decât cea profană, în care rămâne totuși, căci cele două sunt corelate. Pacienta simte că a fost aleasă pentru a media între cele două, pentru a fi un fel de proroc pentru oameni. Atitudinea ostil paranoidă a oamenilor o interpretează tot mistic, aceștia fiind diavoliți. Simptomele de prim rang Schneider nu le atribuie însă oamenilor ci intervenției personajelor divine, de lumea cărora se simte absorbită odată cu delirul. La ultimul episod detașarea de lumea profană e pronunțată, majoritatea timpului petrecându-l în rugăciuni și auzind vocea Domnului care o cheamă la el.

Comportamentul religios accentuat poate să se manifeste în normalitate; la fel ca și retragerea la mănăstire sau în viața de pustnic. Distincția dintre lumea

creдинței și lumea profană rămâne prezentă în ambele cazuri. În normalitate însă, identificarea cu Isus și sentimentul prorocirii sunt considerate o extraordinară excepție. La fel ca și mesajul verbal divin sau alegerea de către Dumnezeu pentru o misiune. Psihopatologia aduce în joc o de-diferențiere a structurilor psihice care asigură distanțele și ierarhiile antropologice. Dispare astfel distanța și diferențierea firească între instanța umană profană și instanța sau lumea divină, cu personajele sale sacre. Lume sacră, care în viața cotidiană, este acceptată ca o instanță supranaturală firească, de o foarte mare parte a umanității.

### Cazul 2 - 1353/2002

Un tânăr de 20 de ani ajunge să se interneze după câteva luni în care comportamentul său s-a deteriorat, cu retragere socială și agresivitate (2002). La interviu relatează că totul a început când l-a văzut pe Isus îmbrăcat în alb și albastru care i-a făcut semn cu mâna. Aceste culori capătă de acum încolo o semnificație specială pentru el. De atunci, uitându-se în oglindă observă că fizionomia sa se schimbă și începe să semene tot mai mult până la identitate, cu un actor care joacă rolul principal în filmul serial Sunset Beach. Declară familiei că el este cel din film; și subiectul filmului, tot ce se petrece acolo, e inspirat din viața lui. Întâi e revoltat, considerând că regizorul filmului i-a furat viața; apoi recunoaște în acest regizor pe propriul său tată, sentimentele față de el fiind contradictorii. Începe treptat apoi să recunoască în diverse melodii cântate de trupe de renume, subiecte din propria-i viață. Diverse întâmplări, subiectele cântecelor încep să aibă o semnificație aparte; chiar și titlurile lor sunt aluzii la intimitatea pacientului. Trece prin experiențe bizare și resimte anxietate, neputându-și explica prin ce modalități îi este cunoscută toată viața, intimitatea, gândurile, visurile. Treptat ajunge la concluzia că este o vedetă, că lumea îl recunoaște pe stradă, unii privindu-l chiar cu invidie; alții urmărindu-l și vrând să-i facă rău. La TV se fac aluzii la el; și, „cineva”, (probabil regizorul filmului inspirat din viața sa) încearcă să-i influențeze gândirea și comportamentul. Consideră că e „însemnat”, arată un semn pe torace și o încrucișare de linii în palmă pe care o interpretează ca o cruce ce i-a apărut din senin: „ e posibil ca Dumnezeu să fi făcut asta”.

Consideră că mama lui e doar o femeie cu care stă în casă, iar tatăl nu e tatăl lui; tatăl lui e probabil Dumnezeu .... sau regizorul care a făcut filmul despre el.

Devine tot mai retras, irascibil, energia se canalizează spre un nou ideal: a-și găsi iubirea, care se referă la o fată pe care cunoscut-o în copilărie și a-l găsi pe cel care a realizat filmul despre el. E convins că totul se va rezolva dacă va pleca în capitala țării. Devine agitat, agresiv și ajunge din nou la internare. Urmează și alte internări; în 2003 cu un tablou clinic similar; în 2009 cu menținerea delirului, retragere socială, manierisme, depresie; în 2010 se menține convingerea unei relații speciale cu Dumnezeu care i s-a arătat „pentru că credea că sunt un fel de rege pe pământ”, e depresiv cu idei de inutilitate și suicidare, „se simte terorizat de Dumnezeu pentru anumite lucruri ce le-a făcut deși nu a făcut rău nimănui”.

În acest caz patologia delirantă, deși se corelează cu instanța divină – Isus i se arată, Dumnezeu s-ar putea să fie tatăl său; în ultima perioada îl terorizează – în esență se petrece în lumea laică. Pacientul intră însă în lumea delirantă părăsind identitatea sa naturală – printr-un proces de depersonalizare și transformare într-un personaj de film. Regizorul filmului ajunge să fie considerat tatăl lui. Dar, odată cu alunecarea în lumea delirantă, intră pe o orbită în care intimitatea existenței sale e transpusă în textele de muzică cunoscute de toți. Delirul înseamnă ieșirea din viața cotidiană. Dumnezeu rămâne însă patronul întregii realități.

### Cazul 3 – 806/1996

Un tânăr de 19 ani se internează (1996) în regim de urgență într-o stare de agitație delirantă: e convins că este o persoană importantă peste care a coborât Duhul Sfânt și care va scăpa țara de dezastru, lumea îl privește mai intens datorită importanței sale; există o persoană în oraș, o vrăjitoare care îl supraveghează și care îi cunoaște gândurile și poate să-i transmită gânduri.

După acest debut cu delir de misiune specială, urmează repetate internări, tematica delirantă rămâne de grandiozitate, dar se centrează pe relația cu diavolul; de fapt, cu o armată de draci care e în strânsă legătură cu o vrăjitoare. Descrierile pacientului, deși uneori cu marcate alunecări narrative, se mențin de-a lungul anilor în același univers, cu aceleași personaje.

Prezintă pseudohalucinații auditive imperative și comentative: o voce de femeie îi comandă ce să facă; această voce a fost făcută prin vrăji și introdusă în cap tot prin vrajă de către vrăjitoare care e în armata de draci și care acum e în

iad. Vocea comentează și acțiunile pacientului, îl critică, îi vorbește urât pe cei din jur; uneori o poate controla și când îi spune „taci voce” aceasta se oprește; În urmă cu un timp aceasta i-a ordonat să-l lovească pe tatăl lui asigurându-l că nu va păți nimic, el l-a lovit și a fost internat în spital. De atunci i se împotrivesc când îi comandă ceva.

Se simte urmărit de un drac, printr-un ecran; acesta știe tot ce face, dracul îi controlează gândurile, mișcările îi răspândește gândurile, toată România știe ce gândește el; cei din jur văd prin ochii lui „văd ce aude el”, cei de la radio și TV îi știu gândurile, dar nu le dau pe post ca să nu-și dea el seama; tatăl său prin tuse îi citește gândurile.

A fost într-un război cu armata de diavoli încă din copilărie, diavolii îi întindeau tot felul de capcane, în timpul războiului dracii controlau pământul; lui i-au dat injecții letale, prin intermediul medicului psihiatru care era controlat de draci, dar el a câștigat războiul, satana i-a răspândit pe draci în deșert, dar a mai rămas un drac pe pământ care îi tot întinde capcane și îl urmărește; a apărut și la TV și i-a spus pacientului „biserica e spital”; fratele său a fost în timpul războiului de partea dracului de aceea l-a lovit și i-a învinețit ochiul.

El e o persoană importantă, nu știe dacă Împărat sau Comandant, dar este protejat de Dumnezeu ori de Biblie. E o persoană importantă deoarece Împăratul a însărcinat-o pe mama lui așa cum a fost însărcinată Fecioara Maria și astfel s-a născut el; iar peste 10-20 ani, Împăratul va trimite o navă să plece acasă, în Împărăție sau Paradis, nu știe exact.... el poate influența jocurile de fotbal la TV; când joacă România o poate ajuta spunând „atacați” și ai noștri atacă iar rivalii se opresc; poate comanda totul ca la un joc video.

Insight-ul lipsește, nu se consideră bolnav ci „fermecat” ori „vrăjit”, sau are un virus și trebuie să stea în spital 9 ani, adică să facă 9 ani de armată în spital, ca să-și facă o prietenă, deja a făcut 4 ani ....

Lumea delirantă în care trăiește pacientul este în mare măsură una de ficțiune în care e prezent și Dumnezeu și mai ales dracii, o armată de draci și unul principal în relație cu o vrăjitoare .... Un loc aparte în această realitate fictivă îl are o voce care i se adresează mereu. Iar acest univers trece constant într-unul de ficțiune propriu-zisă, de poveste, cu un Împărat care e probabil tatăl său și-l va duce în Împărăție sau în Paradis.

Delirantul, ieșind în mare măsură din lumea vieții cotidiene, a comunității în care trăiește, nu e lipsit de lumea sa. Acesta e o lume paralelă, care împrumută

mai mult sau mai puțin din lumea narațiunii și personajelor sacre – iar lumea diavoliților e corelată acestora –; și/sau din lumea poveștilor, a narațiunilor fictive. În mod explicit, pacientul menționat spune că nu e bolnav ci a fost vrăjit ca să trăiască într-o lume de ficțiune.

Pe lângă cele trei cazuri extrase din Registrul C.P.T. mai menționăm un caz din literatură, comentat recent de Opjordsmonen (2014). Breivik a impresionat lumea punând la cale cu minuțiozitate un amplu atentat la Oslo realizat la 21 iulie 2011 care a atras poliția, ca între timp să meargă înarmat pe o insulă din apropiere unde se adunaseră tineri liberali, ucigând 77 dintre ei.

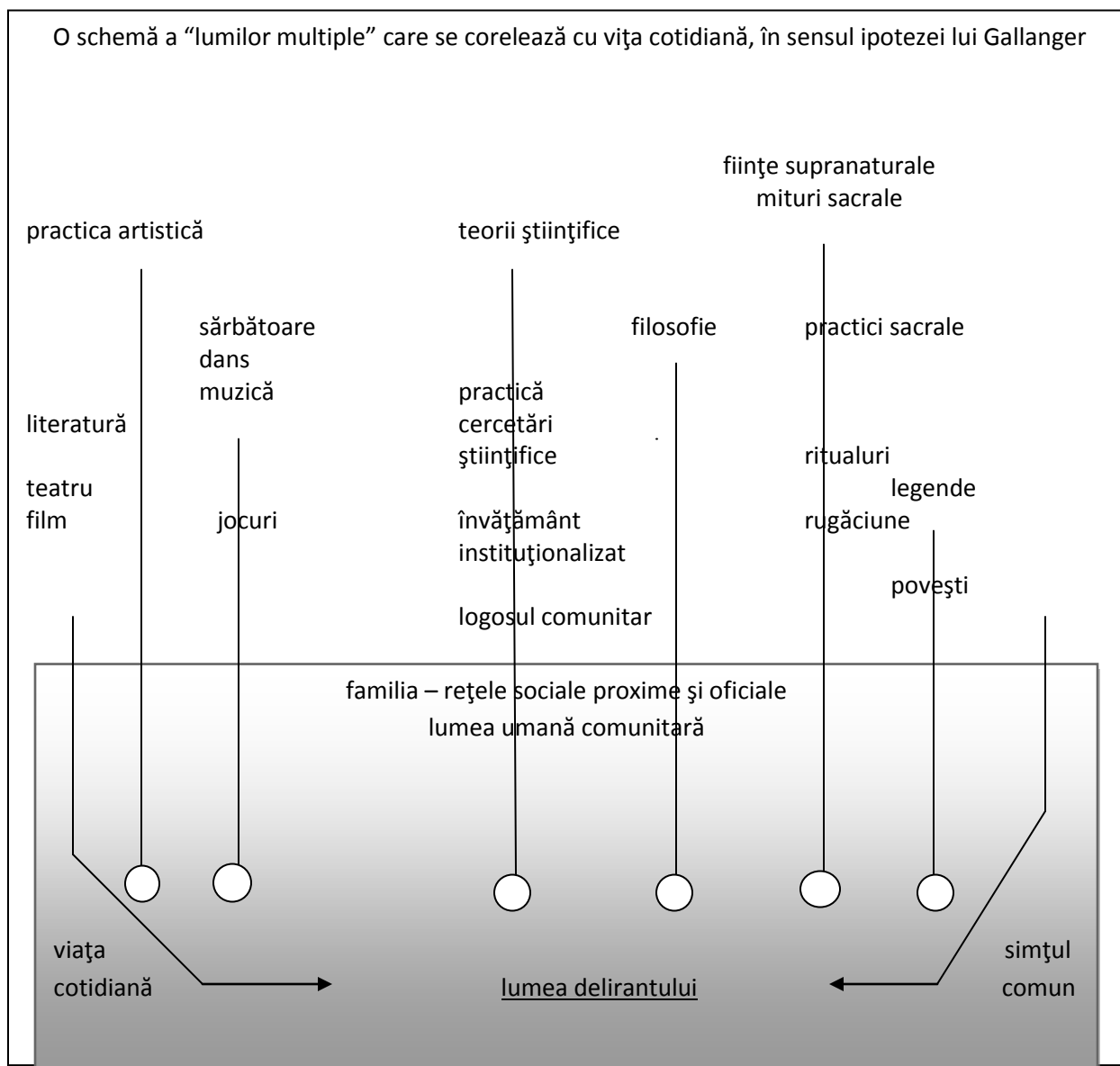
#### Caz 4 (Schizophrenia Bulletin, Nr.1, 2014)

Breivik se considera liderul organizației Regilor Templieri și prin aceasta trebuia să fie pionerul războiului civil European. El trebuia să fie noul regent al Norvegiei fiind abilitat să decidă cine poate să trăiască și să moară în țara sa. Era convins că are responsabilitatea să deporteze câteva sute de mii de musulmani în Africa și considera că exista o impuritate rasială în Norvegia. De asemenea, lucra la un plan pentru a îmbunătăți fondul genetic etnic al Norvegiei. Bazat pe aceste convingeri, pe care le postează și pe internet, el organizează metodic planul crimei pe care o execută pe o insulă unde se adunaseră tineri liberali. La examinări nu s-au constatat halucinații sau dezorganizare a gândirii. Totuși, la prima expertiză delirul său a fost considerat bizar, folosirea cuvintelor cu alte semnificații în contexte noi au fost considerate neologisme, înregistrându-se și răceala sa afectivă. Deși pacientul se consideră normal psihic, primii experți au pus diagnosticul de schizofrenie paranoidă.

Acest diagnostic îl absolvea însă de crimă. În urma protestelor generale s-a trecut la o nouă expertiză, fiind examinat săptămânal de mai multe ori. Treptat, el a început să reducă importanța Regilor Templieri și să admită că a exagerat rolul său. Al doilea diagnostic a fost de personalitate narcisistă și pseudologia fantastică, fapt ce a permis condamnarea.

Cazul Breivik, chiar dacă nu beneficiază de diagnosticul de schizofrenie, prezintă caracteristici evidente că subiectul trăia într-o “lume delirantă” proprie, asumându-și o identitate inspirată din mitologie și acționând în consecință.

Ipoteza specialistului în neuroștiințe Gallanger privitoare la delir și realitățile multiple, merită atenție. Cazuistica din materialul ce urmează este în mare măsură orientată spre reconstituirea acestei „lumi a delirantului”.





**Bibliografie:**

1. Gallanger N. (2011), Oxford Handbook of the Self, Oxford University Press
2. Gallanger N., Schniking D. (2010), Handbook of Phenomenology and Cognitive Science, Springer
3. Gallanger S. (2009), Delusional realities, 245-268. In: Matthew Broome, Lisa Bartoloti (eds). Psychiatry as Cognitive Neuroscience. Philosophical perspectives, Oxford University Press
4. Opjordsmonen (2014), Schizophrenia Bulletin, Nr.1

#### **4. Tematica delirantă senzitivă de relație și începutul „centralității” psihotice**

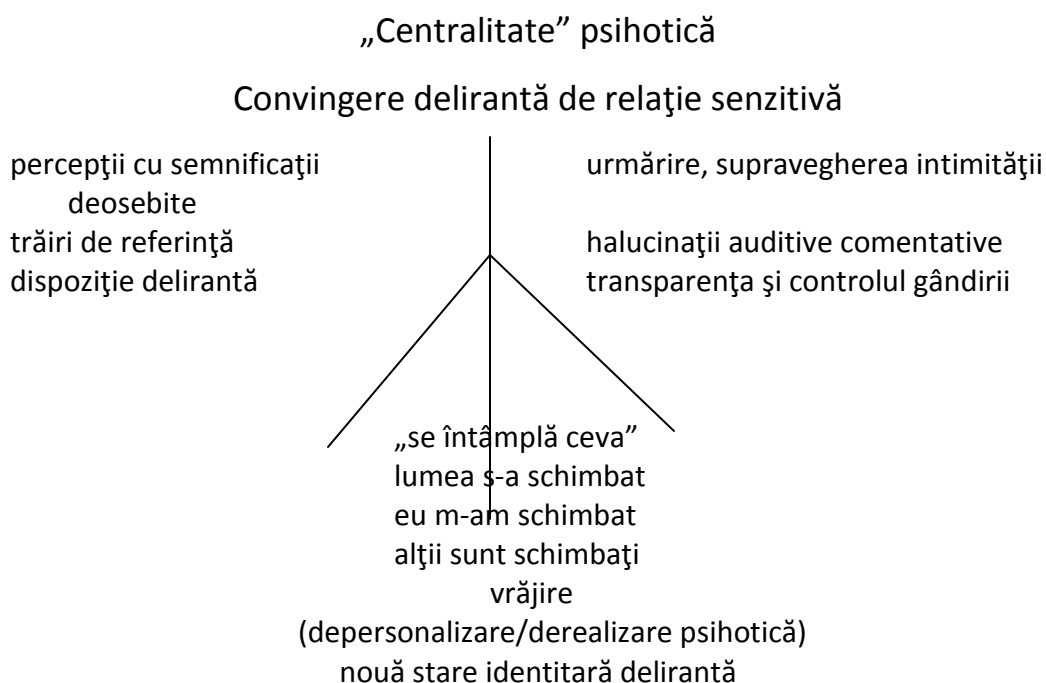
Tematica delirantă senzitivă de relație constă în convingerea subiectului că alții îi acordă o atenție deosebită, îl privesc în mod special și discută despre el, de obicei nefavorabil; el poate avea impresia că ceilalți își fac semne între ei, că „sunt înțeleși” în cadrul unui complot.

În mod normal și continuu, fiecare om îi percepe pe cei din jur, sesizând comportarea și intențiile lor. Faptul este adaptativ, important pentru comunicarea, colaborare și pentru a detecta din timp eventualele atitudini ostile. Există situații sociale când subiectul e în mod natural în centrul atenției altora – e.g. e la un examen, dacă ține o expunere – împrejurare neplăcută pentru unele persoane cu anxietate socială. După evenimente penibile sau când se simte vinovat, subiectul poate avea impresia că mai multe persoane cunosc situația sa și îl privesc cu interes. În mod natural, alții sunt involuntar atenți la persoane ce prezintă stigme corporale, au o costumație și un comportament neobișuit. Faptul de a fi privit cu insistența de alții e o trăire neplăcută.

În psihopatologie, senzații de relație senzitivă apar la persoane care au preocupări exagerate – prevalente, delirante – în legătură cu aspectul lor corporal, ca în tulburarea dismorfic corporală, în anorexia mentală a tinerelor fete și alte tulburări similare.

Trăirea senzitivă de relație se înscrie și în complexul tematicii delirante paranoide, în care se dezvoltă convingeri de urmărire, de supraveghere a intimității (cu aparate, de la distanță); iar în continuarea acestora, trăiri de transparență (cunoașterea gândurilor în cadrul simptomelor de prim rang Schneider). Concomitent pot apare halucinații auditive comentative și convingerea unor intenții ostile.

Sentimentul și convingerea delirantă senzitivă de relație exprimă primul nivel al trăirii psihotice speciale de „centralitate” prin care subiectul se simte în centrul evenimentelor ce se petrec. Pe lângă simptomele paranoide menționate mai sus, tot o expresie a acestei centralități psihotice o reprezintă percepția cu semnificație specială („saliency”) și „trăirile de referință” prin care subiectul are impresia că diverse evenimente sau exprimări publice i se adresează în mod special, cu o semnificație misterioasă. Toate se înscriu în trăirea „depersonalizării/derealizării psihotice” resimțită de subiect cu impresia că: „se întâmplă ceva special cu el....că el se schimbă....că lumea se schimbă...că alții se schimbă”. Această trăire precede de obicei instalarea noi stări identitare psihotice; sau noua sa identitate de personaj psihotic. În unele cazuri se poate ajunge la o „dispoziție delirantă” în urma căreia printr-o „percepție delirantă” se instituie „delirul primar” (așa cum a fost descris în schizofrenie). Tematica senzitivă de relație se plasează la începutul acestui lanț al trăirilor de centralitate psihotică.



Tematica senzitivă de relație se poate articula și cu stări de grandiozitate maniacală sau vinovăție depresivă. Dacă apare în delirul cu tematică religioasă, deseori e atribuită oamenilor „diavoliți”.

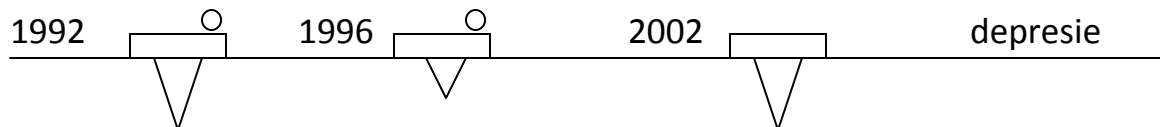
Când e prezentă convingerea delirantă de relație senzitivă se cere precizat întreg contextul simptomatologic în care aceasta se plasează; precum și cui și în ce împrejurare atribuie subiectul această atitudine. În continuare vor fi prezentate câteva exemplificări din cazuri cu diverse diagnostice și modele evolutive.

### Cazuistică

#### 5. 590/1992

O femeie de 53 ani, pensionară, divorțată, prezintă un tablou psihopatologic care debutează în 3 luni de zile (1992), fiind dominat de: delir paranoid depresiv, cu o componentă predominant senzitiv relațională: **vecinii de bloc o privesc ciudat și o comentează, își fac semne pe ascuns**, halucinații auditive comentative și imperative, dispoziție afectivă tristă și scădere ponderală.

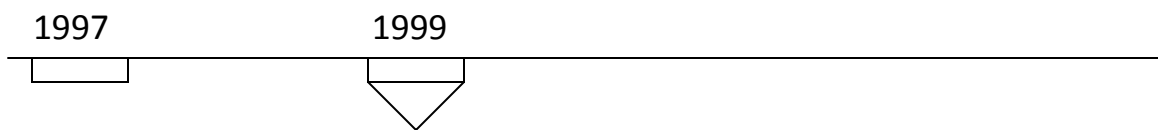
- În 1996 prezintă o recădere, având un comportament motivat halucinator delirant: evită să mai iasă pe balcon pe motiv că **vecinii o privesc ciudat și oamenii de pe stradă se uită la ea**, aude zgomote ciudate în casă, tabloul clinic completându-se cu o simptomatologie depresivă de intensitate moderată.
- În 2003 pacienta prezintă o patologie depresivă majoră cu ideație suicidară.



## 6. 878/1997

O femeie de 30 de ani, muncitoare, căsătorită, având 1 copil, dezvoltă o patologie delirantă cu debut insidios (în interval de 1 an), tabloul psihopatologic fiind dominat de: idei senzitiv relaționale **colegele o bârfesc și își fac semne pe la spate**, idei delirante de urmărire, persecuție (se simte urmarită de colegele care vor sa-i facă rău).

- În 1999 tabloul clinic mai sus menționat se completează cu o componentă afectivă de model anxios depresiv



## 7.1175/2000

O femeie de 49 de ani, muncitoare, văduvă, cu 3 fete, dezvoltă (în 1990, în 3 zile fără a exista un ESV) un delir cu simptome senzitiv relaționale și de urmărire, completat cu halucinații auditive apelative și simptomatologie depresivă.

- Ulterior (după 13 ani) prezintă o recădere, tabloul psihopatologic fiind dominat de idei delirante senzitiv relaționale **“vorbesc vecinii despre mine, că sunt prea slabă, oamenii din mașini se uită ciudat la mine”**; de persecuție și percepții neobișnuite (vecinii bat în perete, răspândesc fire de păr prin casă), însoțite de depresie și idei de incapacitate. Depresia de intensitate medie a fost prezentă în cadrul ambelor episoade, nefiind însă în prim plan. După remisiune a urmat tratament de întreținere în ambulatorul de specialitate.
- După 5 ani, pe fondul unei complianțe reduse la tratament, reapare simptomatologia delirantă cu trăiri senzitiv relaționale, de prejudiciu, urmărire, halucinații auditive apelative și simple.

## 8. 1192/2000

O femeie de 46 de ani, muncitoare, căsătorită, cu 2 copii se internează în anul 2000 cu o simptomatologie delirantă: senzitiv relațională **e privită pe stradă**, de persecuție, prejudiciu, urmărire, supraveghere (de către forțe oculte, cu aparatură

tehnică sofisticată); e suspicioasă, cu trăiri depresive și un sentiment pregnant de autodevalorizare.

#### 9.773/1995

O femeie de 27 ani, căsătorită, cu 1 copil, debutează în 1995 în urmă cu câteva luni în contextul unui eveniment traumatizant (a avut un conflict cu medicul pediatru care s-a ocupat de fetița pacientei, aceasta având o patologie ce a necesitat spitalizare). După acest moment, apare brusc convingerea delirantă că atât ea cât și fetița sa au SIDA și este convinsă de faptul că această boală se va extinde treptat în familia sa. Începe să aibe idei delirante senzitiv relaționale **oamenii cunoscuți de ea – asistente medicale, vecini din sat, discută despre ea și spun fie că are SIDA, fie că este nebună.** Face testul HIV care iese negativ, însă și acestui rezultat i se dă o interpretare delirantă. Pacienta mai prezintă și halucinații auditive constând în voci care spun: “hai să o drogăm și să îi luăm sângele, să moară !”

În anii următori are repetate internări cu dg. Schizofrenie paranoidă.

#### 10. 231/1988

O femeie, 21 ani, debutează cu simptome senzitiv relaționale, suspiciozitate marcată, halucinații auditive, urmate de sentimentul de dirijare de la distanță și un comportament bizar. Evoluția nu evidențiază o simptomatologie clar schizofrenă, ci tulburări dispoziționale de tip maniacal; **pacientei i se pare că cei din jur o privesc suspicios și îi aude cum vorbesc despre ea,** fapt ce o deranjează și plânge. Nu îi place dezordinea de la locul de muncă, dorește ca toți să fie mai ordonați și curați, motiv pentru care ajunge la conflicte cu colegii de serviciu. Noaptea se trezea și auzea plânsete de copii, iar acasă fiind, auzea vocile colegilor de muncă, fără a înțelege însă ce spun. Într-una din zile afirmă că s-a simțit dirijată de la o stație din întreprindere, motiv pentru care prezintă un comportament bizar, dezbrăcându-se de haine și fugind goală prin secție.

## 11. 25/1985

O femeie de 21 de ani dezvoltă o patologie care debutează cu 4 luni anterior internării, în contextul unui cumul de factori stresanți: schimbarea locului de muncă, incapacitate de adaptare la noul loc de muncă și începerea vieții sexuale care îi da pacientei un sentiment de vinovăție, neliniște, anxietate, prezintă un delir de graviditate, are impresia că toți din jurul ei îi cunosc secretul și o disprețuiesc, se consideră bolnavă de o boală contagioasă, pe care a dobândit-o în urma raportului sexual. Este convinsă că toți cei din jur cunosc faptul că ea suferă de o boală venerică, se vorbește despre ea, toți se poartă într-un anumit fel cu ea, își fac semne. Se crede înregistrată cu camere video, medicii încearcă să-i facă rău prin medicamente, este convinsă că scrie și în ziare despre ea, a intenționat să le citească, dar apoi le-a ars pe toate, refuză să mai iasă din casă, considerând că este gravidă, motiv pentru care îi era rușine. Ulterior tabloul psihotic se completează cu componentă afectivă, la internările ulterioare fiind diagnosticată cu Tulburare schizo-afectivă.

## 12. 170/1987

O femeie de 30 de ani, muncitoare, căsătorită, cu 2 copii, dezvoltă în interval de 1 an (1987) un tablou psihopatologic dominat de idei delirante senzitiv relaționale și de urmărire, având o atitudine ostilă (baptiștii vor să se răzbune pe ea). În 1988 prezintă o recădere cu idei delirante senzitiv relaționale: colegii o vorbesc pe la spate, cu un comportament motivat delirant (face diverse reclamații și sesizări). În 1989 prezintă o nouă recădere cu delir de urmărire, la serviciu și acasă se simte batjocorită; delir erotoman (a avut o legătură amoroasă cu un cântăreț celebru cu care are un copil).

## 13. 1026/1998

Un bărbat de 26 ani, căsătorit, cu 2 copii, în urmă cu 2 săptămâni are senzația că este urmărit, **că oamenii îl privesc ciudat și insistent pe stradă**, se simte neliniștit, cu dispoziție anxios-depresivă. Cu 4-5 zile înainte de internare, fiind singur acasă, taie cablul de la frigider și intenționează să se spânzure, însă când a auzit că soția deschide ușa, a renunțat. Peste 6 ani se reinternează cu un episod depresiv paranoid.

## 5. Tematica delirantă paranoidă și adâncirea “centralității” delirante, psihotice

Tematica delirantă paranoidă constă în atitudinea ostilă față de subiect a unor oameni, instituții sau entități similiuane care intenționează să-i facă rău – sau deja i-au făcut ceva rău - se coalizează împotriva sa, îl persecută. Această atitudine se corelează constant cu sentimentul de centralitate, ce constă în trăiri senzitive de relație, urmărire, punere sub supraveghere, inclusiv a intimității, cu diverse mijloace. Delirul paranoid are deci trei aspecte.

### Grila de lectură a delirului paranoid

<b>Tipul de acțiune ostilă intențională sau realizată</b>	<b>Supravegherea</b>	<b>Identitatea agresorilor și a celor ce supraveghează</b>
Ostilitate, persecuție, complot	Atenția specială și comentare	Persoane cunoscute (familie, vecini, colegi, cunoștințe)
Prejudiciu moral	Urmărire	Persoane oficiale, instituții (Mafia, SRI)
Prejudiciu material	Supravegherea intimității (cu aparate, substituirii de persoane)	Persoane necunoscute
Acțiuni nocivă asupra corpului și vieții	Referințe în mass media (TV, ziar)	Personaje ficționale (extratereștri etc.)
Alte intenții și acțiuni nocive		Persoane supranaturale (diavolul, spirite)

D.p.d.v. clinic se pot identifica trei modalități de manifestare a delirului paranoid:

- Convingerile de persecuție și atitudine ostilă se exprimă ca un delir sistematizat “paranoiac”, elaborat de obicei prin interpretare, cu rare halucinații, care se dezvoltă lent progresiv;



- Delirul paranoid standard, în care convingerile de supraveghere sunt mai ample și sunt prezente deseori halucinații, mai ales auditive, olfactive și gustative, corelate convingerii de otrăvire. Acestea se dezvoltă pe fondul unei dispoziții anxios fobice și depresive. Complexul paranoid standard poate evolua ca atare sau poate fi prezent ca delir incongruent în episoade maniacale sau depresive. El poate însoți și delirul cu tematică religioasă.
  - În cazul manifestării delirului paranoid în schizofrenie, sunt mai evidente simptomele de referință și dispoziția delirantă, fenomene de transparență și influență a gândirii, tulburări ale cursului gândirii, controlul vorbirii și acțiunii, și halucinațiile auditive comentative, ca simptome de prim rang Schneider (SPR). În plus, paranoia schizofrenă se dezvoltă de obicei în corelație cu dezorganizarea ideo-verbală (conceptuală, semantică), și comportamentală, și cu simptomele negative ale depersonalizării devitalizante. Ea va fi comentată la finalul culegerii cazuistice.
- a) Delirul paranoid sistematizat; paranoia. Acest tablou clinic a fost descris din sec.XIX și bine conturat la începutul sec.XX de Serieux și Capgras, ca “delir de interpretare”.

### Delirul de interpretare (după Lanteri Laura)

Delirul de interpretare a fost descris în 1909 de Serieux și Capgras, el înscriindu-se în conceptul generic de paranoia. Ar exista o perioadă de incubajie, puțin caracteristică, cu o dispoziție disforică, repliere pe sine, indispoziție, tinzând spre o rețea interpretativă, cu păstrarea integrității intelectuale și absența fenomenelor de influență externă. Se pornește de la un fapt real, efectiv perceput, căruia i se atribuie o semnificație deosebită pentru sine, prin inducții și deducții inexacte. Poate fi vorba și de percepții interioare, de ex. dureri gastrice, interpretate ca indice de otrăvire, convingerea respectivă dezvoltându-se în ciuda oricăror analize negative. Sau, poate fi vorba de interpretarea unor jocuri de cuvinte ale altora, de articole din presă etc. Probele și argumentele care contrazic interpretările sale nu sunt luate în considerare și subiectul se adâncește în convingerea delirantă reducându-și relațiile sociale și alte preocupări. Temele pot fi variate: persecuție, grandoare, gelozie, erotomanie, religie. Dacă revine asupra trecutului său, el ajunge să comenteze faptul că multă vreme nu a sesizat sensul celor se întâmplă; că, în sfârșit, acum înțelege ce se petrece cu el. Uneori poate chiar preciza un moment precis când a înțeles semnificația nenumăratelor evenimente cărora în trecut nu le-a dat importanță. Pornind de la acest moment el intră în rolul tematicii sale delirante, iar cei din jur încep să aibă și ei roluri bine definite. Gândirea delirantului își pierde capacitatea de a accepta lucruri și situații întâmplătoare, imaginația spontană nu mai funcționează.

Felul în care e comentat tradițional delirul de interpretare permite o comparație cu delirul primar din schizofrenie, dar desfășurat mai lent și mai puțin dramatic. Există și în acest caz un moment determinat în care o percepție capătă o semnificație deosebită; și care schimbă direcția de preocupări a subiectului, centrându-le pe noul său rol și reducând universul preocupărilor firești ale vieții curente.

Modalitatea sistematizată a delirului paranoiac de interpretare e în prezent mai rar înregistrată psihiatric. Ea are ca punct de plecare tulburarea de personalitate paranoidă; pornind de la care se dezvoltă, pe baza unor minime evenimente, ca ideeație prevalențială revendicativă. Aceasta poate căpăta intensitatea și structura unui delir de persecuție, însoțit de supraveghere și control.

Tulburarea de personalitate paranoid se caracterizează (după DSM-5) prin:

O permanentă neîncredere și suspiciune în alții, astfel încât motivele lor sunt interpretate ca răuvoitoare, trăsătură de personalitate ce se manifestă de la vârsta adultului tânăr și persistă în variate contexte. Ea e indicată de patru sau mai multe manifestări ca: - suspectează fără suficientă bază că alții îl exploatează, îi fac rău sau îl înșală; - e preocupat de îndoieli nejustificate privitor la loialitatea prietenilor și a asociațiilor; - e reținut de a se confesa altora din cauza unei frici neraționale, că informațiile vor fi folosite răuvoitor împotriva sa; - acordă înțelesuri amenințătoare unor remarci sau evenimente benigne; - e deosebit de sensibil la insulte, injurii; - percepe atacuri la caracterul și reputația sa care nu sunt evidente pentru alții; - are repetate suspiciuni nejustificate privitor la fidelitatea partenerului de viață sau a celui sexual.

Caracteristicile și problemele ce le ridică cazuistica cu delir monotematic sistematizat de persecuție, cu fost analizate în ultima perioadă de Munro. De obicei e vorba de cazuri care ajung în litigii și sunt implicați în procese interminabile, astfel încât zona lor de manifestare o reprezintă predominant judecătoriile. Sunt cazuri descrise clasic ca “procesomani” care, pornind de la un fapt minor, intentează procese interminabile, dovedindu-se foarte experți în probleme legale; dar care în mod constant se simt persecutați, ajungând să îi dea în judecată pe însăși judecători, Curtea Supremă a unei țări, Președintele acesteia,

instanțe internaționale etc. Acestea sunt însă cazuri rare. Cel mai adesea procesomanii, au o bună înțelegere și capacitate de prezență socială; fapt care, probabil îi protejează față de “căderi” mai accentuate pe orbita psihotică. Unele cazuri cu delir monotematic de persecuție pot deveni însă periculoși social, organizând răzbunări și chiar crime; dar numărul acestora e relativ redus. În sfârșit o altă clasă de deliranți monotematici de persecuție se combină cu convingeri delirante de gelozie, dismorfofobie, hipocondrie sau de grandiozitate și invenție.

b) Tulburarea delirantă persistentă e centrată pe un delir cu tematică paranoidă, cu intenții și acțiuni ostile ale altora: trăiri senzitive de relație, urmărire și supraveghere specială, toate realizate de persoane cunoscute (membri de familie, rude, vecini, colegi, autorități) sau de persoane necunoscute; pot fi invocate și instituții ca poliția, securitatea, biserici sectante, organizații politice etc.; mai rar se face referință la instanțe instituționale abstracte ca Mafia, Interpolul, CIA, KGB etc.; sau, la un sentiment neprecizat de atitudine ostilă și supraveghere. Delirul de gelozie și de otrăvire sunt și ele uneori prezente, însoțite de halucinații gustative și olfactive. Mai pot fi prezente halucinații auditive, apelative, injurioase, dar și comentative ale persoanei, corelate de obicei trăirilor senzitive de relație. Subiectul aude ce vorbesc alții despre el și se apără de supravegherea atentă realizată de alții. Sentimentul de transparență psihică – de cunoaștere, “citire” a gândurilor de către alții – poate fi intermitent prezent plasându-se în continuitatea fenomenelor de supraveghere a intimității.

Complexul paranoid standard se dezvoltă de obicei pe un fond de anxietate fobică, uneori însoțit de disforie. El poate să se combine și cu o stare depresivă sau expansivă de diverse intensități, inclusiv cu un episod maniacal sau de depresie majoră; în aceste cazuri el e etichetat ca delir incongruent. În astfel de cazuri paranoia poate dubla un delir congruent. Concomitent poate fi prezent și un delir cu tematică religioasă.

Tulburarea delirantă persistentă cu tematică predominant paranoidă – incluzând pe cea de gelozie, otrăvire etc. – poate constitui un cadru clinic psihopatologic distinct de altele, în funcție de predominența simptomelor și modelul evolutiv. Prezența halucinațiilor, inclusiv a celor auditive, nu anulează acest diagnostic. La fel ca în cazul tulburării bipolare și depresive, se acceptă și prezența unor simptome de transparență și influență a gândirii, dacă acestea nu domină tabloul clinic ca amploare și durată; și nu sunt prezente alte simptome din serie schizofrenă ca simptomatologia negativă și dezorganizantă. Nu se pot însă exclude unele cazuri intermediare cu aceasta. Intrarea în starea de psihoză se realizează frecvent prin sentimentul depersonalizant de schimbare, de vrăjire.

### **Cazuistică**

Cazuri cu delir paranoid au fost prezentate în paragraful anterior și vor fi prezentate și în paragrafele următoare.

#### **14. 365/1989**

Un bărbat de 36 ani, inginer, căsătorit, 2 copii, prezintă delir senzitiv relațional, urmărire, persecuție (securitate), influență, halucinații auditive, ideea că: „se întâmplă ceva deosebit”, anxietate. La episoadele ulterioare : urmărire (filat de colegi și necunoscuți), senzitiv relațional (e privit ciudat, se vorbește despre el), paranoid (îi vor răul), transparență influență : inserția gândirii, derealizare, dispoziție delirantă („nu înțeleg ce se întâmplă”); urmărire prin supraveghere specială (TV, telefon, microfon), e privit prin vizor, supraveghere prin satelit, otrăvire (soție/securitate).

Delirul paranoid se amplifică prin supraveghere specială, transparență influență, otrăvire, oscilații ciclotime.

#### **15. 651/1993**

O femeie de 48 ani, căsătorită, 1 copil, prezintă o patologie delirantă ce evoluează în decurs de aproximativ 2 ani, cu tratament ambulator inițial și apoi internare (1993). Ideea delirantă paranoidă relațională, suspiciune, otrăvire, gelozie; halucinații gustative și olfactive, depresie anxioasă (lentoare). Urmează tratament intermitent.

Peste 4 ani (1997) în corelație cu EV (decesul unei cunoștințe) reapare tabloul paranoid : urmărire, persecuție, halucinații auditive. Alte internări în anii ce urmează : (1999) paranoid (senzitiv relațional, prejudiciu, halucinații auditive) și depresie; 2001), (2002) (urmărire, femei ce ar avea legătură cu fostul soț); halucinații auditive comentative.

Tablou clinic al unei tulburări delirante persistente cu debut lent progresiv la 40 ani, simptome standard + gelozie (dar nu în prim plan), halucinații prezente inițial și ulterior dar nu proeminente. Peste 10 ani de evoluție, tratament ambulator, fără internări.

#### 16. 936/1997

O femeie de 45 ani dezvoltă în 1997 un delir de gelozie, halucinații auditive (mulți oameni vorbesc despre mine dar nu înțeleg ce) 1998 : halucinații imperative: „mori!”, delir de urmărire, senzitiv relațional; 1999 : are impresia că tot timpul cineva e în spatele ei și vrea să o înjunghie cu un cuțit; 2002: delir de urmărire, persecuție, halucinații vizuale: vede pitici sclipitori; „o umbră mare”. 2003 : vede umbre, tactil: „cineva o apucă de mâini, de păr”; halucinații auditive: zgomote, pași, copii țipând, tropăit....

#### 17. 1102/1999

O femeie de 49 ani, căsătorită cu 4 copii dezvoltă brusc (1999) un delir cu tematică de persecuție, otrăvire prin interpretare („vecinii îi aduc o pungă cu ceva otrăvă”) idei de prejudiciu. În anii următori sunt repetate recidive cu delir de otrăvire/prejudiciu și depresie/vinovăție. Ajunge să problematizeze contactul contaminator cu diverse substanțe (detergenți, săpunuri), dar nu dezvoltă o patologie obsesiv-compulsivă ci idei de vrajire din partea vecinilor care o persecută; idei senzitiv-relaționale și depresie, constantă la toate internările.

#### 18. 1114/1999

O femeie de 42 ani, debutează brusc (1999) în două săptămâni cu suspiciune, idei de urmărire și persecuție, e convinsă că “cineva vrea să o drogheze și îi pune ceva în mâncare, deoarece aceasta are “un gust deosebit”, “dușmanii mă urmăresc să îmi facă rău”, are impresia că la TV prezentatoarea îi fixează ochii și se uită ciudat la ea, crede că e posedată și trebuie să se ducă la preot...aceleași idei sunt prezente la internările ulterioare: 2004, 2007 (“apa are un gust amar, mă uit atentă dacă cineva mă servește cu suc sau cafea ca să nu mă otrăvească, mă uit la degetele lor” ...”cei din jur vor să-mi facă rău”, insomnii, anxietate.

## 19. 1172/2000

O femeie de 44 ani debutează brusc (2 săptămâni) cu o psihoză (2000), delirant halucinatorie: tematica senzitiv relațională, de urmărire, persecuție, otrăvire, halucinații auditive, voci care spun lucruri rele despre ea și soțul ei; recăderi în 2001 și 2003 tot paranoid halucinatorii dar depresia apare în prim plan, cu anhedonie și ideeație suicidară.

## 20. 1291/2001

O femeie de 44 ani, angajată, căsătorită cu 2 copii, debutează brusc (într-o săptămână) (2001) cu delir halucinator paranoid : „cineva” vrea să îi facă rău, toată lumea o vorbește de rău, se simte vrăjită; aude diverse zgomote (halucinații auditive simple), sunt semne ale vrăjilor; halucinații olfactive : simte miros de tămâie; remisă.

## 21. 1342/2002

O femeie de 61 ani, pensionară, căsătorită , cu 1 fiu, se instalează rapid (în 2 săpt-2002) un delir cu tematică senzitiv-relațională, de prejudiciu, persecuție, urmărire, halucinații auditive elementare, ideeație hipocondriacă. În următorii 12 ani încă 2 internări cu aceeași tematică.

## 22. 1505/2003

O femeie debutează în 3 săptămâni cu delir de gelozie, persecuție, urmărire, supraveghere, otrăvire (familia e incriminată), vede o mașină albastră care sigur a venit pentru ea să o ducă undeva; se convertește la o sectă religioasă.

În 2007 complexul paranoid halucinator reapare

## 23. 1574/2004

O femeie de 49 ani, angajată, căsătorită cu 1 copil, prezintă progresiv (1 an) un tablou delirant paranoid : sentiment de urmărire (de către toată lumea) cu mașini, din casa de peste drum, „lumea are ceva cu ea” .....cineva îi umbă prin hârtii”...se simte vizată în emisiunile TV (dirijată), anxioasă...la o recădere peste 4 ani (2008) depresia e în prim plan și paranoia secundară.

## 24. 1594/2004

O femeie de 40 ani, 1 copil, dezvoltă în 3 săptămâni (2004) o stare de agitație psihomotorie cu sentiment de urmărire: - este urmărită de “cineva” chiar și în casă...cineva vrea să îi facă rău...aude voci pe care le înțelege,

între care și vocea tatălui decedat care o cheamă la el....crede că "cineva" vrea să îi facă rău..."cineva" i-a pus otravă în mâncare..crede că va muri deoarece tatăl o cheamă la el...Ulterior, internări anuale....în 2007 afirmă: "colegele o vorbesc de rău și susțin că este nebună, râd de ea, aude voci "ca din mulțime" care vorbesc rău despre ea, își pune vată în urechi pentru a nu mai auzi vocile....la serviciu și acasă simt că oamenii o urmăresc..vor să o omoare"....se uită în jur să vadă cine o strigă și o urmărește..."acasă mi se deschis singure ușile și ferestrele"..."vine la mine satana sub chipul soțului meu"..."simt nervi în tot corpul"....merge mai des la biserică. Recăderile frecvente, aproape anuale sunt cu aceeași simptomatologie delirant paranoidă, cu halucinații auditive, universul delirant rămânând restrâns la familie și cunoștințe. Se menține încadrată în profesie.



25. 1044/1999  
(Caz prezentat în extenso)

O femeie, 42 ani, Timișoara

AHC – mama și sora – afecțiune psihică cu internări în spitale de psihiatrie

APP – fără importanță

Condiții de viață și muncă :

Familie de origine: Provine dintr-o familie destrămată (părinții divorțează în 1990); mama decedată în 1993, tatăl plecat în Germania în 1993, fratrie gr.3, rang 2

Familie proprie: se căsătorește la 20 ani, din această căsătorie rezultă un băiat, la 23 ani divorțează; în prezent este divorțată și locuiește împreună cu copilul

CIP : a terminat liceul de arte plastic, a lucrat până în 1995 când intră în șomaj, în prezent este fără ocupație

Personalitate premorbidă : se autodescrie ca fiind o persoană încordată, fără energie, îi este frică de oameni (de ceea ce ar putea să îi facă)

ESV: Divorțul la o vârstă tânără; a crescut singură un copil; Copilăria tensionată

(1) 01.02.1999-12.03.1999 (40 zile) Tulburare delirantă persistentă

Istoricul bolii:

Debutul afecțiunii este lent progresiv, pacienta prezentând intermitent idei delirante de urmărire și multiple acuze somatice (la vârsta de 24 ani); pacienta devine mai retrasă social dar se menține totuși o bună funcționare socio-profesională. Internarea actuală survine în urma unui ESV (de 1 lună băiatul pleacă de acasă fără a-i spune pacientei despre această intenție și fără a-i spune unde se află).

La internare pacienta prezintă:

- Idei delirante paranoide (de urmărire, persecuție, otrăvire)
- Interpretări delirante
- Anxietate secundară (cu multiple acuze somatice: tulburări respiratorii, sentiment de sufocare, senzația de nod de gât, tulb.cardiace, dureri precordiale, crampe musculare)
- Simptome de serie depresivă, plâns facil, tulburări de somn.

Examen psihic:

Pacienta în ținuta de spital îngrijită, contact psihic facil

Mimică: hipomobilă, plâns facil, câmp de conștiință clar, orientată temporo-spațial

Atenție: tulburare de concentrare

Percepție: interpretări delirante, fără fenomene halucinatorii

Gândire : discurs cooperant, idei delirante paranoid sistematizate (urmărire, persecuție, otrăvire)

Dispoziție afectivă : depresivă, anxietate secundară

Conștiința bolii : absentă

Tratament : Anafranil 1-0-0; Eglonil 2-2-0; Neurotop 1-0-1; Tranxene 0-0-1

(2) 05.01.2000-11.02.2000 (38 zile) Psihoză delirantă persistentă

Actuala recădere survine în urmă cu 1 lună, brusc, cu:

- Idei delirante paranoid de urmărire și prejudiciu; toată lumea are ceva cu mine, îmi face rău, mă urmărește, fiecare îmi face rău, dar nu pot spune cum;
- Delir de otrăvire;
- Interpretări delirante;
- Anxietate secundară;
- Tulburări de somn (treziri nocturne frecvente);
- Astenie, fatigabilitate;
- Dispoziție tristă;
- Energie diminuată;
- Hipobulie;

Locuiește împreună cu familia fratelui la sat; integrarea în această familie îi oferă siguranță;

(3) 13.09.2000-09.10.2000 (27 zile) Tulburare delirantă persistentă

(4) 16.08.2008-26.08.2008 (11 zile) Tulburare delirantă persistentă

Examen psihic:

Mimică și gestică: faciesul sugerează îngrijorare, încordare, tristețe, privire investigatoare, voce stinsă, ușor precipitată; pacienta își frământă mâinile, își duce frecvent mâna prin păr

Percepție :

- Halucinații auditive comentative, apelative, imperative: voci de bărbați necunoscute care o strigă pe nume, o ceartă, o amenința că o strâng de gât
- Halucinații tactile: simte păduci care se plimbă pe pielea capului;
- Halucinații vizuale: păduchi mari, negri, lunguieți
- Halucinații olfactive : oamenii au un miros înțepător, pe care nu poate să îl descrie

Atenție ; ușoară disrtractibilitate a atenției

Memorie : hipomnezie de fixare și evocare;

Gândire :

- Idei și interpretări delirante senzitiv relaționale: oamenii o vorbesc de rău, îi vor răul;
- Urmărire: oamenii pe stradă o urmăresc, copiii de pe stradă o urmăresc;
- Persecuție: de către oameni, vecini, copii, vânzătoarele de la magazine, bărbații a căror voce o aude – “oamenii de pe stradă sunt vinovați, îi produc furnicăturile din cap”

- Delir de otrăvire: mâncarea de la magazine nu îi mai priește, îi este rău pentru că vânzătoarele otrăvesc intenționat bananele și înghețată; apa de la robinet este și ea otrăvită de către dușmani;

Afectivitate : neliniște psihomotorie, tensiune intrapsihică, încordare, îngrijorare, tristețe

Comportament : motivate halucinator delirant (de aproximativ 1 lună cumpără soluții scumpe contra păduchilor, se spală cu spirt pe păr, se piaptână excesiv (de 20 ori/zi)

- Anxietate situațională și anticipatorie secundară trăirilor psihotice
- Acuze somatice nesistematizate (hemicromie stângă, senzație de nod în gât, palpitații, precordialgii)

(5) 26.08.2008-13.10.2008 (47 zile) – Schizofrenie paranoid

În timpul internării începe să se contureze un sindrom de transparentă influență :

- simte și vede raze X care îi iradiază inima pentru ca ea să nu mai trăiască, încep să îi controleze mișcările atunci când mănâncă, încep să îi controleze gândurile și afectul;
- Cadrele medicale și ceilalți pacienți îi citesc gândurile prin telepatie, cipuri
- Halucinații vizuale: vede raze X, vede gândaci care se aruncă din afară în geam să îi facă rău, vede umbre care se ascund sub pat

(6) 17.07.2009 – 25.08.2009 (39 zile) Tulburare delirantă persistentă

Listă de simptome:

- Idei și interpretări delirante multiple cu conținut de persecuție, urmărire: “vecinii sunt conduși de sataniști - o organizație secretă superioară)
- Sd.de influența xenopată (este influențată în tot ce face prin telepatie, câmpuri magnetice)
- Idei obsesive de contaminare – obsesii religioase, gândire magică
- Comportament motivat delirant: compulsii de spălare, ritualuri repetitive, compulsii de numărare

(7) 14.09.2009-28.09.2009 (14 zile) Tulburare delirantă persistentă

Listă de simptome:

- Idei senzitiv relaționale :”vecinii sunt invidioși, deși nu au nici un motiv”
- Idei de persecuție, urmărire: ”o grupare de sataniști vrea să mă omoare deoarece sunt o persoană credincioasă, de 10 ani vor lucrul ăsta, dar nu au reușit pentru că sunt rezistentă”
- Sd. de influență xenopată: “sataniștii îmi controlează organele interne cu un laser special, mă scanează”
- Idei obsesive de contaminare: “atunci când sunt atinsă, trebuie să mă schimb, să mă spăl, să schimb așternutul patului ca să nu “îngheț”
- Obsesii religioase, gândire magică

(8) 30.06.2009-17.07.2009 (17 zile) Tulburare delirantă persistentă

(9) 29.12.2009-19.01.2010 (21 zile) Tulburare delirantă persistentă

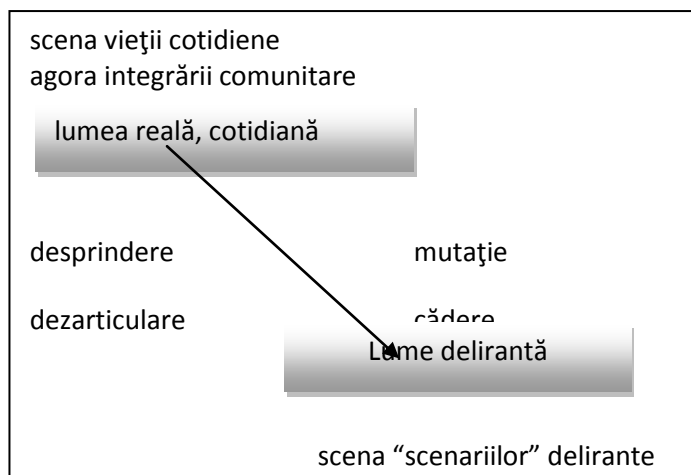
Comentariu:

Aspectul central și persistent psihopatologic este al unui delir paranoid halucinator. La una din recăderi (2008) apar simptome de transparență influență care sugerează o evoluție în direcția schizofreniei dar care nu se validează ulterior. Trăirile halucinatorii cutanate prezente de la început se exprimă la internări ulterioare cu unele manifestări obsesionale. Nucleul patologiei rămâne delirul paranoid.

## 6. Depersonalizarea psihotică, “centralitatea” și mutația spre lumea delirantă

Un episod psihotic delirant, adică un episod psihotic centrat de delir și alte simptome psihotice corelate, transpune subiectul într-o situație și o lume specială: el simte că devine un om pe care alții îl privesc în mod special și-l urmăresc, un om persecutat, supravegheat, care aude cum alții vorbesc despre el, căruia i se cunosc gândurile, care e înșelat, otrăvit, iubit, posedat de diavol, ales de Dumnezeu etc.

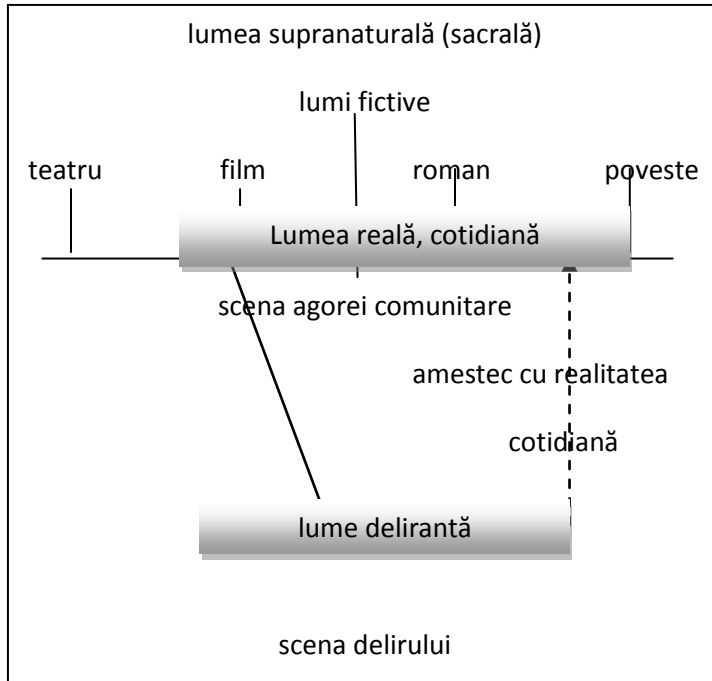
Intrând în starea delirantă, subiectul se desprinde din integrarea firească, flexibilă și eficientă pragmatic în cotidianitate; el se dezarticulează de cursul vieții cotidiene, ce se desfășoară pe o scenă, într-o “agora” în care colaborează cu alții, în zone publice și private.



Intrând în delir, subiectul se simte prins în derularea unor evenimente ce-l afectează în mod special, e acaparată de un scenariu a cărui erou principal se simte; el aderă de acesta, e convins de cele ce le simte că se petrec cu el, pe scena noului univers delirant în care a intrat.

Convingerea și certitudinea extraordinară a psihoticului în “ideea” delirantă exprimă această adevărată și acapararea sa de noua sa stare și identitate, în noul univers al “lunii delirante”.

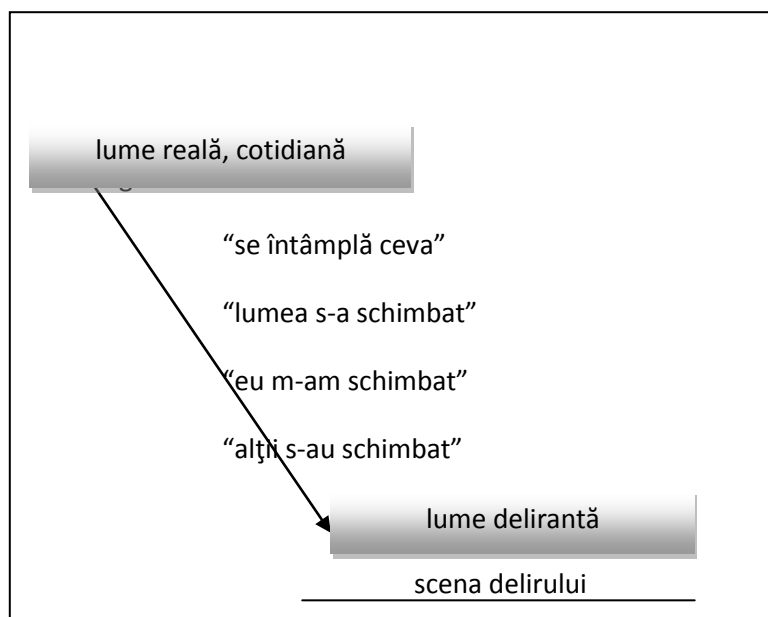
Schimbarea pe care o resimte e indicată cel mai frecvent prin expresia “vrăjire”, “am fost vrăjit”, “mi s-au făcut vrăji”; uneori el și precizează persoana, reală sau fictivă, pe care o incriminează în efectuarea vrăjii.



Delirantul aderă deci necondiționat la situația delirantă pe care o trăiește pe scena “lunii delirante” pe care se desfășoară scenariul delirului, în cadrul căruia el e convins că: e urmărit, persecutat, înșelat, iubit, dirijat, posedat de diavol, apropiat de Dumnezeu etc. Universul delirant poate fi comparat cu lumea fictivă a miturilor, literaturii, teatrului, filmului.

Subiectul trăiește concomitent în realitatea delirantă și în realitatea vieții cotidiene comunitare peste care prima se suprapune. Cele două realități de obicei întrețes pe parcursul delirului. În delir nu mai e prezentă distincția de la teatru, între realitatea fictivă ce se petrece pe scenă și realitatea nemijlocită a existenței naturale și firești a spectatorilor, ce pot reveni oricând pe scena agorei vieții cotidiene, în realitatea existenței de zi cu zi.

În unele cazuri subiectul resimte subiectiv trecerea de la realitatea lumii cotidiene comunitare la scena pe care se derulează delirul și stările psihotice.

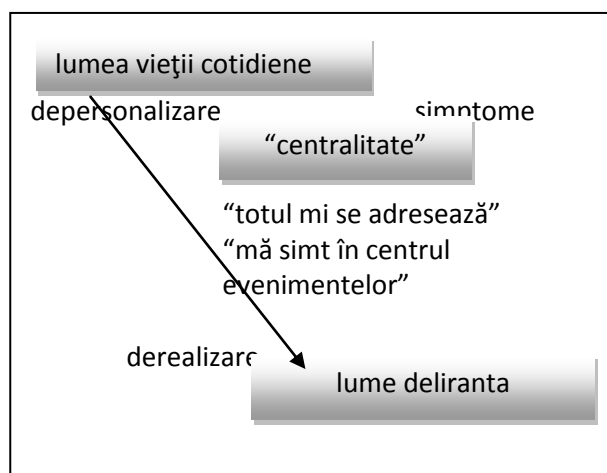


El simte această trecere ca o schimbare: simte că lumea s-a schimbat, el s-a schimbat, e altfel, modificat, nu se mai recunoaște, alții s-au schimbat, sunt substituiți, modificați, "diavoliți" etc.

În debutul episodului psihotic, se petrec și modificări dispoziționale: anxioase, disforice, depresive, euforice (maniacale), care sunt resimțite subiectiv și se manifestă comportamental.

Tema scenariului delirant – și alte simptome psihotice – se manifestă, se desfășoară în acest cadru.

Sentimentul schimbării – care exprimă depersonalizarea/derealizarea psihotică (dep/der ps.) – poate să nu fie afirmat și descris explicit de pacient; ci dedus din comportamentul și exprimările sale.



Schimbarea se însoțește de manifestarea unor simptome psihotice care marchează sentimentul de centralitate (faptul de a fi în centrul evenimentelor). Așa sunt:

- Trăirile senzitive de relație
- Trăirile de urmărire și supraveghere a intimității
- Simptomele de referință
- Dispoziția și percepția delirantă
- Halucinațiile auditive comentative
- Simptomele de transparență/influență

SRP

- Alte dispoziții afective

Trăirile senzitive de relație au fost deja comentate și ilustrate ; și la fel, trăirile de urmărire și supraveghere a intimității. Depersonalizarea și derealizarea psihotică, care e resimțită ca o profundă schimbare a stării și identității sale, a fost comentată tradițional mai ales prin modelul delirului primar, care include simptomele de referință, atmosfera și percepția delirantă. Delirului primar i s-a acordat o importanță deosebită în psihopatologia clinică tradițională (Jaspers, Schneider). Forma clasică, ce se întâlnește rar ca atare în prezent, descrie următoarele etape succesive:

- Sentimentul de centralitate prin simptome de referință: subiectul resimte că unele date percepute nu sunt întâmplătoare ci au o semnificație deosebită, care se referă la el: poate fi vorba de unele numere sau culori, de perceperea unor fenomene atmosferice sau evenimente banale (e.g. trecerea unei mașini, întâlnirea unei cunoștințe, anumite cuvinte rostite de alții); trăirile senzitive de relație pot fi uneori incluse între simptomele de referință, contopindu-se cu acestea. Pacientul are sentimentul că la radio, TV, presă se transmit mesaje speciale adresate lui; sau că, vorbirea publică are o dublă semnificație: una pentru toată lumea și alta specială, misterioasă, adresată doar lui.
- Dispoziția delirantă: subiectul e în tensiune anxioasă, așteaptă să se întâmple ceva deosebit, ambianța îi apare schimbată, nefamiliară, bizară, semnificațiile misterioase îl invadează;
- Percepția delirantă : o percepție banală clarifică pentru pacient o convingere delirantă tematică, un scenariu în care el e eroul principal; acest deznodământ se poate realiza și printr-o amintire sau intuiție delirantă.

Elementele menționate în schema clasică a delirului primar se întâlnesc în majoritatea cazurilor de instalare a psihozei, mai ales sentimentul schimbării. Adică faptul că “se întâmplă ceva”, că subiectul se schimbă; și la fel, lumea din jur

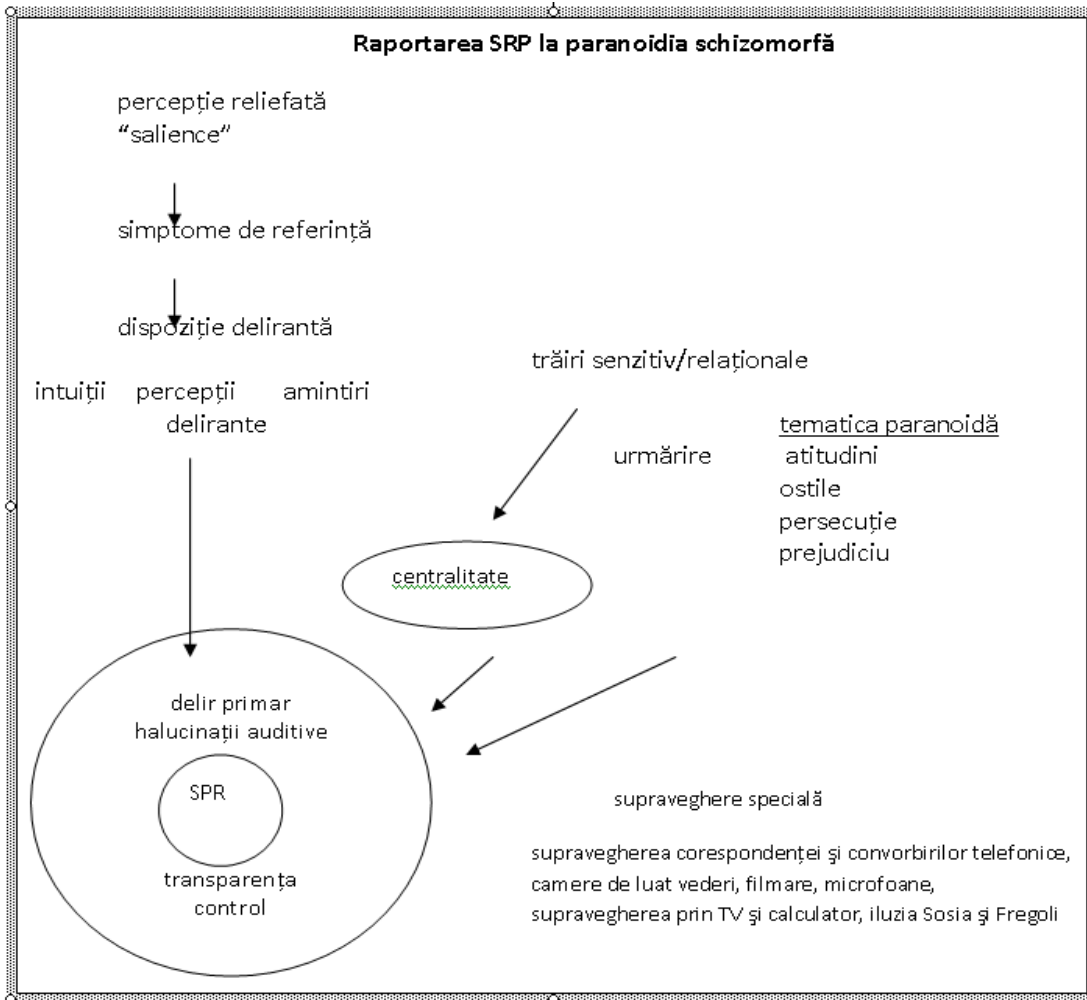


și ceilalți. Această “mutație în altă lume”, această “vrăjire”, îl plasează pe subiect în centrul evenimentelor: el este privit și comentat, urmărit, persecutat, supravegheat, lui i se cunosc gândurile, este dirijat ca un automat de către alții, de către diverse instanțe. Pe lângă elementele standard ale delirului paranoid se poate instala și acest sentiment de pierdere a autocontrolului asupra intimității, “agenției” și apartenenței la sine a gândurilor și deciziilor sale. Această simptomatologie psihotică e în prezent comentată prin sintagma: “simptomele de prim rang Schneider” (SPR).

S.P.R. după Liddl, Oxford Handbook, 2011

- voci care comentează	o voce halucinatorie comentând propriile acțiuni la persoana a treia
- voci care discută și argumentează	două sau mai multe voci halucinatorii care discută sau argumentează aspecte ale sinelui intim
- sonorizarea gândirii	a auzi propriile gânduri ca sonore
- inserția gândirii	inserția de către o sursă exterioară a unor gânduri ce nu mai sunt resimțite ca proprii
- retragerea gândirii	retragerea gândurilor din minte de către o forță străină
- înregistrarea gândirii	experiența că propriile gânduri sunt înregistrate astfel încât sunt accesibile și altora
- controlul voinței	experiența că propria voință e controlată de forțe exterioare
- controlul acțiunii	experiența că actele executate de propriul corp sunt acțiuni ale unei agenții exterioare și nu ale propriului sine; funcțiile corporale sunt controlate de forțe străine
- percepții delirante	atribuirea unei semnificații total neadecvate unei percepții anormale

O parte din SPR se corelează cu delirul paranoid, în forma sa complexă de manifestare, care include pe lângă simptomele de relație senzitivă, urmărirea și punerea sub supraveghere a intimității.



Perioada de instalare a psihozei în care se manifestă sd. dep/der psihotic se însoțește și de modificări comportamentale sesizabile de către cei din jur, așa cum ar fi:

- retragere socială cu suspiciune, evitarea persoanelor familiare, comportament ciudat;
- inhibiție psihomotorie și instinctivă cu expresivitate depresivă;
- neliniște, agitație, comportament agresiv;

- dezinhibiție expansivă, necontrolată, tahipsihie de model maniacal.

Sentimentul de schimbare ce-l resimte subiectul la intrarea în starea psihotică, pe care deseori îl etichetează ca “vrăjire” conduce subiectul spre orbita psihopatologică a scenariului delirant în care el are o nouă poziție identitară : de om înșelat, iubit, persecutat, supravegheat, comentat, devalorizat, hipercapabil etc. Modificarea ce se produce poate să se refere și la pierderea vechii identități și intrarea într-o nouă identitate, indicată și prin: origine, relații deosebite, reîncarnare a unor personalități istorice, apropierea de personajele divine. Uneori, el poate resimți o dedublare a personalității, ca în posesiunea demoniacă.

Cazurile de psihoză în care e prezentă o capacitate narativă crescută, prezintă și descriu uneori pregnant această schimbare și trecerea într-o nouă stare identitară, în noua lume fictivă, care uneori pare extrasă dintr-un basm sau mit; lume în care intervin și eroi fictivi sau Dumnezeu și forțele din jurul său, inclusiv diavolul.

Notă: Depersonalizarea și derealizarea psihotică așa cum au fost comentate la acest nivel sunt diferite de ceea ce în prezent, de ex. în DSM-5, e descris ca și categoria nosologică a Depersonalizării/Derealizării Disociative (Sd.Dep/Der Disoc. Aceasta e o trăire subiectivă a detașării și nefamiliarității cu ambianța, lumea și sine, lipsită de sentimentul de “centralitate”.

### Sindromul depersonalizant standard, disociativ

Sd.depersonalizant a fost descris în sec.XIX ca o trăire subiectivă a nefamiliarității cu sine și lumea ambientală, însoțită de un deficit afectiv global de care subiectul e conștient; trăirea afectează și perceperea propriului corp, ca parte a sinelui. Sindromul a fost variat interpretat și descris în multe categorii nosologice. Jaspers în psihopatologia sa (1913) a interpretat schizofrenia ca o patologie depersonalizantă a eului conștient, fapt ce a orientat și spre o interpretare psihotică a acestor sindroame. Totuși, nosologia sistematizată în DSM-5 definește o entitate nosologică a depersonalizării/derealizării în capitolul Tulburări disociative (sd.Dep/Der Disoc) , caracterizată prin:

- Experiențe de nerealitate, de a fi un observator exterior a propriilor gânduri, sentimente, senzații, corp sau acțiuni (percepția alterată a timpului), sine nereal sau absent, amorțeală afectivă;
- Experiențe de nerealitate sau detașare în raport cu ambianța (alte persoane sau obiecte sunt resimțite ca ireale, ca în vis, lipsite de viață, deformate);

În timpul experiențelor de dep/der – care pot dura variat, secunde, minute, ore, zile, luni etc. – testarea realității rămâne intactă. Tulburarea crează suferință și deficite de funcționare și nu e explicabilă prin patologii organice, consum de substanțe sau alte tulburări psihice clar definite.

Circumscris astfel sd. dep/der se întâlnește în normalitate, stări de epuizare și stres, variate suferințe generale organice și cerebrale (mai ales epilepsie temporală) și e comorbid cu multe tulburări psihice ca : anxietatea generalizată și atacurile de panică, depresia și mania, tulburări obsesiv compulsive, psihoze acute și tranzitorii.

Sd.Dep./Der Disoc. Se evaluează printr-o scală elaborată de Silva și Berrios. Autorii, într-o carte recentă (2014) indică următoarele elemente de caracterizare a acestui sindrom: - Experiențe anormale ale corporalității: corpul e resimțit străin, ca neaparținând subiectului, el e resimțit ca mișcându-se automat (parcă nu ar fi comentat de subiect), subiectul se poate simți în afara corpului fizic, rareori privindu-l; distorsiuni perceptiv corporeale: corpul e resimțit mai mare, mai mic, deformat și cu senzații speciale. – Indiferență (amorțeală) emoțională: subiectul nu mai simte plăcere sau bucurie, nu mai e impresionat de ceea ce înainte îi plăcea sau de prezența altora, nu se emoționează și nu rezonază afectiv împreună cu alții; el suferă din acest motiv. Reamintirile și imaginările sunt lipsite de încărcătură afectivă, tulburări în percepția timpului (sentiment de deja vu, jamais vu); - Nu se simte atașat și atras de nimic, resimte un “gol mental” care-l chinuie și-l obligă la acțiuni hiperelaborate și controlate. – Ambianța e resimțită “nereală”, îndepărtată, ca în vis, stranie, nefamiliară; oamenii parcă se comportă ca păpuși mecanice (derealizare); subiectul nu se mai simte atașat de lume și nu rezonază la ea. El e deconectat de ambianță, de realitate. Trăirea e strict expresivă, nefiind exprimată mimico gestual.

## Cazuistică

26. 40/1985

O tânără de 18 ani debutează brusc în timpul unei internări la Spitalul de Boli Contagioase și a unor evenimente de viață: aude voci de bărbați care-l spun : “prostituat-o”, și-l dau ordine...se uită în oglindă și spune: “eu nu sunt eu, sunt o prostituată”...totul în jur e schimbat...crede că îl vede pe Dumnezeu în persoana unui doctor, intră apoi în negativism alimentar și adoptă o postură catatonă....evoluția ulterioară cu episoade schizofrene.

27. 78/85

Un bărbat de 32 ani, instrucție liceală, tehnician, căsătorit, relatează : de câteva luni simte că s-a schimbat, nu mai e el, alunecă în trecut.....are sentimentul, apoi convingerea că toți oamenii din jur îi vor răul, colegii de serviciu râd de el, îl ridiculizează, are impresia că i se pune ceva în băutură.

Internări ulterioare cu dg. Tulburare delirantă persistentă

28. 104/86

O tânără de 19 ani, studii liceale, angajată, relatează : “în ultimele 6 luni, dar mai ales în ultimele 2, am simțit că se întâmplă ceva cu mine, că mă modific, eram dornică de distracții ușoare, am cheltuit mulți bani, am făcut abuz de relații sexuale, cu oricine, din cauza aceasta am ajuns să fac o infecție genitală”.....apar idei delirante de urmărire

După prima internare cu diagnosticul Tulburare maniaco-paranoidă urmează altele cu același diagnostic; după mai mulți ani se călugărește; se internează periodic cu dg. Tulburare bipolară cu delir paranoid.

29. 142/1986

O femeie de 29 ani, inginer, relatează: în ultimele 6 luni a simțit că se petrece ceva cu ea, a simțit o voce care vorbește în interiorul său dar pe care nu o poate localiza..ajunge să se simtă urmărită, are impresia că i se cunosc gândurile, interpretează neobișnuit comportamentul persoanelor din familie....pe stradă când vede persoane îmbrăcate în blugi are impresia că acestea vor să o strângă de gât, să o omoare....spală și mătură coridorul ore în șir...

## 30. 199/87

O femeie de 34 ani, instrucție 8 clase, muncitoare, relatează: “Nu știu ce am, se întâmplă ceva cu mine, am nervi....toți mă spionează, nu știu ce vor de la mine, râd de mine, își bat joc de mine....aude în ambele urechi voci care o întrebă: “Ce face bărbatul....unde-i copilul....unde te duci”?

Ulterior internări repetate cu dg. Schizofrenie paranoidă

## 31. 378/1989

O femeie de 38 ani, căsătorită, 1 copil, angajată, studii liceale. Aproximativ de 1 lună prezintă o stare de „oboseală psihică”, insomnie; se simte în nesigurantă, are impresia că atmosfera din jurul ei este schimbată, parcă altcineva acționează asupra ei. Se simte urmărită, suspicioasă, gândurile îi sunt influențate, colegile, prietenele își bat joc de ea, vorbesc de ea. La TV și radio se vorbește despre ea, telefonul este pus sub urmărire, i se cunosc gândurile. Acasă demontează toate becurile, ochelarii soțului „au senzori”. Ulterior, recăderi cu idei delirante paranoid, halucinații și pseudohalucinații auditive.

## 32. 518/1991

V.A.M. O fată de 23 ani, în împrejurări mai deosebite (e în altă țară pentru căsătorie) are brusc (1991) o revelație: că oamenii vor să îi facă rău, dar e protejată de Dumnezeu; chiar prietenul ei e convinsă că e vampir; se simte vrăjită, sentiment de schimbare “m-am schimbat, sunt o altă persoană, am înviat acum o săptămână”; se simte dirijată în tot ceea ce face, de forțele binelui, vede o persoană bună ce o apară, trăiește parcă într-o lume de ficțiune, sărută repetat o cruce, comportament bizar.

Urmează alte internări: 1992, delir cu tematică de urmarire, persecuție, referință dar și mistic; prezintă SPRS: transparență, influență, citire, inserția gândirii, influență xenopatică, inversiune afectivă. Aceași simptomatologie și la internările din 1993 și 2012.

## 33. 813/1996

Un tânăr de 19 ani, necăsătorit, debut în 6 luni, prezintă: sentimentul de a fi controlat și influențat, și explică: “fiecare creier are niște curenți de o anumită frecvență iar “ei” (forțele oculte) intră pe frecvența creierului meu și astfel mă influențează și mă controlează”... la radio un solist cântă despre el...statuile din oraș sunt niște simboluri satanic...”uneori mă uit în oglindă și mi se pare că m-am

schimbat la față și încep să semăn cu un drac”...”în mine e o voce ce e tot a mea dar spune lucruri groaznice”

#### 34. 1018/1998

O femeie de 50 de ani, căsătorită cu 2 copii, debutează lent - în 2 ani – cu un tablou delirant halucinator (1998): delir senzitiv relațional și halucinații auditive simple (zgomote). În anul următor (1999) se reafirmă mai accentuat ideile de persecuție, apar false recunoașteri; în 2000 tematică paranoidă mistică: duhul rău s-a infiltrat și parcă vrea să o omoare, dar vocile îi spun că „nu e demonizată”. La internările din anii următori (2002, 2004) trăiri derealizante și de negație : „parcă totul în jur s-a topit, s-a scufundat”, se accentuează ideea de posesiune: „a intrat dracul în mine”. Și în anii următori se menține atmosfera paranoidă: senzitiv-relațională, anxietate, persecuție, urmărire; e preocupată exagerat de ordine; apar halucinații dialogale: voci de oameni străini ce vorbesc la uși (dar nu e clar dacă despre ea), intermitent sentimente de referință la TV (parcă s-ar referi la ea) (2008).

## 7. Tematica delirantă de gelozie și erotomană

Preocuparea de gelozie este una umană frecventă, firească și de multe ori justificată. Ea exprimă o atitudine adaptativă, de menținere stabilă a cuplului și de siguranță a descendenței. În raport cu tematica senzitivă de relație și cea paranoidă, tematica de gelozie acoperă un alt teritoriu al universului relațional, referindu-se la o persoană intimă. Aceasta se deosebește de zona publică de relaționare: vecinală, instituțională, a străzii și agorei publice, a necunoscuților și ființelor fictive.

Gelozia normală e frecventă la persoanele cu o fire suspicioasă, la care această trăsătură se extinde într-o zonă în care ar trebui să existe interpătrunderea sufletească duală. În cazul tulburării de personalitate paranoidă, gelozia e unul din simptomele definitorii. La persoanele suspicioase, ea se poate instala și reactiv, ca dezvoltare prevalențială, mai ales în cazul în care sunt unii indici care o sugerează. Această fixație de idee supraevaluată a înșelării posibile, se cere distinsă, pe cât posibil, de delirul monotematic sistematizat (paranoiac) de gelozie, prin absurditatea acestuia din urmă și prin centrarea întregii preocupări în această direcție, însoțită de un comportament corespunzător (uneori agresiv).

Tematica de gelozie poate fi prezentă în stări psihotice delirante paranoide standard, ca temă centrală; sau însoțită de idei senzitiv relaționale de persecuție și prejudiciu. E frecventă convingerea de otrăvire și de complot, în care e implicat partenerul, propria familie și cel cu care pacientul se simte înșelat. Pot fi prezente halucinații auditive diverse. De la convingerile de urmărire se poate trece la convingerea supravegherii intimității (cu aparate) și apoi la fenomene de transparentă, influență, trăiri de referință și alte simptome SPR. Frecvent e prezentă o stare depresivă, uneori de intensitate clinică și cu delir congruent de



vinovăție. În tablouri psihotice complexe, poate fi prezentă o tematică și personaje religioase.

Eventuala încadrare a unui caz ce prezintă delir de gelozie în diagnosticul de schizofrenie, depinde de ansamblul tabloului clinic.

### **Cazuistică**

#### **35. 159/1987**

Un bărbat de 40 ani, căsătorit, studii superioare dezvoltă o patologie care se conturează ca un delir paranoid de gelozie, de intensitate patologică, cu comportament bizar în contextul acestor trăiri:

Se încuie în toaleta de serviciu o zi întreagă, la domiciliu; înregistrează toate convorbirile telefonice ale soției pe casetă sau bandă, introduce în dulapuri instalații de înregistrare a sunetelor, pune la capul patului său o sonerie declanșată de orice deschidere a ușii de la intrare. În ultimul timp nu mai „caută” amantul deoarece l-a descoperit (intuiție delirantă sau interpretare patologică), dorește doar demonstrarea flagrantului delict sau a altor dovezi credibile de infidelitate.

#### **36. 1473/2003**

Un bărbat de 48 ani, căsătorit, 4 copii, dezvoltă o gelozie ce ajunge la iuntensitate major – delirantă – după o ședere de 3 luni în străinătate. Devine convins că în lipsa sa l-a înșelat cu mai mulți bărbați, devine iritabil și agresiv, o urmărește, intenționează să angajeze un detectiv particular. Apar idei paranoide : foștii prieteni sunt considerați hoți, mincinoși, completează împotriva sa, îl urmăresc; tablou depresiv : trist, retras, îngrijorat cu teama de ce se va întâmpla, idei de inutilitate și suicidare.

Reia consumul de alcool (de sărbători) cu comportament agresiv și ajunge la internare.

Următorii 10 ani (până în 2013) nu mai prezintă internări însă urmează tratament ambulator.

Psihopatologic e înregistrat doar un unic episod cu internare, delir cu tematică de persecuție-suspiciune și atitudine ostilă a foștilor colegi.

## 37. 932/1997

În urmă cu 3 ani în contextul unor evenimente de viață (un împrumut financiar) pacientul își modifică comportamentul, se izolează, apar idei suicidare, nu comunică cu nimeni din familie, este suspicios.

La internare este prezent un delir de gelozie – este suspicios pe orice bărbat cu care soția intră în contact, a ajuns să își suspecteze chiar și rudele masculine; Afirmă că are capacitatea de a deduce din gesturile celor din jur ceea ce ei gândesc sau doresc, interpretează o serie de situații ca fiind legate de el, vorbește mult, are energie crescută, agresiv fizic cu soția și fiică, cumpără cadouri, vinde o serie de lucruri din casă, începe să consume alcool, să cheltuie bani pe băuturi scumpe, merge prin baruri, își face o serie de „noi” cunoștințe.

## 38. 1500/2003

Un bărbat de 36 ani, căsătorit, 1 copil, dezvoltă (2003) în decurs de câteva săptămâni o dispoziție depresivă cu ideeație hipocondriacă...e convins că e vrăjit, bolnav, va transmite boala copilului și soției.....vor muri cu toții...emisiunea TV conține mesaje pentru ei. La o recădere peste 8 ani (2011) e convins că soția îl înșeală cu cumnatul, pune telefonul sub supraveghere (înregistrare), e convins că relația a început înainte de căsătorie..are idei catastrofice, o cometă va cădea pe pământ..sunt oameni care vor să-i facă rău, să-l strângă de gât, să distrugă totul....se simte vinovat, am păcătuit grav înaintea lui Dumnezeu, sunt cel mai mare păcătos, am luat-o pe soția mea deși fusese înainte cu alți bărbați, copilul nu este al meu ci al altuia, este dușmanul meu....” O cometă va lovi pământul, va fi sfârșitul lumii, de aceea vor fi implantate cipuri în creier.

## 39. 41/1985

M.A. O femeie de 34 ani, muncitoare, divorțată prezintă două episoade psihotice etichetate ca “schizofrenie simplă” (1985,1986), dar nu urmează ulterior un tratament de întreținere. Peste 10 ani (2008) are o internare cu simptomatologie delirantă, centrată de gelozie. Este convinsă că soțul o înșeală cu sora ei și cu o vecină, care de aceea îi vrea răul, o urmărește mereu pe geam să vadă ce face în casă. De aceea își acoperă geamul cu prosopul. Se amplifică preocupările religioase, merge des la biserică unde petrece mult timp. A ajuns să fie convinsă că are o descendență deosebită, că părinții și alte rude ale sale au fost medici celebrii. Ajunge internată pentru comportamentul dezadaptat.

## 40. 1274/2001

Un bărbat de 32 ani, muncitor, căsătorit cu 2 copii dezvoltă în 7 luni (2001) un delir centrat pe gelozie, soția îl înșeală; este urmărit, privit pe stradă; depresiv, nu mănâncă "să-i demonstreze soției ca poate să sufere".

Un alt episod (2003) de depresie, persecuție, urmărire și gelozie se însoțește de depersonalizare, derealizare, transparență, influență.

La episodul din 2010 se adaugă convingeri de otrăvire, vrăjire și grandozitate mistică "eu sunt lumina lumii, trimisul lui Dumnezeu pe Pământ, de Paști toți puteau lua lumină din aura mea de înger...sunt un om foarte important, toți au auzit de mine", "Satana ia chipul vecinilor ca să mă supravegheze, nu mai știu cu cine vorbesc".

## 41. 53/1985

O femeie de 28 ani, desenator tehnic, căsătorită, 2 copii. Debutul evident este de câteva săptămâni: „la serviciu se vorbea de multe ori aluziv la adresa mea, s-a înscenat și o situație neplăcută pentru mine, de gelozie din partea unei colege al cărei soț s-a îndrăgostit de mine, deși el e bunic”; „o colegă zilnic îmi povestea despre diverse fapte urâte care se petrec în cadrul armatei și știu că se referea la soțul meu pe care îl consider homosexual. Abia de o săptămână m-am convins de asta. Există o întregă rețea în care este implicat. Poate și de lesbiene. Are relații și cu vecinul nostru care doarme cu fiul lui de 16 ani în pat. Își transmit semnale: trag apa la WC deodată, se aud mieunături de pisică ceea ce e semnificativ, telefonul nostru deși nu e cuplat sună ciudat, precis se înregistrează convorbirile. Doctorița la care m-a adus soțul meu precis e o fostă iubită de a lui. Și aici miroase în salon, ca la noi în dormitor, o substanța care te provoacă care te face să faci lucruri murdare. Probabil sunt lesbiene printre doctorițe. Soțul meu a vrut să îmi facă rau, s-a spălat pe mâini în baie tocmai când mă spălam eu pe cap și mi-a curs deodată numai apă foarte fierbinte pe cap; vrea să scape de mine”. O nouă internare în același an (1985) cu aceeași simptomatologie la care se adaugă astenie, fatigabilitate. Urmează alte 2 recăderi în 1986, cu idei delirante de urmărire, persecuție, ușoară depresie. În 1987 o nouă recădere cu delir de persecuție și urmărire extins asupra vecinilor și chiar la școală asupra învățătoarei copilului cu care anterior internării „a vrut să se clarifice, abia a fost oprită”; halucinații auditive comentativ injurioase : aude cum este bârfită, aude cum i se spune lesbiană, nebună. De multe ori a fost la vecini sau le-a dat telefoane noaptea când le auzea vocile „bârfind-o”. 1987: recădere afectivă de model hipomaniacal: sociabilitate exagerată neconformă cu stilul obișnuit : dă telefoane pentru pura plăcere de a vorbi la telefon fără a ține seama că deranjează pe alții,

face cumpărături nefirești; 1988: teme delirante nesistemizate sunt marcate de preocupări în sfera erotică; are permanent halucinații auditive; toată lumea știe ce gândește ea; idei suicidare. 1990: internare după o tentativă de suicid prin ingestie medicamentoasă în contextul ideilor delirante de gelozie pregnantă de această dată. 1993 : disociație ideoverbală, idei delirante de persecuție și urmărire, răspunsuri alăturate, delir de prejudiciu țiganiilor vin și îi fură mâncarea, ea nemaiavând ce să dea copiilor; idei de otrăvire: vecinii de la parter dau cu spray pentru gândaci ca să o intoxice, să o otrăvească.

Același delir de gelozie și în subsidiar de otrăvire centrat pe o unică persoană – soția. Comportamentul pacientului este în conformitate cu trăirile patologice.

### Tematica erotomană

Convingerea că o altă persoană e îndrăgostită de subiect, fără ca între cei doi să existe o relație efectivă, de dialog direct și apropiere fizică, trimite la imaginar și reprezentare. Pe scena metareprezentativă a psihismului subiectul poate să deruleze situații ipotetice, privitoare la percepții nemjlocite. În măsura în care există o relaționare efectivă reală și reciprocă între două persoane concrete ce se cunosc, ea e întreținută prin diverse mesaje și întărită prin acțiunile efective a fiecăruia din cei doi.

Delirul erotoman se desfășoară în strânsă legătură cu întreținerea stimei de sine, prin relația ipotetică cu o persoană aflată într-o poziție socială superioară. Scenariul mental în care aceasta e îndrăgostită de subiect, poate trece de la o vagă ipoteză prezentă în imaginar, la convingere fermă. Se realizează astfel o intimitate imaginară cu personaje inaccesibile, similară cu dragostea față de eroii de roman sau de film. Erotomania exprimă și o disponibilitate afectivă crescută a subiectului dezinhibat, caracteristică de obicei stărilor hipomane sau maniacale, care susțin grandiozitatea.

Delirul erotoman poate fi unica idee delirantă și centrală într-un sistem delirant; ea poate face parte însă și dintr-un complex simptomatic psihic mai larg.

### Cazuistică

#### 42. 477/1991

O femeie de 33 ani, necăsătorită, debutează în decurs de câteva săptămâni (1991) cu neliniște ce ajunge până la agitație și agresivitate..este convinsă că șeful de atelier e îndrăgostit de ea.."știu că mădorește, simt că are ceva cu mine..." apar preocupări crescute față de religie, citește mult biblia "cred numai în Dumnezeu și forțe supranaturale". În anii următori recăderi repetate cu episoade maniacale și depresive delirante.

#### 43. 1539/2003

O femeie de 46 ani, necăsătorită, după o evoluție de 1 an se internează (2003) cu un delir erotoman centrat pe șeful ei, pe care îl apelează prin scrisori; teme paranoide : urmărire, persecuție; interpretări delirante : acasă la geam a căzut chitul, consideră că a fost cineva în absența ei și-și baricadează geamul (la etajul 5); se simte iradiată în zona genitală (are realmente un fibrom ce nu necesită intervenție chirurgicală) și faptul îl pune în legătură cu relația erotomană; dispoziție expansivă, logoree, fără un sindrom maniacal bine conturat. Episod unic.

#### 44. 1464/2003

O femeie de 53 ani, separată de soț, 2 copii, muncitoare, debutul e în 3 luni cu delir erotoman : „e convinsă că șeful îi face avansuri; senzitiv relațional (colegele o bârfesc), trei bărbați de pe stradă o privesc și o urmăresc că să aibă relații cu ea, necunoscuții îi cunosc problemele cu șeful; peste un an (2004) o recădere cu depresie și paranoide.

#### 45. 1484/2003

O femeie de 25 ani dezvoltă progresiv (2003) convingerea că șeful ei s-a îndrăgostit de ea și comunică telepatic cu acesta; șeful îi cunoaște gândurile, o cere telepatic în căsătorie de mai multe ori, pune în preajma ei camera de luat vederi...are impresia că lumea vorbește despre ea, se fac referiri la ea la radio și TV, se simte urmărită și supravegheată tot timpul...începe să audă voci "ale prietenilor, care sunt ca niște șoapte"...se mută la o altă întreprindere unde se îndrăgostește de un coleg de serviciu dar fostul șef îi transmite prin telepatie să plece de la această întreprindere...acesta a pus și oameni să o urmărească pe

stradă...se simte vrăjită în legătură cu căsătoria; trebuie să se căsătorească cu un tip mai bogat, șef la petrol, dar ea nu vrea....apoi trebuie să se căsătorească cu un tip cu coșuri pe față, tot prin vrajă. Reinternări repetate cu diagnosticul de schizofrenie.

#### 46. Caz – prezentat în extenso

Pacienta M.S., gen feminin, în vârstă de 45 ani, necăsătorită, nu are copii și în prezent nu lucrează. Nu are antecedente heredocolaterale psihiatrice și nici antecedente personale patologice semnificative.

Provine dintr-o familie legal constituită. Ambii părinți au în prezent 74 ani. Figura de atașament a fost mama, pe care o descrie ca fiind „bună, înțelegătoare, sufletistă”. Despre tata afirmă că este „activ, perseverent, mai sever, foarte zelos în credință”. În tinerețe consuma alcool și era uneori violent cu mama și cei doi frați ai săi. Are un frate mai mare, 48 ani, căsătorit, cu doi copii și un frate mai mic care a decedat la 19 ani într-un accident de mașină. Descrie relațiile familiale ca fiind relativ bune, doar uneori conflictuale.

Pacienta și familia ei au fost catolici până la vârsta de 14 ani a pacientei, când toți membrii familiei au trecut la cultul Martorii lui Iehova.

Pacienta se autodescrie ca fiind „perfecționistă, foarte atentă la detalii, melancolică, retrasă”, nu are încredere în oameni.

Pacienta nu este căsătorită și nu a avut niciodată o relație intimă. Afirmă: *“Nu știu dacă mi-am dorit vreodată. Uneori poate că da. În Biblie se zice că omul nu este bine să fie singur, că are nevoie de cineva care să i se potrivească”* .*“Au mai fost persoane de sex opus care mi-au plăcut, dar nu pot să spun că mi-au plăcut foarte mult. Nici eu nu reușesc să înțeleg... Când ai o relație mai apropiată cu cineva...profesional vorbind....sau școlară... Când ai un prieten mai apropiat, să-i cunoști personalitatea... Dar așa...mai apropiat...nu am avut. Pe domnul doctor l-am cunoscut mai mult și în timpul lucrului și extra lucru, în cei 2 ani. Și pot să zic că-mi place mult”* . *“Există colegi de care te simți mai atras”* .

Pacienta a terminat Facultatea de Medicină – Colegiul de Asistenți Dentari: *“Am considerat că nici liceul nu e destul. Am vrut să am studii superioare și am dat la Tehnică Dentară, pentru că îmi plac lucrurile minuțioase, îmi place să fac lucrurile bine, dar nu îmi reușește întotdeauna așa de bine cum aș vrea”* Nu

reuşeşte să intre la această specialitate și începe colegiul de Asistenți Dentari. Îi place foarte mult. După terminarea facultății, a avut câteva locuri de muncă de scurtă durată (frizerie, industrie textilă, industrie alimentară). A lucrat 1 an în Italia (a avut grijă de 2 copii, apoi de bătrâni). În perioada martie 2009- august 2010 a lucrat ca asistent dentar la un Cabinet de Stomatologie în Dumbrăvița, în august fiind concediată. I-a plăcut acest loc de muncă, dar ulterior a considerat că este stresant. Uneori a avut conflicte la serviciu cu medicul stomatolog și cu colega acestuia. Afirmă că a fost dată afară probabil din cauza faptului că cei doi medici aveau o relație, dar nu știe exact ce s-a întâmplat. *“Cu o seară înainte i-am spus că îmi dau demisia. Mi-a spus că vorbim a doua zi. A doua zi mi-a dat un pix și o hârtie și m-a pus să scriu demisia. Nu am vrut, dar apoi m-a amenințat și mi-am dat demisia.”*. După ce a fost concediată, a mers de mai multe ori la fostul loc de muncă. *“Mergeam aproape zilnic acolo, pentru că aveam o colegă care lucra acolo”*. *“Am mers și am pus țigle pe acoperiș, fiindcă ploua în dispensar, am schimbat becul. Am făcut totul din dragoste, din iubire pentru oameni, nu am fost recompensată”*. *“M-am dus cu gândul că o să-mi recuperez locul de muncă”*. *“Domnul doctor mi-a spus că a văzut că nu mi-e bine și că ar trebui să mă bucur că m-a scos de acolo”*. *“Plângeam, mi se făceau observații, eram mai sensibilă”*. *“S-au bucurat că am plecat. Sigur m-au vorbit pe la spate la domnul doctor”*.

În august 2012, medicul stomatolog cu care a lucrat a plecat în Anglia. *“Atunci mi-a spus că am mers pe un drum greșit, că așa este când îți faci iluzii”*.

Iunie 2013 – începe să îi trimită mail-uri fostului șef, aproape zilnic, uneori mai multe pe zi. *“Îi scriam despre lucru, despre ce s-a întâmplat acolo și apoi și despre ce simt pentru el”*

Septembrie 2013: *“Totul a fost ca o poveste. Mergeam cu bicicleta și am văzut un porumbel alb căzut în iarbă. Atunci n-am băgat de seamă. Dar a doua zi am început să mă gândesc foarte mult la asta, să fac analogii legate de locul de muncă, să mă gândesc la faptele mele bune. Albul e puritate. Și am crezut că faptele mele bune au pierit, pentru că porumbelul era mort”*.

*“Când a plecat domnul doctor în Anglia, am simțit că e mai mult între noi”*.

*“I-am spus o dată că îl iubesc, așa cum îl iubește Petru pe Iisus. Mi-a răspuns: La fel. Era reciproc. Dacă nu era așa, nu m-ar fi angajat”*. *“Îl stimez foarte mult, e un om foarte bun”*. *“Nu am mai simțit pentru nimeni ce am simțit pentru el”*.

*“El nu îmi răspundea la mail-uri direct. Odată mi-a spus: Prietenii nu au nevoie de mail-uri. Dar îmi răspundea prin semne. Porumbelul a fost un semn de la el. Au fost și alte semne. Și vise. Într-o noapte am auzit o pasăre, a fost înspăimântător”.*

*“Domnul doctor practica yoga. Cineva mi-a spus că oamenii care practică yoga pot transmite imagini și vise și că, dacă se concentrează mai mulți, pot și să omoare pe cineva”.*

*“Puteam să ne transmitem gânduri unul altuia. S-a întâmplat la un moment dat, la cabinet. Mi-a scăpat un instrument și mi-a spus să nu-i mai trimit gânduri.”*

*“Îmi trimitea și el gânduri: Ce e val ca valul trece, nu sta în calea lui”.*

*“Eram bucuroasă că putem comunica în acest fel.*

*“Cealaltă doctoriță era dușmanul meu. Era împreună cu dl. doctor și îl stârnea împotriva mea. Clar că și ea era practicantă de yoga, poate amândoi îmi transmiteau ceva”.*

*“Voiam să fiu ca el, aveam impresia că trebuie să fiu ca el”.*

*“M-am mai întâlnit o dată cu el, când a venit în țară și mi-a spus: Știi ce-am greșit, dar am uitat. Eu am încercat să mă gândesc ce vrea să spună... Poate că m-a dat afară. M-a lăsat în urmă. M-a înlocuit cu altcineva. El avea un obiectiv să plece. Mi-a spus că dacă va avea nevoie de mine, o să mă cheme”*

În noiembrie 2013 pleacă în Anglia 2 zile, merge la spitalul unde lucrează doctorul, cu speranța că va lucra și ea cu el. *“M-a întrebat ce caut acolo. Mi-a spus că-i fac probleme, să plec”.* Doarme pe stradă în noaptea respectivă și se întoarce acasă a doua zi. La întoarcere, continuă să-i scrie email-uri. Primește 2 email-uri de la medic, în care îi spune să îl lase în pace.

Noiembrie - Decembrie 2014: *“Simțeam că vorbesc cu mine și că am idei contrare. Simțeam că am un dezechilibru în creier”.*

*“Gândurile se derulau în mintea mea rapid și se contraziceau. Nu mai aveam control asupra minții mele”.*

*“Vorbeam în gând, și tot în gând cineva îmi răspundea. Simțeam că înnnebunesc. Doctorul mi-a spus că nu am minte, cuvântul lui are greutate pentru mine. Că nu am minte”.*



*“Mergeam în locuri în care nu voiam, făceam lucruri care nu mă caracterizau”.*

*“Îmi era frică să nu înnebunesc. Am început să mă gândesc că toate lucrurile astea sunt de la Satana”.*

*“Simțeam că ceva nu e bine cu mine”. “Simțeam că sunt două persoane”.*

*“Am simțit că energia universului mă conduce. Îmi place să contemp lu stelele. Era pe cer o stea care pălea și aveam impresia că energia ei s-a transferat la mine”.*

Ianuarie 2014 – Consult în ambulator – psihiatrie. Tratament: Olanzapină 10mg/zi, Carbamazepină 300 mg/zi, Bupirona 10mg/zi.

28.01 – 13.02. 2014 – Internare în Clinica de . Tratament: Olanzapină 15 mg/zi

Examen Psihodiagnostic: persoană cu nevoie de recunoaștere cenzurată senzitiv, tendința la perseverare, posibile oscilații timice. Semne de dispoziție depresivă cu elemente psihotice.

## 8. Tulburări perceptiv în psihoze

Tulburările perceptiv – și de tip perceptiv – ce se manifestă în psihoze, se integrează în structura delirului sau a stării psihotice, introducând un ecran sau realizând o legătură distorsionată între subiect și ambianța situațională.

Informațiile perceptiv pot fi recepționate insuficient de clar sau ca iluzii, ce sunt interpretate din perspectiva delirului. În unele cazuri pacientului i se impune un detaliu nesemnificativ, pe care-l decontextualizează și îl încarcă cu o semnificație deosebită, pregătind sau întreținând convingerile din scenariul delirant (această “reliefare” perceptivă e denumită tehnic “saliency”). În cadrul tulburărilor denumite de referință, subiectul poate resimți că percepții banale – o culoare, un număr, un fenomen atmosferic, întâlnirea cu o cunoștință, un eveniment public – sunt încecate de semnificații speciale dar misterioase ce i se adresează. Aceeași încărcătură de semnificații speciale dar neclare poate fi resimțită din partea vorbirii celor din jur sau a mesajelor generale transmise prin mass media. Iluziile se referă de obicei la percepția modificată a informațiilor actuale. Obiectele sunt percepute mai mari sau mai mici, cu contururile modificate. Iluziile de schemă corporală se referă la perceperea modificată, anormală, a limitelor propriului corp; se întâlnesc în sd. de depersonalizare. Pacientul poate percepe oamenii din jur, inclusiv pe cei apropiați, ca fiind modificați, ca aspect sau identitate. Halucinațiile sunt trăiri de tip perceptiv ce sunt resimțite în lipsa unor informații actuale corespunzătoare. Ele pot fi simple sau complexe și se pot desfășura în toate zonele senzoriale, corelându-se cu tematica delirantă. Halucinațiile funcționale au un suport informativ actual, dat nediferențiat în raport cu trăirea perceptivă a subiectului: e.g. pe fondul trecerii unei mașini, subiectul aude voci care-l acuză. În psihoze halucinațiile sunt corelate cu delirul. Halucinațiile gustative și olfactive se întâlnesc mai ales în delirul cu

tematică de otrăvire. Halucinațiile vizuale sunt rare în psihoze, întâlnindu-se mai ales în cele cu tematica religioasă. Cele mai frecvente în psihoză sunt halucinațiile auditive ce pot fi: apelative, voci ce i se adresează subiectului, îl condamnă, sunt injurioase; imperative când îi comandă ce să facă; comentative, privitor la propria persoană sau comentând actele pe care le face. Pseudohalucinațiile sau halucinațiile psihice sunt trăiri de tip halucinator, resimțite în interiorul propriului spațiu corporal, de obicei în cap; subiectul se poate detașa parțial de “vocile” pe care le aude “în cap”.

### Cazuistică

#### 47. 246/1988

O femeie de 30 ani, căsătorită, cu 2 copii, muncitoare, are un frate în tratament cu schizofrenie; treptat devine tot mai credincioasă și ajunge să creadă că prin rugăciunile sale fratele s-a făcut bine, apoi că prin rugăciune influențează fenomenele și evenimentele și “vede semne cerești” care-i cresc anxietatea; prezintă și alte percepții referențiale, de exemplu culoarea roșie(!) și “o lună mare, roșie cu o coadă de fum”; evenimentele din jur sunt semne cerești ce i se adresează; se simte angrenată în lupta cu forțele răului, cu Satana, fiind sprijinită de Dumnezeu.

În anii următori (1989,1991, 1992) se reinternează cu delir: de referință (semne cerești trimise pentru ea), paranoid- e urmarită de securitate și de persoane necunoscute, mistic - este aleasa Domnului; transparentă – la TV sunt oameni ce îi cunosc gândurile și intențiile; dar și cu stări apato-abulice, are anhedonie și inhibiție, care alternează cu dezinhibiție, expresivitate, grandoare.

Delirul mistic și paranoid e flancat de importante simptome referențiale; grandiozitatea delirantă se articulează și cu o discretă ciclotimie.

#### 48. 1082/1999

O femeie de 31 ani dezvoltă în decurs de câteva luni un tablou psihopatologic care constă din: - interpretări delirante multiple: ex. Pornind de la anumite detalii anatomice concluzionează că prietenul său este homosexual; - oamenii au cearcăne în consecință sunt morți; - percepții delirante : a văzut o anumită configurație a norilor pe cer, în formă de „T” sau cruce; de unde a dedus că se

apropie sfârșitul lumii;- halucinații olfactive (simte diverse mirosuri, de ex. de putrefacție); - halucinații auditive (aude zgomote, diverse voci care îi spun anumite lucruri); - fenomene de transparență influență : o forță supranaturală i-a putut citi gândurile, i-a transmis gânduri, alteori afirmă că prietenul ei a făcut aceste lucruri; - idei delirante de urmărire (prietenul i-a montat microfoane în casă, în TV); - dispoziție afectivă depresivă; - idei suicidare (își dorește moartea pentru a scăpa de toate aceste lucruri); - a avut o tentativă suicidară prin venesecție. Recăderi ulterioare cu diagnosticul de schizofrenie.

#### 49. 1173/2000

Un bărbat de 36 ani dezvoltă în câteva luni (2000) o retragere socială cu suspiciune, tulburări de somn, halucinații auditive: “aude voci de femei și bărbați în capul meu care mă cheamă în diferite locuri, să le semnez acte, îmi spun că e poliția pe urmele mele...nu reușesc să scap de ele...nu mă lasă în pace deloc, îmi umplu tot timpul, uneori încerc să le răspund când nu îmi dau seama că sunt doar în capul meu, le răspund și când mă amenință....dacă nu ar fi vocile din capul meu ar fi bine...”“vocile” îmi cunosc gândurile, doar sunt în capul meu, știu ce gândesc, îmi bagă noi gânduri, mă influențează, mă dirijează să mă îndrept spre locul unde să semnez actele.

#### 50. 1379/2002

O femeie de 28 ani debutează în decurs de câteva luni (2002) cu impresia că pe stradă oamenii o urmăresc cu privirea, prin TV i se transmit mesaje, simte gânduri ce nu-l aparțin referitoare la moarte, aude tot felul de lucruri: lătrat de câine, plâns de copil, cântare preotească, vocile părinților și rudelor care discută despre moartea sa și vorbesc despre ea; dispoziție depresivă cu vagă idee de suicidare...afirmă: “parcă s-a rupt ceva în mine, nu mă mai pot regăsi...ceva se întâmplă pe aici și nu știu ce...”..”i s-au transmis mesaje special printr-un film, colegele de salon se uită ciudat la ea...nu știe ce se întâmplă”.

#### 51. 1387/2002

Un bărbat de 27 ani, necăsătorit dezvoltă în mod insidios în urmă cu 2 ani când pacientul a devenit suspicios prezentând idei senzitiv relaționale, idei de persecuție, fapt care a dus la schimbarea locului de muncă; refuza să mănânce de teama de a nu fi otrăvit, pt. că mâncarea mirosea urât (miros de cadavru, gust de iarbă, de pământ), refuza să comunice cu părinții, pacientul având senzația că altcineva a luat chipul mamei, nu mai dormea, , era tensionat, avea halucinații auditive elementare. Pacientul afirmă că s-a simțit deosebit decând se știe [...] are

impresia că pieptul, sternul și musculatura formează o stea cu 5 colțuri, fapt care ar avea o semnificație deosebită. De asemenea caută în reviste simboluri cărora le găsește o interpretare anume, spune că altcineva, necunoscut îi impune această stare. Înainte de internare a prezentat fenomene de depersonalizare și derealizare (nu se mai recunoștea, nu știa ce se întâmplă în jur, ceva era schimbat)

#### 52. 1413/2002

O femeie de 42 ani, divorțată, debutează brusc (2 săpt) în 2002 cu delir mistic corelat cu o percepție delirantă: a primit o floare de la cunoștințe și “a intuit brusc că aceasta are puteri vindecătoare”, “ floarea se numește Aranca (ca pe ea) și deci ea însăși are puteri deosebite asupra diavolului”, “pot să-l împrăștii, să-l distrug, sau să-l adun pe diavol”, “ la un drum de răscruce am ajutat 3 mașini: albă, roșie și albastră, să pornească și să nu se accidenteze”, “am potolit câinii”, “cu ajutorul lui Dumnezeu îi ajut pe oameni să scape de diavol”. Sentiment de urmărire, de persecuție, senzitiv-relațional. Se simte posedată de diavol cu senzații corporale “ am simțit cum încerca să mă strângă de gât când treceam prin fața unei biserici”. Se manifestă apoi dezinhibiție, energie crescută, multe planuri hipomaniacale. Reinternări repetate în anii următori: 2002, 2004, 2011, 2013: delir senzitiv relațional, de vrăjire, mistic: “sunt sigură că boala mi se trage de la un vecin care mi-a făcut vraji”, “mă rog des pentru a îndepărta diavolul și răul din jurul meu”; în 2013 apar halucinații auditive comentative, o voce de bărbat. Delirul mistic e ușor mixat cu cel paranoid, senzitiv-relațional, de urmărire, persecuție și de vrăjire, dar oamenii din jur joacă un rol minor. În final apar halucinații comentative, ușoare oscilații dispoziționale, inițial hipomanie, fără să prezinte bipolaritate ciclotimă.

## 9. Simptomele de prim rang Schneider, tulburări ale spontaneității cursului gândirii și influența xenopatică

K.schneider a indicat o listă de simptome subiective care, în lipsa unei patologii somatice, ar indica diagnosticul de schizofrenie. Acestea sunt:

**Halucinații auditive în care mai multe persoane comentează între ele pacientul sau însoțesc gândurile și acțiunile sale, sonorizarea gândirii, ecoul, difuzarea, citirea, împărtășirea, înregistrarea gândirii, retragerea, controlul, impunerea gândirii, controlul voinței, impunerea mișcărilor și vorbirii, pasivitatea somatic și a emoțiilor, percepția delirantă.**

Aceste simptome de prim rang ale lui Schneider (SRP) au fost considerate caracteristice schizofreniei în instrumentul cu care OMS a realizat studiul internațional asupra schizofreniei (PSE-9) și a definit această tulburare în ICD-10, fiind parțial introduce în scala schizo+ a lui Andreasen. În prezent specificitatea lor pentru schizofrenie e privită cu rezervă.

SPR sunt apropiate și se intersectează cu mai multe clase semiologice precum halucinațiile, delirul (“primar” și paranoid), tulburările formale ale cursului gândirii. În ultimul timp se consideră că specificitatea lor constă în tulburarea a două aspecte esențiale ale sinelui (self), care centrează subiectivitatea persoanei conștiente, în calitate de “ipseitate”: a) Funcția de “agenție” în sensul sentimentului subiectului că toate gândurile, intențiile și acțiunile sale își au originea ultimă în sine; b) și, funcția exprimată prin “apartenență” (“ownership”) care se referă la sentimentul subiectului că trăirile sale îi aparțin eului propriu, distinct de lume și de alții. Perturbarea acestor funcții produce sentimentul de “transparentă psihică și influență străină (xenopatică)”.

SPR se apropie și se intersectează cu tulburări ale spontaneității cursului gândirii și ale acțiunii, patologie ce e resimțită ca o slăbiciune a eului, ca o depersonalizare care “anonim-izează” subiectul. O parte a acestora se include în

“tulburări formale” ale gândirii. Din această categorie fac parte trăiri ca : interferența gândirii (gândurile proprii interferează cu un flux ideativ ce nu prezintă interes pentru subiect); în continuitatea interferenței, se poate manifesta gândirea intruzivă și “presiunea gândirii – mentism” – o multitudine de gânduri se impun brusc, fără a putea fi controlate. Aceste fenomene ar putea fi precursorii ale simptomelor SRP : ecoul, sonorizarea și difuzarea gândirii; citirea gândirii ar rezulta dintr-o atribuire xenopatică a acestor fenomene resimțite de la început ca străine de sine. Alte tulburări ale cursului gândirii ar consta în: întreruperea acestuia – “barajul” sau “golul mental”, care ar putea fi precursorul sentimentului de retragere a gândirii; pierderea inițiativei gândirii ar favoriza sentimentul de control și impunere a gândirii; iar mișcărilor automate necontrolate ar putea precede sentimentul de control și substituie a mișcărilor.

Mișcarea doctrinară care face apropierea între perturbarea spontaneității psihismului, manifestată în mod special la nivelul cursului gândirii și SRP, are în vedere o “slăbiciune a eului” care condiționează în primă instanță o trăire depersonalizantă specială, teren pe care acționează atribuirea unei origini și cauzalități xenopatică, pentru trăiri care inițial erau resimțite ca făcând parte din “agenția” și “apartenența” subiectului.

O a doua direcție de apropiere și intersectare este între SRP și delirul paranoid, înțeles în sens lărgit, în care acesta favorizează sentimentul de “centralitate” și supraveghere a intimității. O primă arie simptomatică e reprezentată de tematica senzitivă de relație, de sentimentul subiectului că e în centrul atenției și comentariului celorlalți. Replica în cadrul SRP a acestor trăiri o constituie halucinațiile auditive comentative. O altă manifestare a paranoidei o reprezintă supravegherea intimității (cu aparate) ce se dezvoltă în continuarea sentimentului de urmărire și punere sub observație. Replica în SRP a acestor trăiri, care exprimă o pronunțată centralitate, constă în sentimentul de citire sau ghicire

a gândurilor. În sfârșit, trăirile de referință, plasează sentimentul de “centralitate” chiar mai departe decât relațiile interpersonale sociale: percepții banale, culori, cifre, evenimente atmosferice sau sociale, apar subiectului ca având o semnificație specială pentru el. Pe această cale se ajunge la dispoziția (atmosfera) delirantă, în care subiectul trăiește în tensiune, în mijlocul unei lumi nefamiliare, bombardat de semnificații misterioase care anunță un eveniment deosebit. În aceste condiții apare “percepția delirantă”, un alt simptom inclus în SRP: o percepție banală “clarifică” pentru subiectul situația, permițând instalarea scenariului (tematicii) delirante bizare.

O a treia arie psihopatologică e cea care se apropie și interferează cu simptomele de control și influență. Acestea ar putea fi corelate cu tradiționalele stări de transă și posesiune (de spirite), care în cultura occidentală s-au metamorfozat la un moment dat în manifestări de dedublare disociativă (și de stări pitiatice, manipulabile prin sugestie). Precum și cu fenomenologia trăirilor “duale” din cadrul relaționărilor interpersonal intime.

Înțelegerea actuală a psihismului individual nu poate face abstracție de faptul că ontogeneza începe cu relația de atașament și cu introjectarea imagoului matern în propriul psihism (în instanța metareprezentățională denumită “internal working model”). Prin acest proces ce continuă de-a-lungul întregii vieți, fiecare subiect împărtășește în permanență gândurile și deciziile sale intime cu persoanele apropiate sufletește de el, care-i sunt “încorporate”, fapt ce permite rezonarea afectivă, împărtășirea trăirilor și consensul tacit. În plus, orice om este supus continuu sugestiilor ce vin din aria presiunii sociale, prin normativitatea pretinsă, discursurile socio cultural zilnice – ce au un important rol manipulator – și întreg procesul de “normativizare” (adică presiunea de a se conforma normativității simțului comun). Toate acestea întrețin un permanent “control xenopatic” firesc al gândirii și acțiunii, inclusiv “insertia” de gânduri și atitudini, pe



care subiectul le acceptă fără comentarii. La toate se adaugă dorința subiectului de protecție și control a vieții sale psihice de către ființele supranaturale ale mitului religios în care crede.

TABLOU COMPARATIV AL SPR ALATURI DE TULBURARILE FORMALE DE GANDIRE SI DE SIMPTOMATOLOGIA DELIRULUI PARANOID (SCHIZOFORM)		
tulburări formale de gândire	SPR	delir paranoid de persecuție, etc
	halucinații auditive ce comentează subiectul	sdr.senzitiv de relație
	halucinații auditive ce comentează actele	halucinații apelative, imperative, injurioase
	sonorizarea gândirii (ecoul gândirii)	pseudohalucinații
interferența g. intimități	răspândire, difuzarea g. împărțirea g.	supervizarea de la distanță a intimității (cu aparate)
ideeație intruzivă	ghidarea g. ditierea g.	
mentism (presiunea g.)	cu noșterea g.	substituire de persoane (S.Capgras)
întreruperea g.	retragerea g.	
pierderea inițiativei	controlul g. impunerea g. contrafaceerea g.	
depersonalizare (pierderea limitelor sinelui)	controlul voinței	dedublare, stări disociative de posesiune
mișcări automate (necontrolate)	acte impuse	control
hiperreflexie	pasivitate somatică (emoții, impulsuri, senzații corporale)	
cenestopatie		
-----		
autoreferința primară	percepție delirantă (delir primar)	interpretări (delirante) semnificații speciale simptome de referință centralitate delirantă

Din această perspectivă, “influența xenopatică” asupra gândirii și acțiunii ce se întâlnește în SRP, este o trăire ce se “des-implică” din funcționarea sa normală, se impune în prim plan “izolat” și ciudat, manifestându-se în cadrul de-diferențierii psihice din “depersonalizarea psihotică”, alături de celelalte simptome SRP.

Depersonalizarea psihotică – distinctă de cea disociativă dar plasată în continuitatea acesteia – e marcată de sentimentul subiectului că “se întâmplă ceva”, că el e în centrul evenimentelor, că lumea s-a schimbat, el s-a schimbat, alții s-au schimbat. Prin această schimbare, pe care deseori subiectul o resimte ca o stare de vrăjire, el intră într-o altă lume: în lumea delirantă.

Iar în această lume delirantă el se poate simți înstrăinat, că cineva care și-a pierdut autonomia “agenției” și “apartenenței”, ca lipsit de libertatea de a decide ce aparține zonei intime (adică “lui însuși”) și că poate fi cunoscut public și decis de alții. Astfel, ajunge să se simtă la discreția și sub controlul xenopatic al altora; a altor oameni, a unor instituții, a vrăjitorilor, a unor ființe și forțe supranaturale, a lui Dumnezeu și chiar a diavolului.

### **Cazuistică**

Simptome de prim rang Schneider sunt prezente la cazuri ce au fost menționate în capitole anterioare și vor apărea în următoarele:

#### **53. 365/1989**

Un bărbat de 36 ani, inginer, căsătorit, 2 copii, prezintă delir senzitiv relațional, urmărire, persecuție (securitate), influență, halucinații auditive, idei delirante : „se întâmplă ceva deosebit”, anxietate. La episoadele ulterioare : urmărire

(filat de colegi și necunoscuți), senzitiv relațional (e privit ciudat, se vorbește despre el), paranoid (îi vor răul), transparență influență : insertia gândirii, derealizare, dispoziție delirantă („nu înțeleg ce se întâmplă”); urmărire prin supraveghere specială (TV, telefon, microfon), e privit prin vizor, supraveghere prin satelit, otrăvire (soție/securitate).

Delirul paranoid se amplifică prin supraveghere specială, transparență influență, otrăvire, s.p.r.S., oscilații ciclotime.

#### 54. 973/1998

Un bărbat de 23 ani, fără ocupație, necăsătorit, dezvoltă rapid (2 săptămâni) un tablou psihotic: e convins că e urmărit, persecutat, influențat, aude voci vorbesc despre el, transparență influență psihică, prezintă halucinații tactile..simte cum “persecutorii îmi comprimau inima”...”nu mă mai ascultă picioarele deoarece sunt dirijate de către alții”...”spiritele rele îmi pătrund prin piele și îmi golesc inima” ...seara, la culcare se vede pe el însuși în mintea sa “parcă nu ar așa mai fie u”..prieteni îl influențează prin telepatie și telefon...și vor să îl predea satanai..dușmanii îl fac să mănânce repede pentru a se îneca, simte pe pielea spatelui energiile negative transmise de aparate..comunică mental cu Isus care-l transmite să facă numai lucruri bune.

#### 55. 321/1989

C.S. femeie, 30 ani. O femeie dezvoltă într-o lună un tablou psihotic cu convingeri delirante senzitiv-relaționale și sentimentul că poate influența gândurile și deciziile celorlalți. Gândurile ei difuzează, i se citesc gândurile, transmite gânduri și sentimente la colegi și copii; trăiri cu derealizare, depersonalizare;

Peste 8 ani (1997) se reinternează cu: sentimente de răspândire a gândirii, își recunoaște propriile gânduri în ceea ce vorbesc colegii; se vorbește despre ea la Realitatea TV; e influențată telepatic. Nu e descrisă o paranoie pregnantă, dar e notată o stare (hipo)maniacală.



## 56. 2/1620

S.P. Un bărbat de 33 ani, muncitor, căsătorit, cu 3 copii, dezvoltă în 3 luni (1982) idei delirante de grandiozitate și mistice, însoțite de un comportament bizar. E convins că are o nouă identitate, inspirate din literatura istorică. *"El este sufletul bun a lui Napoleon, căruia îi va purta uniforma și în numele căruia va vorbi", "sufletul său are mai multe învelișuri, e genial, e omul poporului, e un sfânt, are misiunea de a unii biserica catolică și cea ortodoxă pentru a se închina omenirea la răsărit"*. Refuză alimentația și obligă familia să facă la fel *"pentru a se purifica, devenind ființe superioare"*. E suspicios, agitat, iese în stradă în tinuta neîngrijită; logoree, recită poezii, limbaj metaforic. Acceptă să fie internat pentru a fi protejat.

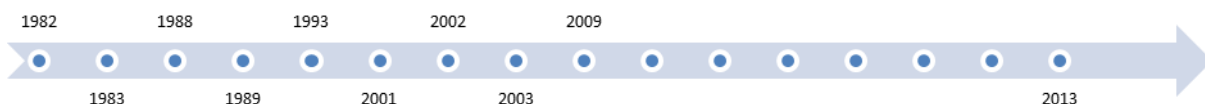
Peste 1 an (1983) e reinternat cu o stare inhibată depresivă și SPRS: citirea gândurilor, sonorizarea, retragerea gândirii; e influențat prin hipnoză și halucinații auditive ce comentează gândurile și acțiunile sale.

În 1988 prezintă delir mistic : *"este ales pentru a aduce pe pamant pacea și bunăstarea", "are relații cu forțele supranaturale"*, ambivalență, ambitendență.

În 1989 se adaugă tulburari senzitive, paralogisme, neologisme: *"Ceaușescu e dementalizat"*

În 1997: *"este ales de Dumnezeu ca la sfârșitul lumii să fie împăratul lumii"*, iar până atunci dorește să reformeze lumea.

În anii următori prezintă și episoade depresive; în 2001 *"duce o luptă interioară permanentă în relațiile sale cu Dumnezeu, Lucifer, demoni și îngeri"*. Alternează episoade dezinhibate, logoreice, cu delir mistic de grandiozitate cu episoade depresive.



## 57. 238/1988

O tânără de 19 ani are un scurt episod maniacal, iar peste un an (1988) se internează pentru o dezinhibiție maniacală însoțită de un delir mistic. Debutul episodului îl descrie astfel: “am început să mă simt puternică și fericită, toate gândurile din trecut îmi veneau în minte... gândurile fugeau... mi le aducea cineva înapoi... numai gânduri bune... mi le planta în minte... erau producția Domnului Dumnezeu, care printr-un mesager, probabil un înger, le pune în mine... nu erau gândurile mele, mintea mea nu le putea aduce așa rapid... vocea îngerului o auzeam în cap... Domnul îmi știa și toate gândurile căci El le știe pe toate, oamenii știu doar o parte...”

Urmează în același an un episod depresiv în care se simte astenică, descurajată, lipsită de orice poftă de viață : “mi-e silă de mine, sunt un cadavru ambulant”; cenoestopatii și “senzația că i se mărește gura”; trăiri senzitiv-relaționale (oamenii discută și o bârfesc; totul se petrece “ca în vis”; dificultăți de concentrare a atenției, baraj mental, sonorizarea gândurilor (“îmi aud gândurile cum suna tare în cap”), “cineva” îi influențează acțiunile.

În 1990 un episod depresiv și senzitiv (“îi e rușine când e privită”).

În 2008 e dezinhibată expansiv, prezintă halucinații auditive și vizuale mistice, trăiește “o intimitate cu Dumnezeu” care “i se dezvăluie și îi vorbește”; e și erotomană : “ o iubește Cristi de la TV” .

## 58. 872/1997

Un bărbat de 30 ani dezvoltă progresiv o stare psihotică (1997): se simte schimbat, vrăjit, influențat într-un fel telepatic de forțe necunoscute; nu știe cu ce scop, dar intenția e cu siguranță negativă, de a-i face rău; apar halucinații auditive comentative.

## 59. 449/1991

O femeie de 27 ani, debutează (1991) în 3 luni cu sentimentul comunicării telepatice cu alte persoane; aude în cap vocea altora care-i impun ce să facă; prezintă comportament bizar, gândurile sale sunt cunoscute de alții, se simte dirijat. Ulterior recăderi cu diagnosticul de schizofrenie.

## 10. Mania, depresia majoră și tulburările dispoziționale în contextul psihozei

În sistemul nosologic tradițional al psihiatriei, cel fundat de Kraepelin, se aveau în vedere două “psihoze endogene” principale: schizofrenia și boala maniaco-depresivă. După apariția DSM-III (1980) episoadele maniacale și depresive majore nu au mai fost considerate prin definiție încadrabile în grupul psihozelor, introducându-se ca “specificator” pentru acestea mențiunea: “cu aspecte psihotice”. Aceasta înseamnă prezența unor simptome delirant halucinatorii, congruente sau necongruente (paranoide). Ulterior s-a acceptat și diagnosticul de episoade – sau Tulburare – schizoafectivă, fapt ce presupune prezența unui “delir bizar”, în primul rând marcat de simptome de prim rang Schneider. În cadrul patologiei schizoafective nu s-a comentat explicit corelația între simptomatologia episoadelor dispoziționale și cea dezorganizantă sau “negativă” (depersonalizantă, deficitară) care sunt și ele caracteristice schizofreniei.

Nu există un comentariu explicit și studii sistematice pentru cazuistica ce cuprinde: - simptomatologie clar psihotică (conform DSM-IV-5) și stările dispoziționale depresive și de tip maniacal care nu întrunesc condițiile pentru diagnosticul de episod maniacal sau de depresie majoră. Și nici o clarificare pentru cazuistica ce longitudinal prezintă episoade diferite: e.g. un prim episod de psihoză scurtă și tranzitorie sau de schizofrenie, și episoade ulterioare succesive ce necesită diagnosticul de Tulburare Bipolară și Tulburare Depresivă monopolară. În clinică toate aceste cazuri merită însă să fie înregistrate cât mai obiectiv și identificate exact și corect.

Tradiția și concepția de psihopatologie actuală sugerează și susține totuși faptul că, episodul maniacal și depresia majoră, chiar dacă nu prezintă simptome din lista etichetată ca psihotică în DSM IV-TR și DSM-5, fac parte din aceeași clasă

psihopatologică. Adică, se desfășoară pe aceeași “orbită psihopatologică” cu simptomatologie etichetată oficial ca psihotică. De aceea sunt posibile mixturile menționate care fac parte din clinica tradițională actuală a psihozelor. Aceasta nu susține automat ideea “psihozei unice”; dar, obligă clinicianul, psihopatologul și cercetătorul să fie atent și să studieze “orbita psihopatologică specific a psihozei”.

### **Episodul maniacial, depresia majoră și tulburările dispoziției după DSM-5**

Episodul maniacial se caracterizează prin: o perioadă distinctă de cel puțin o săptămână, în care cea mai mare parte din fiecare zi e prezentă o dispoziție elevată, expansivă sau iritabilă și o anormală, persistentă, creștere a energiei și activității orientate spre scop. E necesară spitalizarea și prezența a cel puțin 3 din 7 simptome ca: 1. Stimă de sine crescută, grandiozitate; 2. Nevoie scăzută de somn (e.g. se trezește după 3 ore); 3. Presiunea vorbirii, vorbește mai mult ca de obicei; 4. Fugă de idei, sentimentul că gândurile nu pot fi controlate; 5. Distractibilitatea atenției; 6. Creșterea activității orientată spre scop sau agitație; 7. Implicarea în activități cu mare potențial de consecințe negative. Tulburarea creează deficiențe în funcționarea socială și nu poate fi atribuită efectelor fiziologice a unor substanțe/medicamente sau actor condiții medicale.

Episodul depresiv major se caracterizează prin prezența cel puțin 2 săptămâni a unor simptome (mai mult de 5 din următoarele 9, primele 2 obligatorii) care reprezintă o schimbare a (trăirii și) funcționării anterioare: 1. Dispoziție depresivă zilnică, cea mai mare parte din zi, raportată subiectiv sau prin observația altora; 2. Scăderea marcată a interesului și plăcerii pentru toate (sau aproape toate) activitățile; 3. Scăderea marcată a greutății în afara unor diete – sau creșterea apetitului; 4. Insomnie sau hipersomnie; 5. Agitație sau inhibiție psihomotorie; 6. Oboseală sau lipsa de energie; 7. Sentiment de lipsă de valoare sau vinovăție excesivă sau neadevărată; 8. Abilitate scăzută de a se concentra sau

gândi sau indecizie; 9. Gânduri recurente de moarte (nu doar frica de moarte),  
 ideație recurentă suicidară cu sau fără plan specific, tentativă suicidară.  
 Simptomatologia crează o important stare neplăcută sau deficiențe în funcționare  
 și nu e o consecință direct a consumului de substanțe/medicamente sau a altor  
 condiții medicale.

<b>A. Sistematizarea simptomelor maniei și depresiei în vederea unui diagnostic comprehensiv</b>	
<b>1. Simptome biopsihologice predominant observabile</b>	
<b>MANIE</b>	<b>DEPRESIE</b>
Dezinhibiție extroversă și tahipsihie globală (instinctiva, decizională, comportamentală, ideo-verbală, relațională)	Inhibiție introversă și bradipsihie globală
<ul style="list-style-type: none"> <li>- insomnie fără oboseală</li> <li>- energie crescută</li> <li>- motricitate crescută și rapidă</li> <li>- decizie rapidă și hiperactivitate, activități hazardante cu risc</li> <li>- libido crescut, dezinhibiție sexuală</li> <li>- hipersociabilitate gregară cu reducerea reticenței</li> <li>- logoree</li> <li>- fugă de idei, asociații superficiale</li> <li>- atenție mobilă, percepție crescută</li> <li>- hipermnezie nefuncțională</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- insomnie nocturnă și trezire matinală</li> <li>- rău matinal</li> <li>- oboseală, anergie</li> <li>- inapetență, scădere în greutate</li> <li>- reducerea libidoului</li> <li>- lentoare motrică</li> <li>- lipsă de motivație și reactivitate</li> <li>- inactivitate, stupor, negativism</li> <li>- izolare socială</li> <li>- reducerea vorbirii, mutism</li> <li>- ideație redusă, lentă perseverare ideatică</li> <li>- atenție, percepție, memorie reduse</li> </ul>



<b>2. Simptome psihoantropologice subiective detectabile prin interviu</b>	
<b>Stima de sine crescută</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sentiment de valoare și capacitate crescută</li> <li>- încredere în sine, asertivitate, optimism nerealist</li> <li>- grandiozitate, afirmare de sine</li> </ul>	<b>Stimă de sine scăzută</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sentiment de capacitate și valoare redusă</li> <li>- neîncredere în sine, indecizie, problematizare</li> <li>- vinovăție, negație de sine</li> </ul>
<b>Viitorul e deschis</b> (totul se va rezolva bine) <ul style="list-style-type: none"> <li>- participare hedonică la prezent, fără acțiuni realizatoare eficiente</li> </ul>	<b>Viitorul e închis (lipsit de speranță)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nu poate adera la prezent (nimic nu-l atrage)</li> <li>- incapacitate de a se bucura</li> <li>- inactivitate</li> </ul>
<b>Stare afectivă dispozițională pozitivă</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- veselie, bună dispoziție, euforie ce se transmite celorlalți</li> </ul>	<b>Stare afectivă dispozițională negativă</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tristețe, proastă dispoziție afectivă, disforie, anxietate, preocupare față de boală și moarte</li> </ul>

Notă: trăirea subiectiv afectivă dispozițională este doar unul din aspectele tulburărilor dispoziționale din manie și depresie.

### **1. Convingeri subiective tematizabile delirant**

<b>Manie</b>	<b>Depresie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- se consideră o persoană de excepție ce poate rezolva orice, cu calități și capacități deosebite</li> <li>- realizări și poziție socială aparte (invenții, creații, misiuni speciale)</li> <li>- noi identități megalomane (om istoric, legende mitico sacrale, relații deosebite, descendență specială)</li> <li>- stârnește invidia și atitudinea ostilă a celorlalți</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- se consideră o persoană fără valoare, care nu merită să trăiască</li> <li>- e vinovat pentru suferințele altora și ale umanității</li> <li>- ruină și catastrofă generală</li> <li>- are boli grave și incurabile</li> <li>- negație: organele nu funcționează, e mort, condamnat să sufere în eternitate</li> <li>- alții îl consideră vinovat pe bună dreptate</li> </ul>

### **Tulburări dispoziționale după DSM-5**

Tulburarea bipolară (TB) e definită în 2 variante, I și II. TB I presupune, pentru diagnostic, prezența unui episod maniacal; acesta poate fi precedat sau urmat de episoade depresive majore și/sau hipomane. TB II presupune pentru diagnostic prezența cel puțin a unui episod depresiv major și a unor episoade hipomane, dar nu a unui episod maniacal clinic.

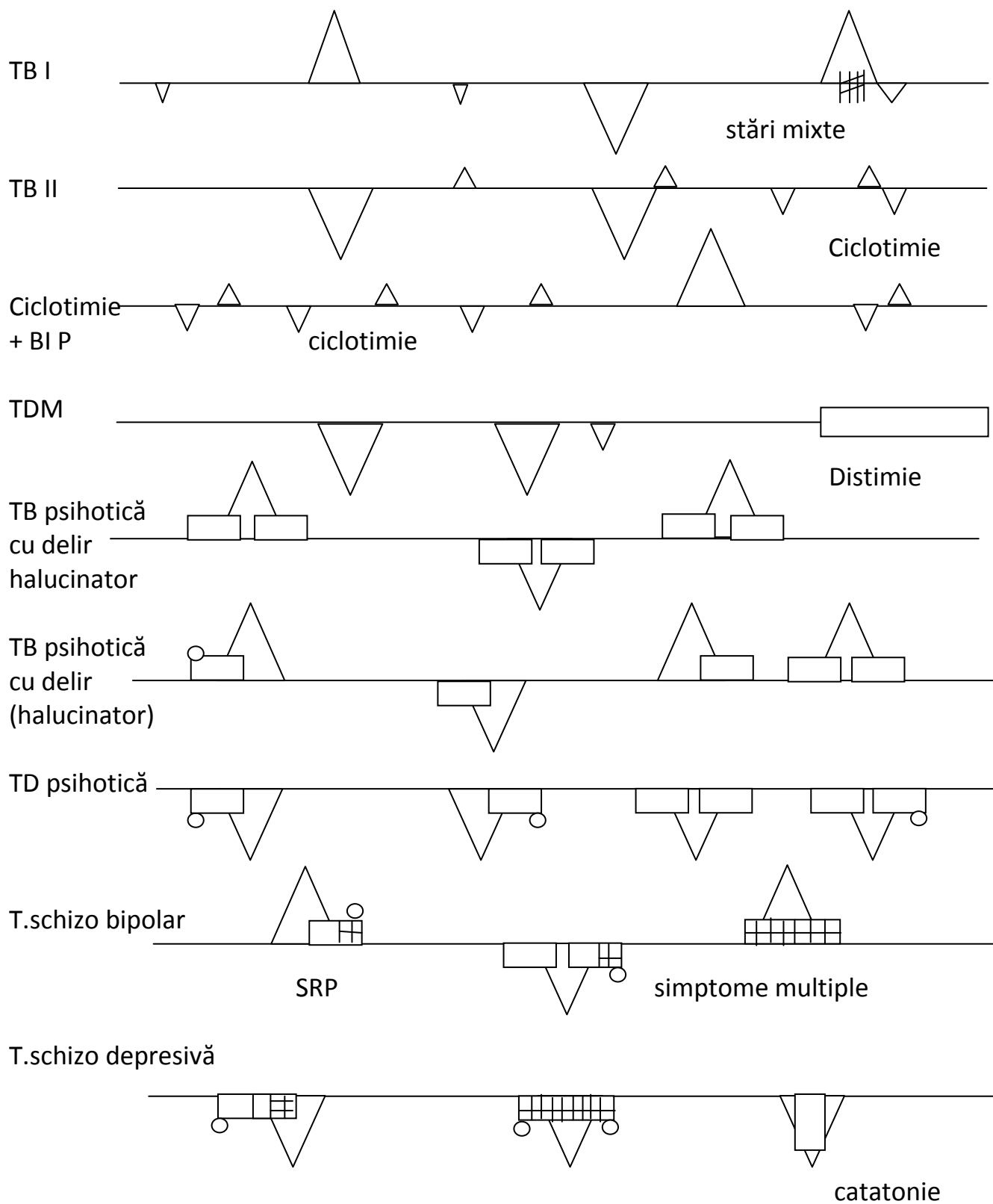
Episodul hipoman e definit prin aceeași simptomatologie ca cel maniacal, dar durata poate fi de (cel mult) 4 zile, iar din lista de simptome adiacente sunt necesare doar 3 (4 dacă dispoziția e iritabilă).

Tulburarea ciclotimă presupune pentru diagnostic ca în 2 ani (1 la tineri și adolescenți) să existe numeroase episoade hipomane și depresive, fără un interval liber mai mare de 2 luni.

Pentru diagnosticul de TB sunt menționate în DSM-5 următoarele "specificări": 1. Prezența anxietății, în diverse intensități; 2. Episoade mixte, maniacale – hipomaniacale – depresive; 3. Cicluri rapide, cel puțin 4 în 12 luni; 4. Episoade depresiv cu trăsături melancolice, lipsa plăcerii și reactivității, calitate aprte a dispoziției depresive cu gol interior, rău și trezire matinală, agitație și inhibiție psihomotorie, sentiment de neadekvare și vinovăție; 5. Cu aspecte atipice creștere în greutate, hipersomnie, rejecție și senzitivitate interpersonal; 6. Cu aspect psihotice : deliruri și halucinații congruente sau incongruente, cu anhedonie; 7. Cu debut peripartum; cu pattern sezonal.

Tulburarea Depresivă (recurentă) - (TD), se caracterizează prin manifestarea unor episoade depresive (cel puțin o depresie majoră), fără să fie prezente episoadele maniacale, hipomane sau stări ciclotime. Specificările menționate la TB se mențin:

DSM-5 menționează și Tulburarea Depresivă persistentă (Distimică) care presupune o dispoziție depresivă ce se menține constant cel puțin 2 ani, cu cel puțin 2 din 6 simptome depresive, fără un interval liber mai mare de 2 luni. Mai sunt menționate: - depresia scurtă de 3, 4 zile; - episoadele hipomane ce apar la sfârșitul unei stări depresive sau sunt incluse de antidepressive sau alte medicamente; - episoadele hipomane scurte (de 2-3 zile) sau cu insuficiente simptome; ciclotimia scurtă (sub 24 luni).



## Cazuistică

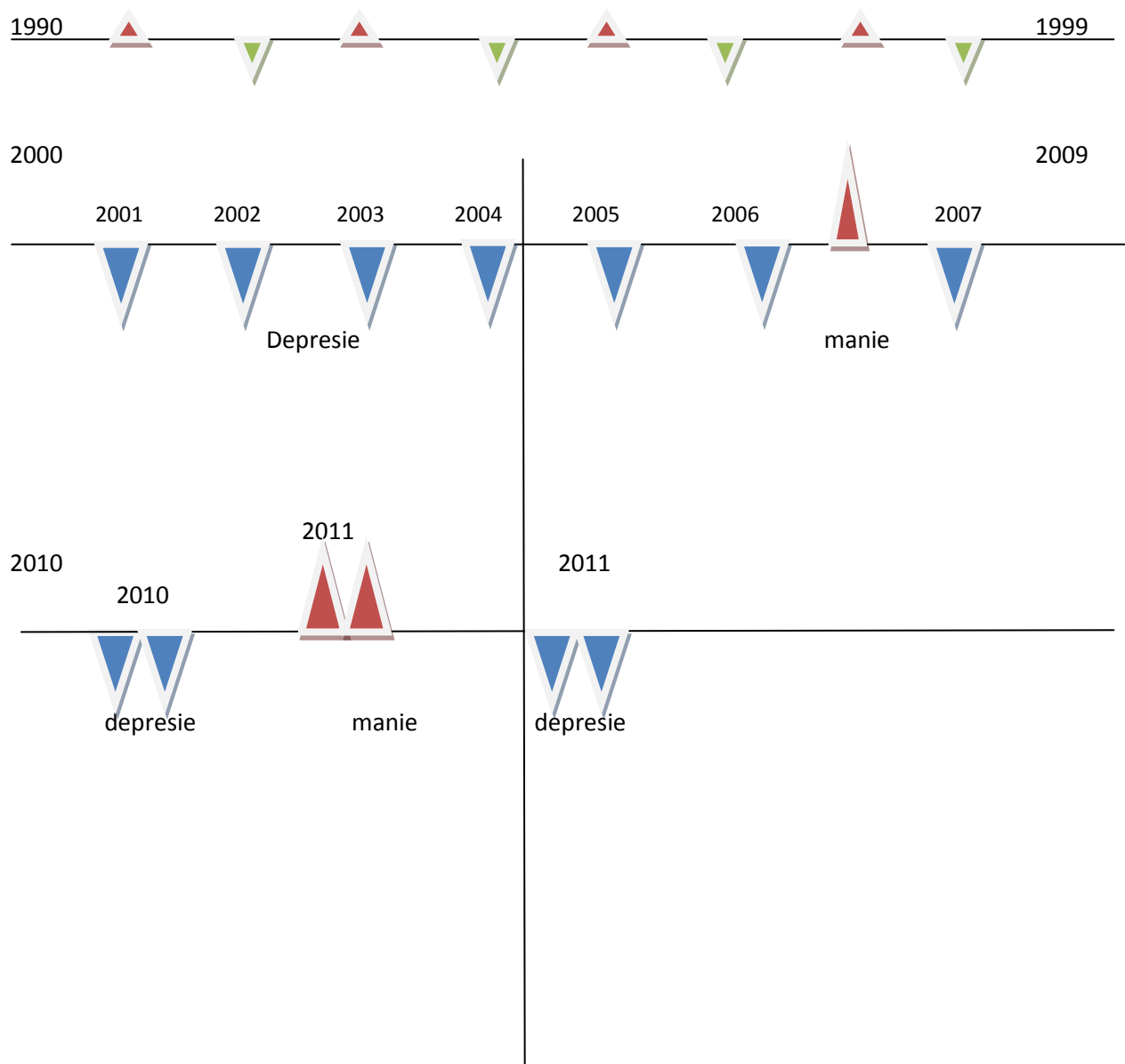
60. 1247/2001

O femeie de 50 ani, se internează pentru: insomnie de trezire, apato-abulie, anhedonie, dispoziție tristă, idei de vinovăție, inutilitate, autodeprecieri, stimă de sine scăzută, scădere în greutate (12 kg în două luni), astenie psihică, fatigabilitate, idei hipocondriace; de aproximativ 10 ani prezintă alternativ stări de proastă dispoziție și stări de veselie exagerată (în urmă cu 10 ani debutul a fost cu un episod depresiv reactiv la decesul mamei). În acest interval de timp a urmat tratament intermitent cu medicație antidepressivă. Episodul actual a debutat în urmă cu 3 luni, simptomele au evoluat progresiv, pacienta a consultat medicul specialist care i-a recomandat medicație antidepressivă însă simptomele nu s-au ameliorat; în urmă cu 10 zile pacienta a avut o tentativă de suicid prin ingestie voluntară medicamentoasă, motiv care duce la internare.

Urmează 6 internări cu aceeași patologie depresivă, după care prezintă un episod maniacal caracterizat prin: logoree, insomnia mixtă, energie crescută, ușoară neliniște psihomotorie, iritabilitate.

Următoarele internări au alternativ patologie depresivă și maniacal, dar fără simptome de intensitate psihotică.

### Fisa evolutivă

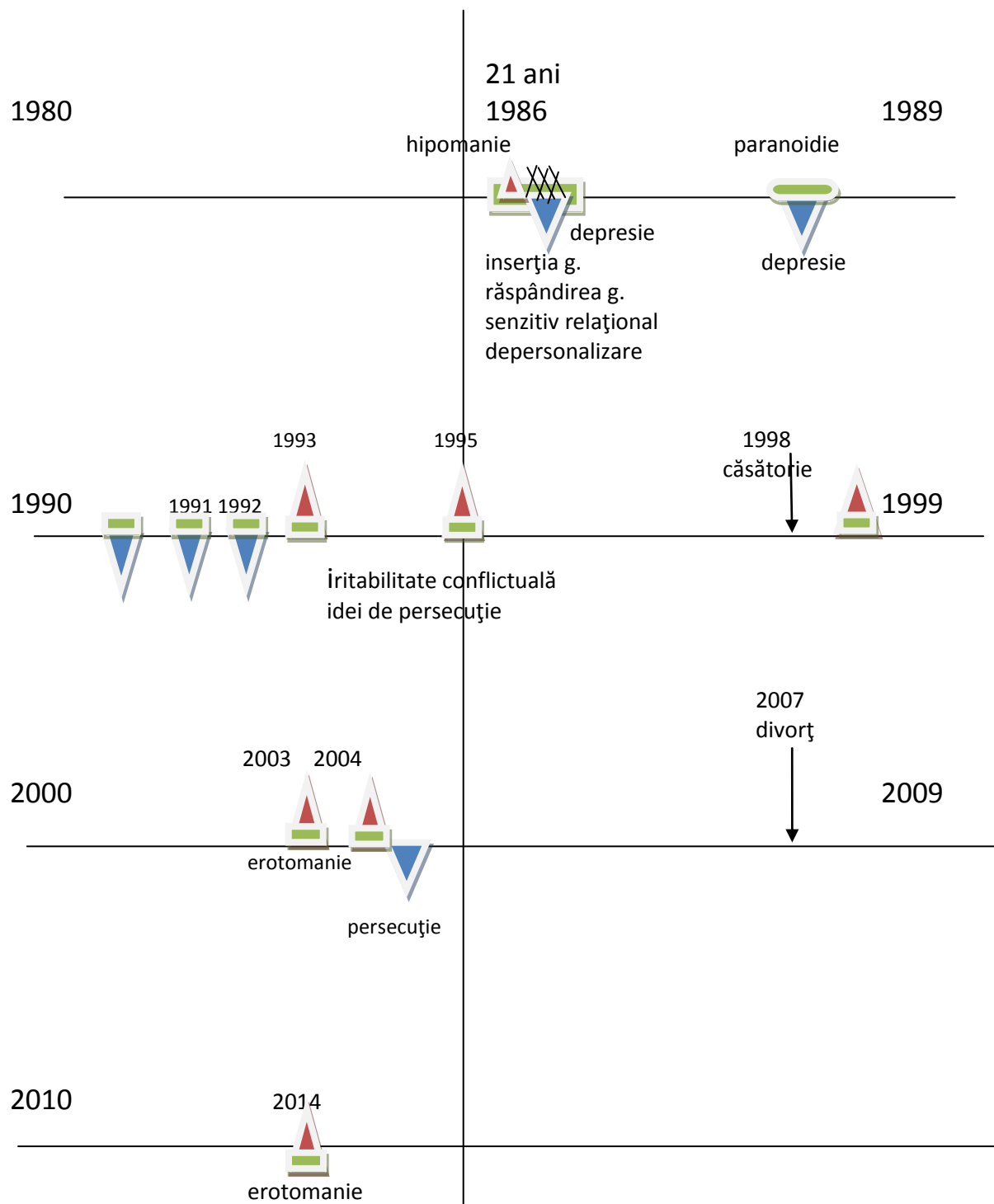


## 61. 76/1985

O femeie de 21 ani, necăsătorită, se internează în clinică pentru un tablou psihopatologic de intensitate psihotică cu simptome hipomaniacale: inserția gândirii, răspândirea gândirii, derealizare, depersonalizare, false recunoașteri, idei senzitiv relaționale, anxietate, râs bizar, halucinații auditive comentative și vizuale, energie crescută, somn redus, logoree, ușoară dezinhibiție. Înainte de prima internare descrie perioade de exaltare, hiperactivitate profesională însă simptomele psihotice s-au remis la încheierea episoadelor.

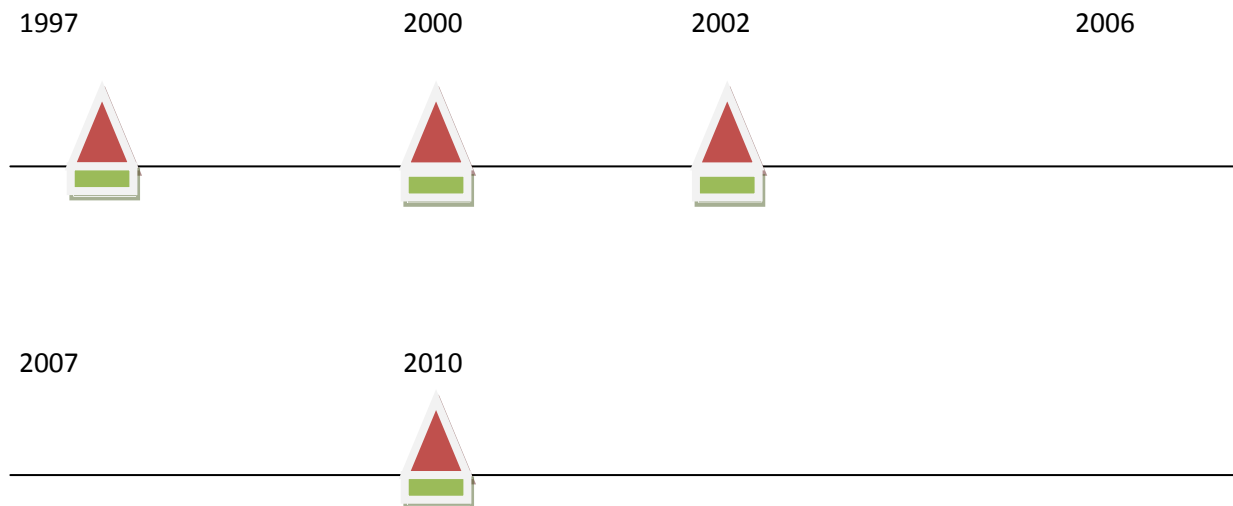
După primul episod în 1985 când simptomele dispoziționale au fost puțin exprimate, la celelalte episoade (=internări) pe prim plan au fost simptomele depresive sau maniacale de intensitate clinică; simptomatologie delirantă a fost tot timpul exprimată fără intensitate pregnantă; idei senzitiv relaționale, de persecuție din partea colegilor, vagi idei de otrăvire în perioadele depresive. Începând din 1993 episoadele maniacale s-au însoțit frecvent de “îndragostire” sau ideație erotomană; comunică cu iubiții ei “prin telepatie” și e convins că aceștia au aceleași sentimente ca și ea. Cu toate recăderile ce au necesitat internări, își menține locul de muncă, de învățătoare, manifestând însă conflictualitate față de colegi, motiv pentru care schimbă de câteva ori locul de muncă. În 1998 se căsătorește și divorțează în 2007. În 2014 are mai multe internări cu stări maniacale. În ultimul an e îndrăgostită de un violonist de la Filarmonică – merge constant la concerte – și e convinsă că și acesta o iubește, fapt pe care-l deduce din priviri. În cursul episoadelor nu a prezentat simptome pregnante de prim rang Schneider.

## Linie evolutivă



## 62. 921/1997

Un bărbat de 23 ani, necăsătorit, se prezintă la internare (1997) pentru un tablou psihotic maniacal paranoid, dar și cu fenomene de influență xenopatică, comportament bizar, dezorganizat; următoarele internări păstrează aceeași caracteristică simptomatică, completată fiind cu delir de gelozie, delir de grandoare cu conținut mistic, idei delirante de capacitate deosebită.





## **10. Delirul cu tematică religioasă și personajele supranaturale ale lumii**

**delirante:** a. Tematica religioasă și personajele divine; b. Posesiune demoniacă; c. Dedublarea psihismului în delirul cu tematică religioasă și în alte condiții psihotice; d. Influențe delirante prin duhuri.

### **a. Tematica religioasă și personajele divine**

În delirul cu tematică religioasă, subiectul se simte neobișnuit de apropiat și familiar în raport cu personajele mitului sacral. În creștinism acestea sunt: Dumnezeu, Isus Cristos, Duhul Sfânt, Feciora Maria și de partea negativă, diavolul.

Pacientul resimte relații intime cu Dumnezeu care-l protejează personal, îl ajută, îndrumă, îl sfătuiește direct.

Această intimitate se concretizează în halucinații auditive: pacientul aude vocea lui Dumnezeu – sau a lui Isus, Fecioara Maria - care-i vorbesc, dându-i sfaturi, îndrumându-l, dirijându-l.

Simțindu-se “alesul” personal și special a lui Dumnezeu, pacientul afirmă frecvent că a primit de la acesta puteri speciale și o misiune specială; de obicei să înlăture răul de pe pământ, izgonind diavolul. Puterile speciale se pot referi și la capacitatea de a vindeca boli, a citi gândurile altora și alte teme de grandiozitate. De obicei această trăire apare în contextul unor stări maniacale.

Poate fi prezent sentimentul identificării, cel puțin parțiale cu Dumnezeu – și alte ființe supranaturale – care se manifestă în mai multe feluri:

- Dumnezeu (sau Duhul Sfânt) poate împrumuta vocea pacientului: “Dumnezeu vorbește cu vocea mea”, “m-a ales să fiu un fel de proroc”.

- Pacientul poate resimți și afirma: “Dumnezeu (a coborât și e) în Mine”, “Eu mă simt Dumnezeu”, “sunt când Dumnezeu când satana”, “Duhul Sfânt a pogorât în mine”, “eu sunt Fecioara Maria”.
- Se întâlnește trăirea unei identificări cu Isus Cristos, mai ales în ipostaza acestuia de răstignit; pacientul constată la el semne corporale (iluzii sau halucinații) care indică situația răstignirii; sau, include în delirul său iminența răstignirii sale, pentru salvarea omenirii.

Un aspect special al delirului cu tematică religioasă îl reprezintă corelarea cu simptome de prim rang Schneider (SRP). În mod frecvent pacientul afirmă:

- Cunoașterea gândurilor sale de către Dumnezeu. Faptul i se pare firesc “deoarece Dumnezeu e atotcunoscător”. În unele cazuri afirmă că Dumnezeu răspândește gândurile sale către alții, astfel încât le cunosc toți; și acest lucru stă în puterea lui Dumnezeu: “alții îmi cunosc gândurile cu ajutorul lui Dumnezeu”.
- Inserția gândirii. Pacientul afirmă că “Dumnezeu îi trimite gânduri”; și acest lucru îi pare natural și chiar de dorit. Alteori, Dumnezeu doar mediază sau supervizează gândurile ce sunt impuse de alții. La fel presiunea gândirii (mentismul) e interpretat ca o avalanșă de gânduri ce se impun în minte venind de la - sau realizându-se cu ajutorul lui - Dumnezeu.
- Sonorizarea gândirii este comentată uneori că “se realizează cu ajutorul lui Dumnezeu”, chiar dacă la origine s-ar produce prin intervenții distincte de acesta; sonorizarea e o ocazie pentru răspândirea gândirii cu “ajutorul lui Dumnezeu”, care acordă asistență omului în această situație.

Fenomenele SPR se manifestă în contextul deja menționat, în care subiectul se simte plasat într-o atmosferă de familiaritate și intimitate deosebită cu Dumnezeu și lumea sa, trăind și fenomene de transpersonalizare, ca utilizarea vocii sale de către ființele divine; sau preluarea parțială a identității lui Dumnezeu (sau a Fecioarei Maria, eventual a lui Isus în ipostaza răstignirii).

Subiectul nu abordează critic această apropiere de instanța divină, nu dorește ca ea să dispară, așa cum se întâmplă în cazul posesiunii demoniace.

Debutul sau intrarea subiectului în stare delirant mistică se poate realiza pornindu-se de la diverse nivele prealabile de angajare religioasă și din diverse medii socio-culturale religioase. Fenomenul e prezent atât în ortodoxism, catolicism, protestantism și sectele neoprotestante, în ultimele fenomenele intermediare cu normalitatea fiind mai frecvente.

Debutul poate fi rapid, ca echivalentul unei revelații sau “iluminări”, uneori însoțite de o senzație corporală deosebită. Această situație e mai frecventă în episoadele cu o componentă de dezinhibiție maniacală. Subiectul resimte “vibrații”, “radiații” în corp; și apoi, brusc, are “certitudinea că Dumnezeu există”; convingere încadrată însă de o simptomatologie psihopatologică.

Sunt destul de frecvente afirmațiile că în timpul rugăciunii, subiectul “resimte prezența lui Dumnezeu”. Faptul poate exprima doar o extindere accentuată a unor trăiri normale de acest tip.

## Cazuistică

63. 482/1991

O femeie de 28 ani, angajată, căsătorită, 1 copil, se instalează în 2 luni o stare maniacal delirantă : „e trimisa lui Dumnezeu pe pământ, a înzestrat-o cu puteri deosebite, poate prevedea viitorul, fapt ce-l exemplifică cu viitoarele acțiuni ale conducătorilor țării în relație cu președintele SUA în diverse scenarii”. „Dumnezeu vorbește prin vocea mea și acționează prin mine”, se simte asemeni Fecioarei Maria. Urmează alte recăderi cu delir de grandiozitate dar și episoade depresive.

64.559/1992

O femeie de 41 ani dezvoltă în condiții reactive (decesul tatălui), un episod depresiv delirant cu temă mistică: a intrat în corespondență cu Dumnezeu, “care a vrut să o ia în ceruri, dar ea l-a rugat să o lase pe pământ”; primește mesaje de la Dumnezeu pentru oameni, ea fiind un intermediar; Dumnezeu îi răspunde prin gânduri care sunt transmise printr-un vorbitor la TV. În anul următor, un nou episod, ușor depresiv, cu gânduri neobișnuite “este informată prin gând că fratele ei ar fi călugăr la mănăstirea din Radna”. În 1997 este maniacal delirantă cu teme de persecuție, suspiciune, continuă “să-i vorbească Dumnezeu”.

Episod de tip maniacal paranoid în 1999 și 2001: are impresia că e manipulată prin cablul de la TV, iar pe stradă oamenii prin priviri vor să o compromită (“reacționează aruncându-și lucrurile din poșetă”).

În 2004 un episod afectiv mixt, ulterior predominant episod depresiv, fără simptomatologie delirantă prezentă (2007, 2009, 2012).

65.695/1994

O femeie de 42 ani, căsătorită, cu un copil, dezvoltă progresiv un delir centrat mistic.: simte că “îl are pe Dumnezeu în ea și acesta vorbește prin ea”, “trebuie să se roage pentru întreg globul”. În același timp e convinsă că e vrăjită de vecini și soacră și resimte influențe parapsihologice.

La o internare ulterioară (2008) trăirile paranoide apar mai pregnant: vecinii sunt ostili, vor să-i facă rău moral, spun că e nebună; trăiri senzitiv relaționale : “îi fac vrăji care i-au cauzat dureri”. Delirul mistic e în continuare pregnant: simte că “Iisus vorbește prin gura ei, are misiune să

salveze globul”, “poate face orice (grandozitate), a avut gânduri care nu sunt ale ei: “am vorbit urât, dar nu eu, ci altcineva a vorbit cu vocea mea”.

În 2011 tematica delirantă e paranoidă și mistică : urmărire; prejudiciu; vrăjire, dar are și har de la duhul sfânt; expansiv;

Tematica mistică și paranoidă se împletesc: trăirea mistică e identitară și depersonalizantă, astfel încât e vulnerabilă la substituirea gândirii și vorbirii; dintre SPR deși unele sunt percepute, lipsesc cele ce se articulează de tulburările formale de gândire și halucinațiile auditive comentative; grandozitate, hipomanie.

#### 66.723/1994

O femeie de 38 ani, debutează brusc (1994) cu o dezinhibiție maniacal agitată și trăiri religioase: se simte inspirată și pleacă strigând pe stradă: „există Dumnezeu!”. Peste 2 ani (1996) se internează cu agitație maniacală, idei delirante de urmărire și prejudiciu, transparentă și influență, tema mistică nu capătă amploare. Încă două recăderi schizomaniacale cu halucinații auditive comentative, urmate de o stabilizare clinică

#### 67.774/1995

Debut brusc în urmă cu 3 zile – a stat foarte mult timp în baie, închisă, nedorind să deschidă ușa la insistențele părinților; privită pe un geam de către mamă aceasta o vede pe jumătate dezbrăcată, udă, îngrozită și a început să strige : mamă, mamă; a defecat în vană nefiind uimită de acest gest;

1995 debut rapid: suspiciozitate, persecuție, halucinații auditive: „aude vocile bunicilor dar și a lui Dumnezeu, care-i crează fericire”. Peste 10 (2005) :halucinații auditive mistice „cel rău o face păcătoasă.....fecioara Maria o pune să citească rugăciuni” .....”este urmărită de cel rău”, gândurile îi sunt citite, „are alte gânduri decât ale ei”; episoadele se remit.

#### 68.859/1997

O femeie de 21 ani, necăsătorită, fără ocupație... debutează (1997) lent, într-un an, cu o psihoză delirantă cu tematică de urmărire și persecuție, senzitiv-relațională, referință (la Tv se vorbește despre ea), halucinații vizuale și auditive (inclusiv pseudohalucinații). Tematica e și mistică, se simte vinovată pentru că a păcătuit; Dumnezeu a descoperit-o pe pământ și a ales-o; îl aude și pe Dumnezeu și pe diavol.

La o altă internare peste 12 ani (2009) descrie cum oamenii se uită la ea pe stradă; simte cum un fiu al surorii a vrăjit-o cu privirea; halucinații auditive, citirea, insertia, înregistrarea gândirii. În 2011 se simte urmarită de poliție dar și prejudiciată de familie care au băgat-o în spital să le rămână apartamentul; e supravegheată de vecini care au ceasuri de înregistrat; i s-a făcut spălarea creierului prin calculator; prin vrăjire i s-a luat lenjeria intimă ce a fost contaminată cu cancer și SIDA și ea a transmis astfel bolile altora.

#### 69.984/1998

O femeie de 42 ani, divorțată, funcționară, dezvoltă în câteva luni un comportament și idei aparte (1997). Trăiri senzitiv relaționale: „oamenii la serviciu, pe stradă, se uită la mine și mă urmăresc, bârfesc, persecută, vor să-mi ia \_\_\_”; „înteleg din câteva cuvinte ce vor să spună oamenii, parcă \_\_\_ se face referință la mine”. Petrece mult timp în biserică, acceptă vag posibilitatea unei legături telepatice și a unei legături speciale cu Dumnezeu. În final stă ore în șir în fața semaforului urmărind culoarea roșie. Nu formulează o tematică delirantă mai explicită. După remisiune, peste 10 ani (2009), reapar trăiri senzitiv relaționale, preocupări mistice exagerate, halucinații auditive, idei erotomane (corelate sexului de \_\_\_). Încă o recădere senzitiv-relațională, cu sentimentul că oamenii o urmăresc și vor să-i facă rău.

Nu se manifestă o simptomatologie dispozițională sau senzitiv-relațională pregnantă.

#### 70. 1006/1998

O femeie de 50 ani, pensionară, casatorită cu 1 băiat, dezvoltă rapid (1 săptămână) un delir de persecuție, urmărire, senzitiv-relațional, halucinații auditive (aude vecinii din bloc discutând despre problemele ei), halucinații olfactive, rugăciuni prelungite, petrece mult timp în biserică. Peste 10 ani (2010) după un deces în familie apar trăiri senzitive de relație (în magazine oamenii se uită insistent la ea) și delir mistic: „e trimisa lui Dumnezeu pe pământ să mântuiască oamenii, e aleasa lui Dumnezeu”, aude vocea Duhului Sfânt care o îndrumă ce să facă.

Fără tulburări dispoziționale evidente clinic.

#### 71. 1072/1999

O femeie de 46 ani, angajată, căsătorită, debutează în 1999 brusc cu un tablou halucinator paranoid, cu dezinhibiție maniacală. La al doilea episod (2004) ideea de vrăjire și tematica se exprimă și mistic: „nu mai trebuie să

merg la serviciu căci Dumnezeu are grijă de mine”. Același tablou clinic și în 2007.

#### 72.1382/2002

O femeie de 25 ani, studii superioare, profesoară, necăsătorită debutează în anul 2002 (5 luni) accentuarea comportamentului religios, se roagă ore în șir, alimentele le consideră impure, „mâncă doar pentru Hristos” legume și fructe (nu și mâncare gătită), „a spăla cu detergenți este o insultă adusă lui Dumnezeu”; în sala de clasă stă mult în picioare, cerându-le mereu scuze elevilor.

#### 73.1394/2002

2002, debut lent (1 an) idei de grandiozitate mistică („ea este și o denunță la poliție), se consideră patroana instituției, fapt pe care-l comunică directorului, cere unei colege să îngenuncheze în fața ei, șeful statului și mitropolitul sunt copiii ei; se simte urmărită de poliție, securitate, sentiment de relație senzitivă. Episodul se remite fără recăderi (cu tratament).

#### 74.1451/2003

Un bărbat de 43 ani, angajat, căsătorit cu 3 copii, prezintă un debut psihotic brusc : simte că „am har, sunt deosebit de capabil, o forță din afară mă influențează”; se simte privit și urmărit pe stradă, „dacă că concentrez și mă uit în ochii oamenilor, primesc mesaje de la ei”, dezinhibiție maniacială cu trăiri senzitiv relaționale și preocupări religioase : „pe site-ul Apele Române au fost postate cele 10 porunci care sunt un mesaj personal a lui Dumnezeu pentru el”, simte că are puteri speciale, și: „îl recunosc pe Dumnezeu în picturi, plante, animale, care și vorbește”. Următoarele recăderi sunt maniacial relaționale: „oamenii de uită ciudat la el, dar Dumnezeu îl ajută, vecinii sunt invidioși și discută despre el de rău”.

Bipolaritatea e clar exprimată și la fel delirul predominant mistic, dar și cu capacități deosebite în relațiile cu oamenii; nu apare o temă paranoidă propriu zisă, nici halucinații sau simptome SPRS din seria schizofreniei.

#### 75.1566/2004

O femeie de 44 ani, angajată, căsătorită, 1 copil, dezvoltă acut (2004) un delir paranoid cu dezinhibiție maniacială. Prezintă : trăiri senzitiv relaționale („oamenii se uită la mine cu subînțelesuri”), persecuție, urmărire („sint

cum sunt pe urmele mele ca să îmi facă rău”), simte cum se încarcă de energie și capătă puteri deosebite, de a „citi gândurile altora, de a ști ce e în sufletul lor”; se dezbracă în biserică. Peste un an (2005) un nou episod maniacal paranoid cu comportament bizar : „ se simte urmărită de spiritul tatălui decedat care-i indică diverse semne”, „interceptează în cimitir mesaje de la tatăl ei și Fecioara Maria”, false interpretări în care e amestecat diavolul, simte puteri deosebite, sentiment de supraveghere (își scoate cartela de telefon pentru a nu fi scultată; idei de gelozie, e convinsă că soțul ei trăiește cu fiica lor, are viziunea că soțul va muri la o anumită dată. Recăderea maniacal delirantă în 2007, tematica centrându-se în jurul familiei (tatăl, soțul, fiica) iar relatarea trăirilor are un accent spectaculos.

#### 76.1572/2004

O femeie de 60 ani se internează cu un delir mistic și de gelozie instalat lent progresiv în ultimii 7 ani, după ce s-a recăsătorit și a trecut la o nouă religie. Resimte o relație specială cu Dumnezeu care îi trimite mesaje subtile pe care le urmează nealimentându-se (slăbește 30 kg), e complet inactivă, nu se autoîngrijește; tematica de gelozie : „soțul se uită insistent la alte femei cu dorință afectiv erotică”; tablou deprezis. Recăderi cu același tablou în 2009 și 2012, ocazionate de întreruperea medicației.

2009

- pseudohalucinații : aud vocea lui Dumnezeu care imi spune să nu mai mănânc, să nu mai beau
- delir mistic : Dumnezeu mă îndrumă ce să fac
- delir de gelozie : soțul se uită după toate femeile, le este „recunoscător sentimental”
- idei și interpretări delirante cu conținut incestuos : soțul își sună fiica dânsului să vină acasă la ei, să facă treburi numai ca să „o vadă în timp ce face curățenie”

#### **b. Posesiune demoniacă**

În multe cazuri de delir religios, concomitent cu personajele divine, intervine și prezența diavolului.

Diavolul se manifestă în delir de obicei prin influențarea psihismului pacientului, mai ales din ipostaza posesiunii corporale. El se manifestă și în sfera tulburărilor perceptivă exterioare, dar mai rar în prezent.



Una din variantele prin care e resimțită prezența diavolului în delir este inducerea unei ideții și a unor intenții de acțiune negative. Aceasta se realizează prin mai multe modalități.

- Diavolul poate fi perceput halucinator, prin voci sau șoapte care îndeamnă la lucruri rele.

- Subiectul poate resimți gânduri negative, care pur și simplu îi apar în cursul ideții și pe care le atribuie diavolului. Acestea pot fi trăite în modalitatea insertiei gândirii din SPR: “diavolul îmi introduce în cap gânduri rele”. Uneori, insertia gândirii e dublu comentată: Dumnezeu îmi introduce gânduri bune, diavolul gânduri rele”.

- Ideția negativă poate fi resimțită inițial ca obsesie, în contextul unui set de obsesii negative ce chinuie subiectul, care inițial încearcă să le înlăture. Acestea pot fi idei blasfemiatorii ce apar în biserică sau intenții agresive, aberante, sexuale, de omor (a propriilor copii etc.). Neputând înlătura obsesiile și ținând cont de caracterul lor monstruos, subiectul le atribuie diavolului, ca parte a posesiunii demoniace; atribuirea nu înlătură caracteristicile obsesiv compulsive ale trăirii. Atitudinea critică și relativa distanțare a subiectului față de trăirile de posesiune se păstrează în majoritatea manifestărilor acestora, chiar dacă caracteristicile obsesiv compulsive nu sunt evidente. Cazuistica sugerează că trăirile care gravitează în jurul personajelor divine se apropie mai mult de tradiția fenomenelor de transă psihică (care sunt precursorile manifestărilor disociative); iar cele ce gravitează în jurul posesiunii demoniace se corelează mai mult cu modelul antropologic de trăiri ce stă în spatele fenomenelor etichetate în prezent ca obsesiv compulsive.

Un alt aspect în care e menționat diavolul în delir este cel prin care i se atribuie influențarea corpului, prin mișcări, vorbire sau comportament. Se pot menționa:

- Controlul vorbirii, diavolul împrumută vorbirea pacientului, vorbește urât, înjură, cu vocea lui “nu eu am spus vorbele acestea urâte, diavolul a vorbit cu vocea mea”. Acest simptom, care se încadrează în SPR, la fel ca cel al insertiei gândirii, poate fi atribuit și lui Dumnezeu; uneori același pacient afirmă că Dumnezeu îi introduce gânduri bune și vorbește adevărul utilizând vocea sa iar diavolul îi introduce gânduri rele și îi folosește rostirea pentru vorbe urâte”.
- Controlul mișcărilor; acestea îi par subiectului ca substituite, că nu sunt ale sale, ci făcute de diavol care utilizează corpul său. Fenomenul se încadrează în modelul “posesiunii demoniace”. În cazurile de “posesiune prin Dumnezeu”, din cadrul transpersonalizării delirului religios, nu se utilizează această utilizare neacceptată a comportamentului.
- Anumite stări critice, de excitație sexuală neobișnuită pot fi atribuite influenței diavolului.
- Pacientul poate trăi senzații corporale neplăcute: dureri, cenestopatii, modificări ale aspectului corporal – pe care le constată în oglindă - pe care le atribuie posesiunii de către diavol, care s-a localizat în corpul său: “am simțit că mă sufoc și mi-am dat seama că e diavolul care a intrat în mine și mă strânge de gât, pe dinăuntru, mă omoară”.
- Stări de agitație cu comportament spectacular sau perturbator social, stări de transă și fugă, pot fi atribuite de pacient (uneori și de cei din jur) posesiunii demoniace. În prezent stările de transă cu comportament agitat și neobișnuit sunt mai rare decât în secolele trecute, dar în unele cazuri se pot manifesta. Pacientul însuși le atribuie posesiunii demoniace, pe care și-o explică prin blestem sau vrajă făcută de alte persoane sau de vrăjitori presupuși (uneori imaginari), cerând chiar el exorcizare (să fie dus la preot, să i se “citească”).
- Stările de posesiune demoniacă trăite acut și agitat, se pot însoți de halucinații diverse, inclusiv vizuale. Un aspect de patologie delirant perceptivă, ce ar putea fi

încadrat la iluzii, constă în faptul că pacientul îi percepe pe cei din jur – uneori membrii de familie – ca « diavoliți », cu fizionomia schimbată. Această posesiune de diavol a celor din jur argumentează ideea paranoia.

- Posesiunea demoniacă se corelează cu sentimentul unei dedublări a personalității, parțial corelată cu dubla personalitate dissociativă (cel puțin istoric și prin intermediul stărilor de transă). Dar și cu cea din obsesionalitatea malignă.

### Cazuistică

77.187/1987

O femeie de 42 ani, căsătorită, 2 copii, dezvoltă în decurs de 2 luni un delir ce constă din: o fixație erotică în raport cu șeful său; se emoționează și roșește de câte ori trebuie să relaționeze cu el, trăiri senzitiv relaționale fiind convinsă că lumea își bate joc de ea pe această temă. Apare un sentiment de posesiune și dirijare din partea satanei care i se substituie și care face lucruri în locul ei, îi imită scrisul, face în locul ei analizele de laborator, le trece în registru (aceasta era obligația ei); simte că i se interzice să vorbească și comunică doar prin privire; cu ocazia unei recăderi se simte ambasadoarea lui Dumnezeu pe pământ, este în permanentă legătură cu cerul și i se transmit ordine de acolo, prin gând și prin voce.

78.341/1989

O femeie de 26 ani, căsătorită cu 1 copil, dezvoltă în câteva săptămâni un tablou dezinhibat, centrat pe relația cu sanata. Îl vede (mai ales torsul) și îl simte, comunică cu sanata, simte că are misiunea de a salva lumea și a-l scoate pe satana din casa ei și din alte locuri unde o însoțește, are puteri magice asupra satanei; prezintă ulterior recăderi frecvente maniacale și depressive cu simptomatologie psihotică; la una din ele (1996) are trăiri obsesiv compulsive de a-și omorâ mama și copilul și să îl pună în frigider; se gândește că a devenit vampir, că aceste gânduri sunt sigur trimise de diavol, de care e posedată, trăiește o intensă anxietate, li este teamă să doarmă, deoarece gândurile vin de obicei noaptea și atunci nu ar putea rezista diavolului. La altă recădere îl vede pe Dumnezeu pe tapet, constată că e înalt și cu părul creț, sub el stă un călugăr ce se uită în sus (nu înțelege cum nimeni nu vede acest lucru); ține în mână un cartof mucegăit tăiat în două, afirmând că înăuntru se află ochii lui Dumnezeu; a primit de la acesta puteri bioenergetice deosebite cu care se va vindeca întâi pe ea și apoi îi va vindeca pe alții; Dumnezeu îi controlează pe toți, dar în primul rând pe ea.

79.544/1992

O femeie de 37 ani dezvoltă treptat, în 2 ani convingeri delirante: două vecine o privesc insistent, ciudat, cu ură, o dușmănesc, completează împotriva ei, îi fac vrăji (în fața ușii vede apă aruncată care miroase a busuioc); are impresia că i se cunosc gândurile; aude șoapte în interiorul ei,

se simte posedată de diavol pe care-l simte în ea, simte cum o strânge de gât, se sufocă, nu mai are aer.

#### 80.554/1992

O femeie de 22 ani dezvoltă în decurs de un an (1993) o retragere socială cu comportament bizar...simte că s-a schimbat în ultimul timp, a devenit mai urâtă, cineva îi știe gândurile..."diavolul îmi șoptește și mă pune să fac lucruri rele"...comportament bizar: se urcă pe gardul casei unde stă nemișcată mult timp...

#### 81.662/1993

O femeie de 29 ani, căsătorită, 3 copii, dezvoltă în 2 luni un episod psihotic: e dezinhibată, agitată, nu doarme, se simte schimbată, vrăjită; simte o excitație erotică permanentă, vise senzuale, sentiment de relație sexuală la simpla atingere a lenjeriei altcuiva; are impresia că copilul ei cel mic parcă nu ar mai fi el ci e posedat de diavol, are impresia că diavolul o influențează și pe ea, l-a învins pe Dumnezeu, are multe gânduri ce nu-i aparțin, îi sunt impuse din afară, de diavol.

#### 82.747/1995

O femeie, debutează psihotic la 20 ani când se formulează diagnosticul de episod schizodepresiv; urmează internări anuale cu dg. de depresie majoră timp de 12 ani, fără a se menționa simptome psihotice. Se căsătorește la 25 ani și e pensionată de boală la 33 ani. După 11 ani fără internări, la 22 ani de la debut (2009), prezintă un episod depresiv psihotic cu viraj maniacial. Simptome: ideație depresiv pesimistă („viitorul e negru, e o gaură mare întunecată”), stimă de sine scăzută („nu sunt bună de nimic, sunt cea mai urâtă”), idei de inutilitate, rumații pe tema bolii, ideație suicidală intermitent (în antecedente două tentative suicidare). Idei delirante de persecuție („toată lumea mă urăște și îmi vrea răul”; „doi bărbați din salonul alăturat vor să o drogheze, să o violeze și să o omoare”). Se simte într-o relație specială cu Dumnezeu, care îi spune ce să facă, o ajută, dorește să o ia la el („el a avut doar un fiu, nu a avut o fiică”). Aude vocea lui Dumnezeu în cap; aude și vocea Maicii Domnului care-i spune ce să facă („stai în genunchi....ridică-te...roagă-te”), intervine și diavolul pe care-l simte prin halucinații kinestezice („o trage de mână, îi pune mâna pe umăr, îi trage perna de sub cap”), diavolul își bate joc de ea, vrea să o omoare, o

îndeamnă la rău, o chinuie. Apar și fenomene de transparență particulare („oamenii pot intra în mintea mea prin telepatie și eu pot intra în mintea lor”); apare flux ideativ accelerat („gândurile mele au viteză mare, îmi bombardează capul, gândesc încontinuu”). Apoi, în cursul tratamentului, face un viraj maniacal cu dezinhibiție psihomotorie și grandiozitate („eu sunt o femeie deșteaptă și talentată la muzică, am lucrat 12 ani bolnavă fiind, vreau să știe și ceilalți cine sunt eu..”

#### 83.958/1998

O femeie de 30 ani, necăsătorită, dezvoltă într-o lună (1998) un tablou depresiv paranoid: se simte vrăjită, „diavolul îi difuzează gândurile și i le controlează”. La o recădere (1994) „diavolul îi vrea sufletul, el intră în toți oamenii ce vin în contact cu ea, toți sunt posedați de diavol cu scopul de a-i face rău”.

#### 84.1018/1998

O femeie de 50 ani, căsătorită, 2 copii, dezvoltă în decurs de 2 ani un tablou psihotic constând în :convingeri senzitiv relaționale, anxietate, idei de persecuție, urmărire, halucinații auditive simple (zgomote). În anii următori internări repetate tot cu un tablou paranoid;pacienta descrie mai detaliat: „parcă totul în jur s-a topit, s-a scufundat, duhul rău s-a infiltrat și apărut în ea...” a intrat dracul în mine”...dar aude și voci care-i spun că nu e demonizată, se luptă cu ideea posesiunii,preocupări exagerate față de ordine, aude și voci străine care vorbesc la ușă (dar nu e clar dacă vorbesc despre ea)

#### 85.1440/2003

Un bărbat de 18 ani, dezvoltă în 6 luni un episod maniacal delirant; e dezinhibat, turbulent, simte că “e pus la încercare de diavol pe care l-a văzut și care-l urmărește; diavolul e în oameni; aude vocea părinților dar și a “sfinților părinți”; poate citi gândurile altora dar și alții pe ale sale. Următoarele recăderi – maniacale fără simptomatologie psihotică.

#### 86.704/1994

O femeie de 27 ani se internează (1994) cu preocupări religioase exagerate: „când citește Biblia se simte ca în Rai”....apar ulterior idei de urmărire, persecuție, solilocvie, comportament ciudat, se simte vinovată....”simte că e un diavol în ea, dar prin post și rugăciune speră să scape de el” ....se simte

respinsă de oameni, simte energie pozitivă sau negativă când intră în contact cu oamenii.

#### 87.1456/2003

Un bărbat de 27 ani, căsătorit cu 2 copii dezvoltă un tablou psihopatologic constând din: energie crescută, planuri multe de viitor, idei de grandoare: are capacități paranormale, Dumnezeu a trimis o lumină în capul său și l-a ales să facă bine oamenilor, se simte supravegheat, urmărit, idei de gelozie; aude vocea lui Dumnezeu care-l îndeamnă să ajute oamenii și vocea lui satana care-l îndeamnă să-și lovească soacra; satana a intrat în el și îl dirijează; simte păianjeni cum se plimbă sub piele și vede cum dintr-un măr a ieșit un vierme care s-a transformat în satana;

#### 88.1523/2003

Un tânăr de 22 ani, intră în decurs de o săptămână într-o stare de tensiune, simțindu-se posedat de 3 diavoli. Le aude și vocea care-l comandă să-și omoare familia, dar în același timp aude vocea lui Dumnezeu care-l împiedecă să facă rău. Totuși, la un moment dat e convins că părinții și fratele sunt "diavoliți", îi amenință cu un cuțit și își lovește fratele. Apoi fuge desculț, spre bunica lui din alt sat, simțind că trebuie să ajungă la ea ca să nu moară... Se oprește la jumătatea drumului, între localități, unde se luptă cu niște șerpi imaginari și cu o creatură ce guiță ca un porc. Acolo îl găsește mama și îl aduce acasă.

Pacientul solicită să fie dus la o mănăstire ca preotul "să îi citească" pentru a scăpa de diavol, fiind convins că acesta a intrat în el în urma blestemului unei fete pe care nu a vrut să o ia de soție. Părinții îl duc la mănăstire unde preotul „nu-i citește” imediat. Devine agitat, vede din nou „părinții diavoliți, cu ochi roșii” se dezbracă și se ascunde în portbagajul mașinii astfel încât familia reușește să-l aducă la Clinica Psihiatrică.

#### 89.1519/2003

Un bărbat de 29 ani, necăsătorit, dezvoltă în 5 luni un sindrom constând din: sentimentul că se va întâmpla ceva rău, e urmărit, trăiri senzitiv relaționale, halucinații simple (pocnituri), depresie, retragere socială: se simte posedat de diavol care-i spune ce să facă și ce nu, îl dirijează, dialoghează cu diavolul.

### **c. Dedublarea psihismului în cadrul delirului religios și în alte contexte psihotice**

Posesiunea demoniacă, așa cum mai apare în prezent în psihoze, exprimă o dedublare a psihismului. De fapt, dublarea psihocorporală a sinelui real de către o ființă din recuzita celor supranaturale, în care oamenii cred. Posesiunea de spirite are o lungă tradiție în majoritatea culturilor, ea fiind de obicei dorită de subiectul ce se străduie să aibă acces la un contact semnificativ cu spiritele bune, pe care le evocă și le invocă, prin rugăciuni și diverse ritualuri. Tradiționalele stări de transă – e.g. transa șamanică – făceau parte din acest registru existențial. De fapt, și prin rugăciunea obișnuită, omul dorește să se apropie de Dumnezeu, să se facă ascultat de către acesta, să fie primit în apropierea sa și protejat. De aceea delirurile religioase se exprimă frecvent prin sentimentul unei pronunțate familiarități cu grupajul ființelor divine, în familia cărora subiectul e acceptat, uneori aproape identificându-se cu unul din aceștia, în cadrul unei “trans-personalizări” ce e până la un punct simetrică cu posesiunea demoniacă. În această direcție se mai cere amintit faptul că modalitatea “duală” de existență face parte din repertoriul normal al trăirilor psihice, prin atașament și dragoste. Exemplele standard sunt relația copil/mamă și cea dintre iubiți. În amândouă, se realizează o interpătrundere psihică intersubiectivă, bazată pe intercorporeitate, în sensul preluării reciproce a imagoului celuilalt, prin intermediul schemei și imaginii sale corporale. De aceea se poate spune că sufletul fiecărui om este o unitate multiplă, în el fiind prezente sintetic multe alte (imagouri de) persoane și personaje.

Dedublarea psihică are însă și alte direcții de manifestare decât posesiunea. Astfel e sentimentul de polarizare între partea bună și rea din propriul suflet și, pe de altă parte, îndoiala. Polaritatea bine/rău e una tradițională, întreținută în orice



cultură de tradiția etică și corelată cu dualismul personajelor divine. În Europa romantismul a exacerbat această contradicție și acest posibil conflict intrapsihic, idee preluată de psihanaliză. Tot în epoca postromantică, în paralel cu scaderea fenomenelor posesiunii demoniace, s-a amplificat cazuistica dublei personalități, a căror polarizare nu mai accentuează așa de pronunțat diferența dintre bine și rău. Psihopatologia stărilor dissociative păstrează tiparul unei dedublări psihice, într-o arie nepsihotică.

Se mai cere menționat că polarizarea e prezentă și în aria matematicii – ca simetrie de oglindire – și în cea a logicii – ca adevăr/neadevăr sau teză/antiteză. Toate acestea se pot manifesta în psihopatologia psihozelor, evidențiind aspecte ale infrastructurii psihismului omenesc.

## Cazuistică

90.388/1989

O femeie de 37 ani, debutează psihotic într-un interval de o săptămână (1989). Are impresia că e urmărită pe stradă, oamenii vorbesc despre ea, râd de ea, o comentează; simte că asupra ei se acționează de la distanță, distanța variază căci uneori influența e foarte de aproape...vede cum niște țigani își fac semne, sigur pentru ea...."am gânduri" străine în cap, care nu sunt ale mele, gânduri urâte, prin zgomote i se introduc gânduri în cap...am impresia că cineva este în mine, se suprapune cu mine, nu mă lasă uneori să respir, parcă mă smulge ceva, parcă cineva intră și iese din mine...și vorbirea e alta, eu vreau să spun ceva dar dinții mi se ating altfel decât ar trebui, fără voia mea..gândurile se aud tare în jurul meu și uneori se repetă în capul meu și exteriorul meu e schimbat...simt uneori că sunt mai înaltă, fața mea e alta, nasul e mai ascuțit, seamănă cu altcineva, fac gesturi ce nu-mi aparțin, sunt ale unor persoane străine (internări repetate în anii următori).

91.583/1992

Un bărbat de 27 ani, căsătorit cu 2 copii, fire psihastenă, dezvoltă lent, progresiv o stare de tensiune anxioasă, disforie, vise cu conținut erotic, susținut de influențe exterioare, de la distanța, "vedenii". Descrie: "eram acasă în curte cand deodată mi s-a arătat un corp ceresc mare, care semăna cu un elicopter dar era o ființă vie, m-am speriat și m-am băgat în camera mea în pat....am auzit o bătaie în ușă...când am deschis am simțit cum prim mine trece o vibrație și un cutremur, am închis repede ușa, am auzit un scârțâit în dulap, de acolo a ieșit un copil...un fel de om neobișnuit, cu ochi blânzi, mâini lungi....am vrut să pun mâna pe el...am privit în toate direcțiile...la colțul străzii era un corp ceresc cu liminile aprinse"....are sentimentul că l se citesc gândurile și l se introduce gânduri în cap, e dirijat ca un robot, e coordonat probabil, de unii oameni cu puteri "care-l domină pe cei slabi"..pe stradă oamenii se uită la el, comunică între ei prin semne, ridică pumnul, semn că e dușmănit..."parcă ar fi un cântar: stânga simbolizează răul, dreapta binele"....și-a bătut soția când a fost contrazis, nu pentru că așa a vrut el, ci "așa i-a fost imprimată voința", "o comandă superioară îmi transform gândirea și nu mai știu care sunt gândurile mele proprii și care-mi sunt transmise"..aud un gând stabil care comentează ceea ce fac...îmi sunt citite gândurile de către Duhul Sfânt și duhul luminii, unele persoane pot să stie ce gândesc tot prin intermediul duhurilor...."tatăl lui (care e decedat) s-a transpus în el, cel care mănâncă e tatăl lui și nu el...dar și vecinul s-a transpus în el, era în tot corpul și săpa în locul lui..."

## 92.615/1993

O fată de 20 ani dezvoltă lent progresiv (1993) o retragere socială, cu depresie și sentiment de vinovăție; se autoacuză pentru masturbare. Apar halucinații auditive comentative, idei delirante de relație, persecuție, inversiune afectivă față de mamă. Afirmă: în mine sunt două persoane, îngerul și demonul, care vorbesc alternative, demonul îi vorbește urât, spunând că e prostituată; poate intra în telepatie cu alți oameni, în special cu bărbați, e îndrăgostită de doi dintre aceștia, neștiind pe care să îl aleagă; acești bărbați îi pot citi gândurile printr-un detector de minciuni. Când a văzut un film despre Isus din Nazaret a simțit că Sfântul Duh a intrat în sufletul ei și s-a materializat prin senzația de răcoare și alinare, ea vrea să trăiască doar pentru Isus..când merge pe stradă simte prezența lui Dumnezeu..când se roagă vede o lumină de culoare galbenă încărcat de bioenergie care îi este transferată, dându-I putere. La o altă recădere simte că posedă forțe supranaturale, putând vindeca oameni.

## 93.643/1993

O femeie de 30 ani dezvoltă în decurs de 3 luni un delir de persecuție cu trăiri senzitiv relaționale, de urmărire, persecuție, halucinații auditive comentative și imperative, citire, controlul și sonorizarea gândirii. Pacienta afirmă: "eu" este împărțit în două, un eu este al ei și unul al altei persoane; motiv pentru care nu se mai alimentează căci al doilea eu ar putea fi otrăvit..la altă internare afirmă că "vede pe stradă fețele necunoscuților modificându-se, schimonosindu-se, înnegrindu-se..își vede propriile trăsături modificate, schimonosite, atunci când se privește în oglindă..e convinsă că, concubine tatălui i-a făcut vrăji, vede în jurul ei umbre, când merge pe stradă are impresia că se face mică de statură, când ajunge la destinație revenindu-și la înălțimea normală....colegii, vecinii o urmăresc și vor să îi facă rău.

## 94.675/1994

Un tânăr de 20 ani dezvoltă progresiv (1994) o ideeție și un comportament neobișnuit, cu retragere socială, are sentimentul că nu poate întreține relații normale cu o fată, motiv pentru care începe să practice yoga, motivând explicit că vrea "să fugă din realitate"...la un moment dat simte o energie pe care nu o mai poate controla și o dedublare corporală...senzația că este în afara propriului corp..apar idei obsesive și delirante pe tema omuciderii....fenomene de furt al gândirii și al energiei...sindrom de influență și dirijare "vorbeam altceva decât voiam....perturbări ale trăirii corporalității, halucinații tactile, senzoriale, senzația că corpul se schimbă și devine altceva (de ex. ea se transformă în câine)...la o recădere "își aude constiința care-l spune să-și

omoare părinții...dar simte influența unui gând care vine de altundeva care-l oprește...are sentimentul unei relații speciale cu Dumnezeu...își simte extremitatea cefalică mai mare și ieșită în afară și la fel organelle genital.

Reinternări ulterioare multiple

#### 95.1302/2001

Un tânăr de 21 ani dezvoltă în 6 luni (2001) un tablou psihotic cu: halucinații auditive imperative și comentative (o voce de bărbat), se simte urmărit de poliție și crede că are implantant un microcip în creier care îi vorbește, îi transmite gânduri...se simte urmărit și filmat, pe stradă și acasă. Peste un an se reinternează în urma unui comportament ciudat (se dezbracă și stă gol, închis în casă, ziua și noaptea, refuzând orice comunicare; prezintă halucinații auditive tranzitorii: aude vocea inconștientului care-l spune ce să facă, ce e bine și rău, îl și critică; simte uneori gânduri și acțiuni care sunt străine de el, chiar dacă el le face îi sunt impuse de cineva străin, se simte dirijat; afirmă că uneori simte că mai există o persoană care este chiar el, dedublat, atunci când inconștientul se deblochează fără ca el să vrea. La altă internare afirmă că mama dorește să aibe relații sexuale cu el, că îl cheamă să doarmă cu ea în cameră; observă mici detalii, peste pe tavan, care au o semnificație specială, reprezentând un pericol.

#### 96.1333/2002

O femeie de 42 ani, concubinaj, fără copii, dezvoltă în două săptămâni un tablou psihotic (2002). "Soacra îi face vrăji, pune mărar în mâncare, simte că-l curge piatră vânăată pe degete...îl simte pe satana în ea, satana îi vorbește..." La o recădere (2005): "Aude voci din interior...un bărbat care este în interiorul meu vorbește cu mine....a văzut un lichid verde pe farfurii și chiuvetă și a crezut că este otravă..i se citesc gândurile și i se impun gânduri...simte că satana este în ea și bagă un furtun pe gât ca să-l scoată de acolo pe satana, satana îi cunoaște gândurile și o influențează..."!

#### 101. 84/1986

Un bărbat de 28 ani dezvoltă lent, în doi ani, o retragere socială, cu autonegligență, trăiri sensitive de relație, comportament dezorganizat. Are un copil mic dar ajunge la concluzia că acesta e dedublat, ceea ce rezultă din culoarea materiilor fecale: când culoarea era galbenă era un copil, când culoarea era verde era alt copil; e convins că și soția s-a dedublat: are 2 soții care sunt surori gemene, pe care le recunoaște după activitățile gospodărești:

o soție face mâncare, cealaltă nu; nu poate să își explice această situație, deoarece el era căsătorit doar cu una care făcea mâncare și era gospodină.

#### **d. Influențe delirante prin duhuri**

În delirul relațional, paranoid sau de grandiozitate, subiectul resimte atitudini și influențe special din partea altora; în esență acestea constau într-o atenție sporită, supraveghere, deseori atitudine negativă, transparența și controlul gândurilor și acțiunilor. Instanța exterioară este reprezentată uneori de persoane cunoscute (familie, vecini, colegi de serviciu, cunoștințe). Alteori intră în scenă persoane necunoscute, reprezentanți ai unor instituții sociale (poliție, securitate), unele instanțe sau entități generale (Mafia, KGB, SRI). Un loc special îl ocupă, în delirul religios, Dumnezeu și celelalte persoane divine (Isus, Fecioara Maria, Sfântul Duh) și diavolul.

Modul de acțiune al acestor instanțe străine xenopatice nu e totdeauna comentat explicit în delir. "Alții" îi pot pur și simplu citi sau impune gânduri. Uneori intervin însă elemente intermediare plasate în ambianță: supravegherea și influențarea se poate realiza prin aparate speciale, prin TV sau calculator. Mai ales TV este invocată, deoarece pe ecran apar alți oameni, care îl privesc pe pacient în mod special, fac aluzii la el, I se adresează (explicit sau misterios), îi citesc gândurile și-l influențează.

Un mod de acțiune specială apare atunci când sunt invocate forțe supranaturale, vrăjitori, extraterestri. În mod special – și destul de firesc în condițiile credinței religioase – intervin personajele divine și diavolul, ultimul mai ales prin posesiune. Acestea, fiind ființe supranaturale, în mod natural, conform convingerilor populare pot cunoaște intimitatea subiectului și îl pot influența.

Topuși, în multe cazuri se manifestă, ca intermediare, “duhurile”, “spiritele”, “energiile”, “vocile”.

Pornind de la delirurile cu tematică religioasă, intervenția duhurilor poate fi plasată în același regim de credință în realități supranaturale, ca și celelalte elemente ale lumii credinței. Pacientul poate simți că este urmărit, influențat nu direct de Dumnezeu sau de spusele preotului pe care le ascultă în biserică, ci de duhurile ce se desprind din vocea acestuia. Diverse spirite și energii pot fi resimțite de pacient – cum că îl urmăresc, acționează asupra corpului și gândurilor sale, în relație diversă cu ființele supranaturale, inclusiv cu posesiunea demoniacă. E interesant că sunt cazuri în care delirantul se simte urmărit și persecutat de “voci”, ca și cum vocile se personalizează și reprezintă entități similiuane.

Manifestarea în delir a unor astfel de entități intermediare, distincte de alte persoane, instituții, ființe fictive și ființe supranaturale, sugerează existența unui mediu, a unui “câmp de legătură” pe care subiectul îl resimte între el – între sinele psihismului său – și alteritatea de tip uman cu care se relaționează. În acest “câmp relațional” – sau “mediu de legătură” – duhurile și spiritele circulă, influențând subiectul. Ele fac astfel parte din “lumea personală” prin care subiectul se articulează cu larga lume comunitară.

## Cazuistică

102.243/1988

O femeie de 32 ani trăiește o schimbare psihică în decurs de 2 luni: frecventează o biserică de neoprotestanți, plănuiește să se boteze, intră în agitație psihomotorie, prezintă comportament dezinhibat (umblă dezbrăcată pe stradă), are impresia că e posedată de duhul rău, se simte urmărită, persecutată, lumea vorbește despre ea, i se cunosc gândurile, este misionara lui Dumnezeu pe pământ. La o internare ulterioară are sentimentul că o forță supranaturală acționează asupra ei, o îndrumă, o ghidează în ceea ce face: este Dumnezeu care a desemnat-o proroc; de asemenea simte cum duhurile rele vin asupra ei, îi vor răul, dar Dumnezeu o apără.

**Notă:** Duhul, ca o emanație a lui Dumnezeu sau “duhurile necurate” sunt noțiuni ce fac parte din bagajul lingvistic conceptual curent al credincioșilor.

103.631/1993

O femeie de 33 ani dezvoltă în 3 ani un tablou psihotic (1993): se simte urmărită de spirite care vibrează în ea, spiritele acționează prin gânduri și radiații, e influențată și de ființe supranaturale, de extraterestri ce acționează prin TV; sentiment de depersonalizare derealizare. La recăderile ulterioare simte cum i se introduc gânduri de către spirite și medium-uri; la TV se vorbește despre ea, se simte urmărită, “Mesia s-a transpus în sufletul său”, o învinuiește pe Sfânta Maria de ce i se întâmplă. La altă recădere, se identifică cu Mesia, anunța apocalipsa, susține că I s-au plasat cipuri în creier.

**Notă:** “Spiritele” care acționează asupra pacientei trimit la mai multe categorii de ființe supranaturale; ele joacă rolul principal în simptomele SPR.

104.659/1993

Un bărbat de 29 ani, debutează psihotic în câteva luni: se simte chinuit de duhuri care-l obolesc, îi zdrobesc corpul, îi spun că are copii în cercuri. Internări repetate ulterior.

105.816/1996

O femeie de 28 ani în 6 luni (1996) dezvoltă un tablou psihotic: e în centrul atenției, oamenii o urmăresc, o cred spion, râd de ea, o batjocoresc, simte o forță telepatică ce vine de la oameni, aude voci de femei și bărbați care îi spun ce să facă; la o internare ulterioară (2009); colegii o vorbesc de rău, o voce îi

spune să se dea jos din pat și să se dezbrace, vreau să-l distrugă căsnicia; se simte urmărită prin calculator; se dezbracă și fuge la poartă.

**Notă** : Acțiunea xenopatică se realizează prin: forțe telepatice, voci, calculator.

#### 106.902/1997

O femeie de 36 ani, divorțată, dezvoltă în decurs de 6 luni convingerea că emană o energie care face rău celor din jur; câmpul ei energetic intră în contact cu câmpul celor aflați în jurul ei și le produce o stare de hiperexcitație, pe care o simte în organele genitale; se simte atacată, influențată prin fenomene paranormale; este influențată prin telepatie, aude voci de la distanță; colegii de serviciu vor să o distrugă.

#### 107.918/1997

O femeie de 45 ani, fostă muncitoare, recăsătorită, care frecventează biserica penticostală. În decurs de o lună se simte "intens influențată de niște duhuri care vorbesc prin gura predicatorului; înțelege că a fost judecată și se va lucra asupra ei", "duhurile o influențează cu bioenergie în tot corpul, cu căldură și diverse senzații". După un tratament de o lună în spital, părăsește cultul penticostal dar se simte mereu urmărită "de duhuri". Acestea îi influențează chiar comportamentul, compulsiv astfel încât, sub influența lor, "înjura în biserici cu voce tare" (1992), apar și halucinații auditive apelative.

O nouă internare la 6 ani de la debut (1997) când "duhurile o urmăresc oriunde merge, și pe stradă", le simte "ca o privire în ceafă" și ocazională interpretări delirante: "mi-a căzut fotografia și asta înseamnă că lucrează asupra mea". În 2001 se internează pentru halucinații apelative, trăiri senzitive de relație: "oamenii vorbesc despre ea, urmărind-o". Urmează multe internări, iar în 2009 are și halucinații auditive comentative, iar duhurile îi cunosc și gândurile (transparentă psihică).

**Notă** : Duhurile ce o influențează vorbesc prin gura predicatorului, acționează prin bioenergie, le simte ca o privire în ceafă, îi dirijează vorbirea în biserică etc.



108. 973/1998

Un bărbat de 23 ani, fără ocupație, necăsătorit (1998) prezintă un tablou clinic (instalat în 2 săptămâni) cu delir paranoid, persecuitor, influența, halucinații și pseudohalucinații auditive, comportament bizar.

În 1999 „persecutorii îi comprimau inima”, halucinații tactile, fenomene de transparența-influență.

2000 se simte dirijat de gândurile prietenilor care vor să îl omoare, nu mai iese din casă deoarece „nu mă mai ascultă picioarele deoarece sunt dirijate de prieteni”; scrie pe pereți citate din Biblie „pentru a alunga gândurile acelor prieteni”.

De asemenea prezintă sonorizarea, citirea, inserția, retragerea gândirii; simte în jur „spirite rele” care vor „să îi pătrundă prin piele și îi golesc inima”; prietenii vor să îl omoare de la distanță provocându-i „un șoc la inimă”; seara la culcare se vede pe el însuși în mintea lui și „parcă nu mai e el”.

În 2002, delirul mistic e pronunțat. Aude voci care spun :”Doamne, de ce nu îl iei, nu merită să trăiască, nu e bun de nimic”, „E un păcătos”; halucinații vizuale, vede „forme strălucitoare, colorate”; prietenii îl influențează prin telepatie și telefon celular și vor să îl predea Satanei.

2005 : dușmanii îl controlează, îl fac să mănânce repede pentru a se îneca; simte pe pielea spatelui energiile negative transmise prin aparate....comunică mental cu Isus care-i transmite să „facă numai lucruri bune, și luptă mental cu dușmanii”, fac zgomote de diverse intensități prin televizor, zgomote care îi șterg memoria...de asemenea îi vorbesc în cap, și Isus îi vorbește și îl îndeamnă să se lupte cu dușmanii; prietenii îi controlează gândurile prin „lumina sfântă” de la calculator.

**Notă** : Influența xenopatică e pusă în seama gândurilor prietenilor ce-l influențează prin telepatie și prin telefonul mobil, pe seama unor “spirite rele ce vor să-l pătrundă prin piele”, prin energii negative transmise de aparate, îi vorbește Isus, prietenii îl controlează și prin “lumina sfântă de la calculator” etc. Există deci multe căi prin care e influențat xenopatic și se pătrunde în interiorul sinelui său, a corpului, a intimității deciziilor, pentru a-l dirija mișcările, vorbirea. Toate realizează o schimbare identitară: “se vede pe el însuși în mintea lui și parcă nu mai e el”.

## 109. 1003/1998

O femeie de 37 ani, căsătorită, o fiică, resimte în decurs de câteva săptămâni că e urmărită de a forță care poate lua o formă, care vrea să îi facă rău ei și familiei ei, ea e singura care-și poate apăra fetele. Comunică cu această forță prin modalități pe care nu le poate preciza; sub influența acestei forțe toți vecinii o vorbesc și știu câte ceva despre ea. Recăderi repetate în anii următori. **Notă** : Influența xenopatică vine din partea unor “forțe” anonime care ar putea lua o anumită formă.

## 110.1018/1998

O femeie de 50 de ani, căsătorită, 2 copii, debutează lent - în 2 ani – cu un tablou delirant halucinator (1998): delir senzitiv relațional și halucinații auditive simple (zgomote). În anul următor (1999) se reafirmă mai accentuat ideile de persecuție, apar false recunoașteri; în 2000 tematică paranoidă mistică: duhul rău s-a infiltrat și parcă vrea să o omoare, dar vocile îi spun că „nu e demonizată”. La internările din anii următori (2002, 2004) trăiri derealizante și de negație: „parcă totul în jur s-a topit, s-a scufundat”, se accentuează ideea de persecuție: „a intrat dracul în mine”. Și în anii următori se menține atmosfera paranoidă: senzitiv-relațională, anxietate, persecuție, urmărire; e preocupată exagerat de ordine; apar halucinații dialogale: voci de oameni străini ce vorbesc la uși (dar nu e clar dacă despre ea), intermitent sentimente de referință la TV (parcă s-ar referi la ea) (2008).

## 111.1174/2000

Un bărbat de 30 ani dezvoltă (2000) în câteva săptămâni un tablou psihotic: vede duhuri și pe Dumnezeu, duhurile vorbesc despre el și-l îndeamnă să facă bine; e posedat de duhuri și de diavol, simte cum se mișcă pe frunte cele două duhuri ce-l posedă. La o recădere, vede duhuri și pe satana negru, satana îl ispitește și-l simte în interiorul său. Și la alte recăderi aude vocea diavolului care-l cunoaște și influențează gândurile.

**Notă** : Duhurile ce-l persecută și influențează sunt distincte de Dumnezeu și de diavol cu care apar însă împreună; simte cum se mișcă pe frunte două duhuri ce-l posedă.

## 112.1194/2000

O femeie de 43 ani, căsătorită cu 2 copii, debutează în decurs de 2 săptămâni cu: idei de persecuție, urmărire, “își așteaptă dușmanii la geam”, se simte posedată de un duh care o îndeamnă să se sinucidă prin ingestie de clor; halucinații și pseudohalucinații imperative; a încercat să se sinucidă.

## 113.1406/2002

Un tânăr de 19 ani dezvoltă în scurt timp, 3 săptămâni o stare de dezinhibiție agitată cu nevoie redusă de somn, energie crescută, ideație megalomană, senzitiv relațională și de persecuție; se simte urmărit de duhuri și drogați; aude voci care-i spun să se lupte cu diavolul și voci care comentează între ele:” este nebun, trebuie internat în spital”. Are impresia că obiectele din locuința sa nu-l aparțin și sunt puse acolo de alte persoane ca să îi facă rău; “tata și mătușa sunt conduși de spirite”; îi sunt inserate gânduri care aparțin unor puteri speciale; în casă se petrec lucruri ciudate: “ușile se deschid singure, oglinzile au o semnificație aparte; are sentimentul că a fost vrăjit sau blestemat, că se întâmplă lucruri ciudate în jurul lui pe care doar el le poate înțelege”.

**Notă:** Duhurile nu doar îl urmăresc să-i insere gânduri ci au pus stăpânire pe ambianța casei, a fost vrăjit sau blestemat, cei apropiați sunt și ei conduși de spirite, atmosfera din locuință e nefamiliară (obiectele nu-i aparțin), în casă se petrec lucruri ciudate.

Comentariu Lumea în care alunecă uneori delirantul este una de ficțiune “vrăjită”, deși obiectele și persoanele lumii cotidiene comunitare se mențin în jur, cuprinse însă și ele în atmosfera delirantă. Personajele ce intervin xenopatic asupra pacientului nu sunt doar persoanele cunoscute (rude, prieteni, colegi) sau ființele supranaturale ale mitului religios – Dumnezeu, Isus, diavolul – ci diverse forțe, sirite, duhuri, energii ce au un fel de autonomie putând pătrunde și acționa în interiorul corpului și minții subiectului. Intervenția acestora se adaugă celei ce vine de la personajele supranaturale “oficiale”, de la alți oameni – prin telepatie - , prin intermediul aparatelor TV, calculator ș.a.m.d. Ambianța, mediul, lumea delirantului e una schimbată, vrăjită, plină de entități și personaje aparte.

## **Identitatea subiectului, corporalitatea și personajul narativ în psihoze**

### Identitatea și reprezentarea corporală de sine în psihoze

Identitatea persoanei este atât un fapt obiectiv, sesizabil prin existența corporală a subiectului, manifestările sale caracteriale și indicatorii sociali ai numelui și actele de identitate. Cât și un fapt subiectiv, fiecare om resimțind că este identic cu sine și distinct de alții și de lume, de-a lungul evenimentelor biografice și relațiilor cu alții; că trăirile și manifestările sale își au originea în sine însuși și-i aparțin lui. Autopercepția corporală și felul în care alții se raportează la sine, sunt componente importante a resimțirii identității în normalitate. Chiar dacă în diverse situații și în raport cu variate persoane subiectul se manifestă diferit, el se simte tot timpul coerent, unitar și identic cu sine.

În psihopatologie se întâlnesc stări în care subiectul simte că își pierde identitatea și coerența; că el nu mai este el, cel de dinainte și din totdeauna – că se schimbă. Astfel de trăiri depersonalizante se pot manifesta în debutul tulburărilor delirante, însoțindu-se de sentimentul “centralității”, al schimbării lumii ambientale și a celor din jur. Subiectul se simte victima persecuției, urmăririi, supravegherii realizate de alții sau de diverse entități, gândurile lui sunt cunoscute și manipulate, astfel încât își pierde autonomia, nu mai e stăpân pe el însuși. În unele cazuri depersonalizarea e dublată de o trans-personalizare și conduce la sentimentul unei noi identități. Situația este evident mai ales în delirurile cu tematică religioasă, în care pot apare și convingeri de posesiune (demoniacă și de dedublare. Trecerea spre o nouă identitate se poate exprima și prin convingerea subiectului că a devenit eroul central al unor scenarii

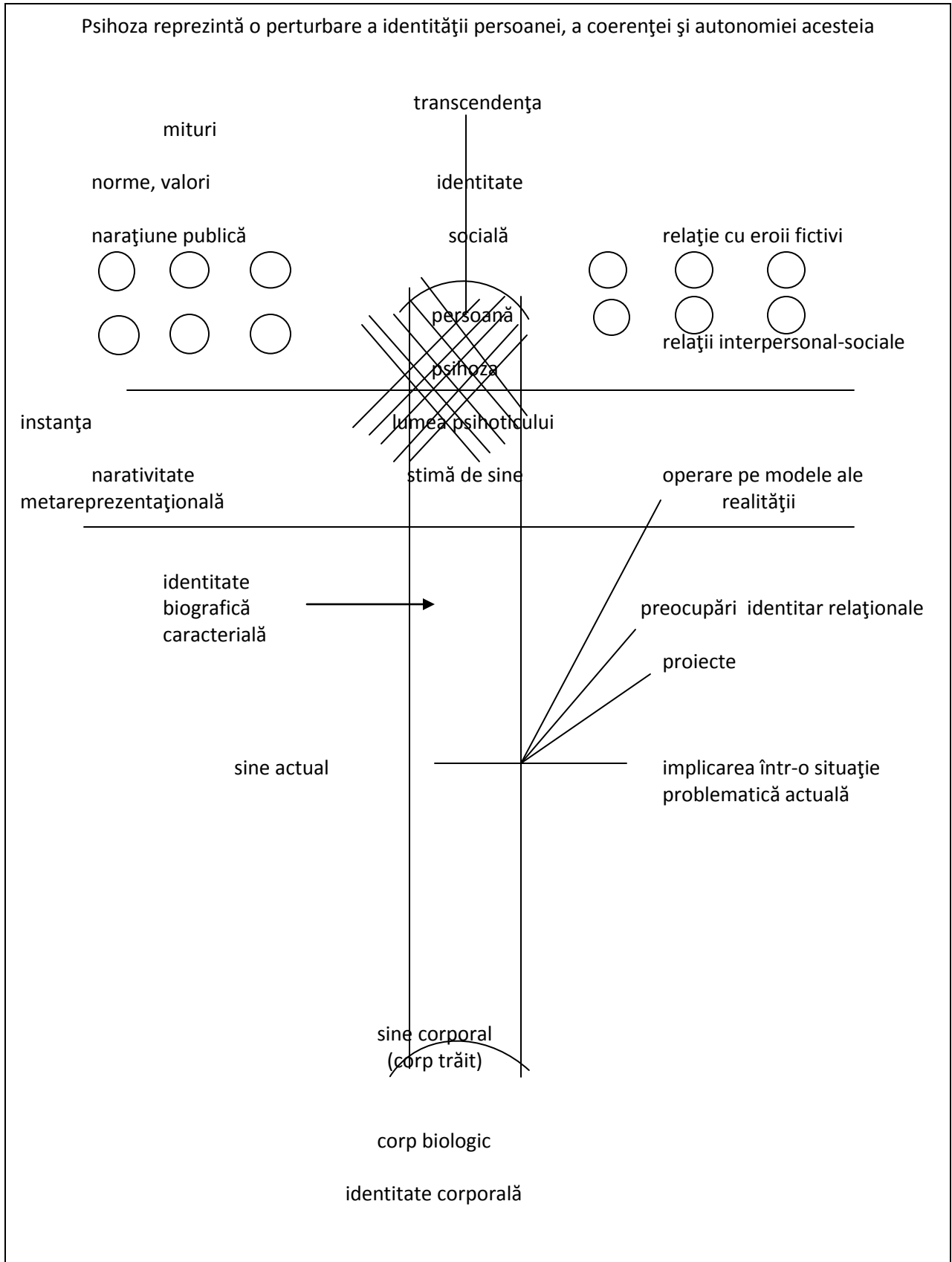
evenimențiale, preluând identitatea unor personaje publice, istorice. Iar uneori idnetificându-se cu personaje fantastice, mitologice, supranaturale.

Orice persoană este de fapt, în permanență și un personaj, inclus în comentariile și caracterizările pe care alții le fac despre el. Precum și în relatările pe care el însuși le face despre sine, în plan public. Această funcție de personaj se poate dezvolta în planul culturii literare sub forma biografiilor și autobiografiilor. Unele deliruri alunecă însă în direcția scenariilor și personajelor din literatura de ficțiune.

În delir, funcția de personaj a identității personale tinde să treacă în prim plan. Mai ales delirurile în care structura narativă e pronunțată, implică subiectul cu o identitate modificată în scenarii fantastice ce pot avea caracteristici confabulatorii, de poveste. El e prezent în aceste narațiuni delirante inclusiv cu corporalitatea sa, de obicei modificată prin trăiri depersonalizate.

Prezentarea narativă a delirului se poate mixta cu simptome ale dezorganizării ideo-verbale, conceptuale, semantice. Această dezorganizare are consecințe directe asupra valențelor narrative ale limbajului, inclusiv asupra autoreprezentării și plasării subiectului și scenariu narrative. Discursul delirant ajunge să se prezinte ca o narațiune bizară insuficient de articulată, fragmentară. În delirul schizofren se combină ciudățenia trăirilor paranoide și depersonalizante – mai ales în aria corporalității – cu fantasticul narativ al scenariului fictiv și cu incoerența și aberațiile logice și semantice ale dezorganizării conceptuale.

Cumulând aceste planuri de psihopatologie, delir schizofren capătă caracteristici de “bizarerie”; și nu doar prin simpla prezență a simptomelor de transparență și influență a gândirii.



## Cazuri

### 114. 1619/2002 27 ani, necăsătorit, fără ocupație

În 2012 (25 ani), primăvara, în câteva săptămâni simte o schimbare, că se transformă într-un duh, e în centrul atenției acasă și pe stradă; evenimente deosebite: mama îi sărută mâinile, bătând din palme aprinde luminile în oraș; totul se precizează la un moment dat: simte cum bate vântul în Timișoara și odată cu vântul „a venit credința”; era credincios dar la intrarea într-o biserică (ungurească) s-a deschis ușa singură, simte o cruce pe frunte, a auzit voci care au zis „acesta e fiul lui Isus Cristos”; unele voci erau cunoscute, dar erau ale Mafiei Rusești, se simte urmărit de „celebrii anonimi”, simte că are puteri deosebite, să spele creierul și sângele; are „fugă de idei”, vorbește mult, oprește oamenii pe stradă vorbindu-le despre Dumnezeu și credință, se simte bine, puternic, ușor ca un porumbel. Se adresează unui psihiatru cunoscut de către familie și se internează într-un spital de psihiatrie; simte că are un personaj mic și alb în burtă cu care psihiatrul discută; medicul îl omoară și îl învie; urmează tratament ambulator.

Peste un an (2013) simte șerpi care umblă pe el și intră în el, vocile îi ziceau că are un cap „versace” (adică din Biblie), erau doi șerpi principali, a intervenit și o „văduvă neagră” care în interpretarea sa e „un șarpe pe liniile de tren CFR, care se urcă pe el și umblă în organele interne”; auzea cum vorbesc prietenii, care traduceau ce vorbea Mafia; se simte urmărit – o nouă internare în spital.

În 2014, septembrie, rapid (în 3 zile) se reinstalează simptomatologia psihotică : agitație, halucinații vizuale și auditive: personajul ce intervine halucinator este Vlad Tepeș (pe care îl descrie fizic amănunțit), e în corelație cu Mafia, îl mușcă (simte o pișcătură la nivelul inimii), și îi dă sânge de la el, așa că are sânge regal. Vlad Tepeș îl consideră ca și pe copilul lui, îl trage în țeapă, îi dă să bea sângele lui însuși și îl învie, vine de 7-8 ori pe zi la el, vorbește cu „cei doi oameni care sunt în el (unul în burtă altul în piept), sfârșitul lumii va veni în 2093, a fost la el și Isus Cristos; s-ar părea că părinții lui nu sunt adevărați, că probabil se trage din Mafia rusească (este copilul lui Stalin) și a lui Vlad Tepeș.

După o lună de tratament, critică parțial ideația (care totuși persistă), consideră că e „mai bine”.

**Comentariu** : Simptomatologia psihotică de la cele trei internări este halucinator delirantă, petrecându-se într-o atmosferă supranaturală, de ficțiune. Expresia de “atmosferă” e sugerată chiar de debutul psihozei când, relatează pacientul, “simte bum bate vântul în oraș, și odată cu vântul a venit și credință”; sunt invocate trăiri miraculoase și intrarea în familia divină, dar sub formă de “voci” apar și entități ca “Mafia rusească” și “celebrii

anonimi”....jocurile de limbaj intervin și ulterior, el are un “corp versace”....un rol important în delir îl face propria corporalitate, la prima internare are un personaj mic în burtă, cu care medicul vorbește; la ultima internare în el sunt doi oameni: unul în burtă și altul în piept, simte șerpi cum umblă pe el și intră în el, pișcăturile pe care le-a simțit în zona inimii reprezintă o înțepătură alui Vlad Țepeș, care astfel face un schimb de sânge, astfel încât acum are sânge regal, e și tras în țeapă, omorât și înviat etc.....universul de ficțiune al delirului se plasează de la început la sfârșit pe fundalul supranaturalului religios, anunță sfârșitul lumii în 2093 etc.

115.123/1986

Un bărbat de 35 ani dezvoltă în decurs de câteva săptămâni (1986) convingerea că cineva îl urmărește și vrea să îi facă rău, idei de otrăvire din partea familiei: ceaiul are un gust neplăcut, spray-urile din casă conțin substanțe toxice; relatează că la biserică s-a întâlnit cu bunicul său (care e decedat de mulți ani), comportamentul devine bizar: umbă nebărbierit și îmbrăcat neglijent...noaptea rupe plapuma și scoate o bucată de lână e care o arată soției spunând: “vezi?..tu nu crezi în Dumnezeu dar el există, vezi?, mi-a trimis asta!”. Desenează două figure și explică: Figura A constă din 3 stele fundamentale; steaua A reprezintă esență omului, adică: capul sus, organele sexuale jos și lateral membrele; steaua B reprezintă simbolul leucocitelor, adică SUA iar steaua C simbolul roșului, a globulelor roșii, adică URSS, se poate trece din C în L prin exsanguinare, transformări biochimice etc.; Figura B întrunește stelele repopulării care cuprinde: prima stea - Wladiv (compozitor American), a doua stea Gorbaciov, a treia stea Pavliov (numele pacientului). La una din recăderi e expansiv, dezinhibat și afirmă: “vorbesc cu Dumnezeu și cu fiica mea moartă, vocile îmi spun ce să fac, peste noi vin unde magnetice care mă dirijează, pot vindeca oamenii doar vorbind cu ei, toți suntem supravegheați de la distanță, mi se citesc gândurile dar și eu pot să le citesc pe ale altora”.

**Comentariu :** Convingerile delirante paranoid se corelează cu o atmosferă de intoxicare, inițial în familie, prin otrăvire și spray-uri, mai apoi invocă și “unde magnetice care vin peste noi”....cadrul supranatural e religios: la biserică l-a



întâlnit pe bunicul său (decedat) iar apoi se adresează soției cu o revelație de credință pe care o susține prin două figure pe care le desemnează și care sunt încărcate de simboluri corporale, politice, sociale și personale, numele lui e prezent alături de conducători politici iar simbolismul culorilor se amestecă cu cel al globulelor albe și roșii și a politii internaționale...în universal supranatural al psihozei vorbește cu Dumnezeu și cu fiica sa moartă, iar “vocile” îi spun ce să facă.

#### 116.141/1986

O femeie de 36 ani, necăsătorită, în decurs de 1 lună (1986) dezvoltă o stare corporal neplăcută, crezând că este intoxicată chimic: simte cum saliva și secreția lacrimală merg în interiorul trupului – așa își explică senzațiile neplăcute ce le simte în torace, în zona plămânului stâng “probabil e acolo o pungă ce încearcă să se spargă”..simte mirosuri neplăcute ce nu le poate defini...aude pocnituri în dulap și pereți..parcă toate acestea sunt comandate”...”tot ce spuneam era înregistrat de vecini cu un magnetofon”, pe stradă a observat că lumea e împotriva ei, oamenii făceau tot felul de gesture, unii șchiopătau cu piciorul stâng, alții se uitau cu ochi mari la ea, iar a treia categorie își lăsau brațul stâng în jos, gesture făcute pentru a o irita nervos”. La o recădere, se simte trimisa lui Dumnezeu pe pământ, sunt locuri în care “simte cum acționează duhurile...poate prelua duhurile rele din alte persoane” La altă recădere “aude vocea Duhului Sfânt, care-l vorbește din gât, iar apoi oftează și coboară în inimă unde plânge...își simte păcatul”..se spală de 3 ori, bea apă de 3 ori, “trei este un număr sfânt”.

#### 117.517/1991

O femeie de 28 ani, căsătorită, 1 copil, debutează în scurt timp (1989) în perioada unor evenimente sociale deosebite – când, după ce a băut o cafea simte brusc o “ruptură interioară în regiunea ficatului” și o stare de pericol nedefinit. Din când în când afirmă că avea “vedenii” și simțind și văzând “imaginea unui cerc de metal de 1 cm, de culoare galbenă strălucitoare, care era în jurul capului ei și care ar fi ieșit din propriul corp”. Asociază această viziune cu un mesaj venit din partea primilor creștini, care au încercat să descifreze mesajul codificat al Bibliei și care au ajuns la concluzia că Biblia înseamnă “bi-două”, “bile-bile”, deci fiecare om are două bile deși ar trebui să aibă una singură”. A simțit în organism și mișcări ca cele

ale unei cozi de șarpe, acel șarpe care i-a ispitit pe Adam și Eva; când mânca un măr această senzație dispărea, astfel încât a pus și acest fenomen în legătură cu mesajul biblic, cu cadrul ce trebuiește descifrat din Biblie. La un moment dat, afirmă că a auzit o voce care-l spune: “mai privește o dată” și atunci și-a văzut propriul schelet, care era negru, fiind format din oase arse...a băut lapte, a simțit miros de os ars și scheletul a devenit alb. Aceste viziuni de tip halucinator durează câteva secunde. Altă dată, afirmă că a văzut o sarcină gemelară cu trei copii, care mișcau spre dreapta când asculta muzică simfonică și spre stânga când ascultă muzica populară. Relatează iluzii de schemă corporală: capul devine uneori pătrat, alteori mai lung, a avut un al treilea ochi în frunte care-i permitea să vadă în interiorul propriei persoane.

La internări ulterioare relatează: insertia și furtul gândirii, halucinații auditive, afirmă că “bunica ei îi face vrăji”, are senzația că “i s-au introdus sârme în venă”...”studentele trebuie să ia concepționale și nu anticoncepționale pentru a nu uita la examen”

**Comentariu:** Debutul e descris ca un eveniment special în cursul căruia “simte o stare de pericol nedefinit și o ruptură interioară în regiunea ficatului”. Descrie o viziune sub forma unei aure de metal galben strălucitor în jurul capului ce iese din propriul corp...corporalitatea trăită este în permanență un reper în trăirile delirante, chiar dacă tematica face trimiteri arhetipale la mesaje venite de la primii creștini....referința la Biblie alunecă într-un joc semantic despre “două bile” iar semnificațiile îi sugerează că în propriul corp e un șarpe, desigur cel din Biblie....apoi își vede scheletul negru format din oase arse ce devin albe după ce bea lapte...căci “vede în interiorul propriei persoane având un al treilea ochi în frunte” descrie și modificări de schemă corporal, capul devine uneori pătrat, alteori mai lung etc.

Includerea în delirul (fantastic bizar) a trimiterilor la propria corporalitate, a fost remarcată de mult în schizofrenie, sugerând o autoreferință (hiperreflexivitate) specială; chiar halucinațiile plasate în diverse părți ale corpului sugerează acest aspect.

## 118.827/1996

Un tânăr de 18 ani, 8 clase, fără ocupație se internează relatând: în ultimele luni are trăiri stranii în care simte că ambianța s-a schimbat: satul în care locuiește, casa sa, locurile nu mai sunt la fel, s-au schimbat și polii geografici, nordul a devenit vest, ceea ce îl deranjează; este nemulțumit de sine și încearcă să se schimbe: consideră că are un temperament melancolico-coleric pe care încearcă să îl modifice, influențându-și circulația sângelui în cap pentru a-și atrofia lobii temporali; după care urmează să lucreze la lobii frontali pentru a-și modifica capul; dorește să mai crească și să urmeze tratament cu magnetoterapie biopsihotronică.

Diagnosticul formulat e de schizofrenie paranoidă și se reinternează periodic cu același diagnostic. Din relatările la diverse internări se pot menționa:

“Deoarece am stat drept prea mult timp mi s-a blocat coloana vertebrală și am devenit impotent; am cumpărat un spiriduș-elf, cu baterii, pe care îl pun pe corp și îmi echilibrează mintea și energia corpului”....e în telepatie cu cineva din București care îi spune să devină psihotronist, aude și extraterestrii care vorbesc cu el și îi spun că nu e bun de nimic.....se crede trimisul lui Dumnezeu pe pământ, venit de pe altă planetă, este controlat de forțe străine care-i impun voința lor; i se fac vrăji și descânțece; un psihotronit prin obiecte din metal îi citește gândurile, psihotronia este un “câmp magnetic universal”, vecinii îl urăsc și nu îi dau pace, îl amenință, vorbesc despre economia politică, despre Rusia, trebuie să ne unim cu rușii, vocile îi vorbesc zilnic la ore fixe, câte 2 ore pe zi, îi spun că trebuie să fie ministru sau președinte.....prin telepatie vorbește cu alte persoane, sparg spațiul dintre mine și alte persoane, citește mult Biblia, a văzut draci în fața sa.

## 119.589/1992

Un tânăr de 24 ani dezvoltă progresiv (1992) o stare de retragere și izolare socială, cu interes crescut pentru a practica yoga. Afirmă: “Știu că ce spun pare o nebunie, că mă puteți considera nebun dar sunt lucruri care vreau și eu să mi le clarific: prin yoga pot mobiliza energiile, am făcut mai multe practici de meditație și bune și rele..prin mobilizarea energiei simte cum din el emană energie care se convertește într-un abur...ajunge să perceapă câmpul energetic din jurul său: halou alb, fum în jurul mâinilor, a corpului...a existat o experiența deosebită când energia din jurul său s-a cuplat cu o forță exterioară, pe care o vede ca o stea alb-albastră luminoasă care plutește deasupra sa dar și a altor oameni, fiind sursa binelui. Aceasta îi dă o stare de bine, de extaz, a fost două zile sub controlul acestei forțe....cu brațele ridicate poți muta energia chemând-o cu un semn al

degetelor (pacientul afirmă că-și dă seama că alții ar putea considera acest fapt ca pe o nebunie)...”Am al 6-lea simț, un “ochi al minții”, care-l permite intuiții: poate cunoaște oamenii și știe ce fel de oameni sunt, îi poate influența în bine, chiar să îi vindece prin câmpul puternic din jurul său..La una din internările ulterioare, afirmă că mama i-a otrăvit mâncarea și derulează un discurs dezorganizat “mi-ar place să vorbesc limbajul d-voastră special...știți cum era Popey marinarul și spanacul lui era otrăvit....eu m-am născut de 2 ori; odată la Buziaș și atunci am murit, m-a ucis Ceaușescu cu un cuțit; a doua oară la maternitatea din Timișoara..am dușmani...eu sunt Dumnezeu, am misiune pe pământ...am făcut fapte bune...în altă viață am fost Vasile Roaită, în alta am fost Zeus iar în alta l-am operat pe însuși Einstein....Isus e fratele meu geamăn...am 7 meserii...sunt pilot de avion noaptea ziua nu știu ce sunt, mă pot teleporta...mama mea actuală nu e cea adevărată, aceasta a murit, mama adoptivă are ciură neagră și vrea să i-o dea și lui....este autorul sistemului Conex....este detectiv de copil mic...simte că e urmărit pe stradă, probabil pentru că a citit prea multe cărți polițiste.

**Comentariu:** Preocuparea excesivă față de sinele identitar corporal, corelat cu sentimentul atmosferic al unei energii speciale, depășește în acest caz practicile specializate în astfel de domenii (yoga etc.) sugerând o depersonalizare abstractă (abur, halou alb, fum) și relaționale (energia din jurul său se cuplează cu o forță exterioară...care e o stea, o sursă a binelui..pe care “o pot chema cu brațele ridicate și un semn al degetelor” ...în discursul dezorganizat și identitatea publică se afirmă cu o totală versatilitate, de la Dumnezeu la cel ce l-a operat pe Einstein, identitatea sa e ambiguă și prin naștere...iar atmosfera universului în care trăiește însăși pacientul o corelează cu un roman polițist.

120. 1056/1999

Un tânăr de 18 ani debutează în câteva săptămâni cu o stare de tensiune anxioasă, preocupări autoanalitice obsesive, comportament ciudat. Afirmă: “simt că am intrat în niște canale din care nu mai pot ieși, m-am schimbat, înainte eram sufletul pretrecerilor, eram tare...nu știam că pot să deviez de la realitate...mi-a intrat în cap că voi fi Anticristul și voi face ordine în lume...știu că sunt niște proști, dar eu sunt totuși Anticristul oricâte medicamente îmi veți da....Cristi (numele său e Cristian) – Cristi-Cristi-Anticristul...înainte eram frumos, mă

simțeam bine, acum simt că îmbătrânesc, mă schimb..La internări ulterioare e dominat de idei de posesiune demoniac, depersonalizare/derealizare: “lumea nu mai este la fel; simt că personalitatea mea s-a schimbat, când respir mai greu mă simt că sunt tata...când respir mai ușor mă simt mama...am iluzia că sunt Anticristul deși știu că nu sunt..am puteri supranaturale..simt uneori cum mi se blochează gândurile și dispar din capul meu...”, “îmi văd gândurile la televizor..eu vorbesc cu îngerii..oamenii își distorsionează chipul, se fac urâți..pot comunica telepathic cu prietenii mei din alt oraș..pot influența negative gândurile oamenilor...dacă mă uit la oameni pot să le fac rău, pot să-l omor”.

**Comentariu** : Pacientul își încerce discursul prin a semnală intrarea sa în lumea delirantă, ca pe “niște canale din care nu mai pot ieși” ....apoi descrie schimbarea sa identitară temperamentală...în sfârșit o nouă identitate derivată dintr-un joc al dezorganizării semantic..el devine Anticristul....căci numele e Cristi (Cristian)...dar, comentează și mai clar faptul că “lumea nu mai este la fel, eu m-am schimbat, oamenii își distorsionează chipul...în universul său delirant resimte și posesiune demoniac, vorbește cu îngerii...are puteri deosebite...deci, o situație identitară în ansamblu modificată.

#### 121. 1098/1999

O femeie de 25 ani debutează (1999) în curs de câteva săptămâni, în corelație cu un eveniment stresant de viața și un eveniment social (vizita Papei). Apare inițial o stare depresiv anxioasă, cu sentimentul că se va produce o catastrofă, inversiune afectivă față de mamă, ideea că mama e posedată de diavol. Un alt episod este maniacal dezinhibat, cu energie crescută, logoree, dispoziție expansivă; îl invocă pe Lucifer cel rău (care a internat-o) și de o semnificație specială numelui său (Oana) afirmând că e fata lui Ștefan cel Mare; în cadrul asociațiilor rapide de idei apar formulări cu coerență redusă: “de la Cozia a zburat un înger, călugărul Apostolescu și care acum este îngerul ei păzitor”. La un alt episod, pe fondul unei dezinhibiții maniacale afirmă din nou modificări de identitate, pe care o elaborează delirant: “sunt nepoata lui Ștefan cel Mare, am suferit o operație pe creier, mi s-a schimbat sângele de la moarte spre viață pentru o nouă tinerețe, mi-a fost introdusă în cap o persoană necunoscută, pentru că de sus s-a dorit să urmez calea Adevărului” ...mi-a crescut un cap nou...uite ce frumos cap am!

**Comentariu** : Debutul psihotic e însoțit de sentimentul unei catastrofe generale, cei din jur se schimbă, mama e posedată de diavol, ea a fost internată de Lucifer...este Oana (numele său real), nepoata lui Ștefan cel Mare....e schimbată și identitatea corporal: “am suferit o operație pe creier...mi s-a schimbat sângele.....a fost introdusă în cap o persoană necunoscută....mi-a crescut un cap nou....”

Nivelul corporal al identității apare constant în prim plan în acest tip de psihoze dezorganizate.

122.1142/2000

O femeie de 53 ani dezvoltă treptat, în aproximativ 3 ani un tablou psihotic. E convinsă că o bătrână din Anglia i-a lăsat o moștenire, a auzit acest lucru la TV; e supravegheată și comentată de întreg orașul, aude voci care-i comentează acțiunile...întreg orașul îi cunoaște gândurile și îi ascultă convorbirile telefonice deoarece cineva din cadrul securității face diverse experiențe, a plasat în aer un aparat special și aruncă în aer substanțe toxice care-l fac gândirea transparent; aceste lucruri au legătură cu extraterestrii; aceștia, când trec pe lângă ea își modifică instantanei aspectul....sunt și diferite substituiri de persoane, astfel, asistenta cu care lucrează (ea este infirmieră) este de fapt soțul ei, își dă seama că asistenta se ocupă de trafic de organe și vinde arme teroriștilor...devine agresivă, lovește și rupe hainele asistentei.

**Comentariu** : Intrarea în delir e plasată în corelație cu un eveniment précis (moștenirea ce i s-a lăsat din Anglia, despre care a auzit la TV), și așa va rămâne ani de zile...trăirea psihotică se instituie însă și într-o “atmosferă” fizică modificată : cineva de la securitate aruncă în aer, experimental, substanțe toxice care fac gândirea transparent”....în acest context apar extraterestrii, care-și schimbă aspectul când trec pe lângă ea....substituiri de persoane (la serviciu, o colegă face trafic de organe etc.)

123.1338/2002

Un tânăr de 17 ani dezvoltă în 2 luni un tablou psihopatologic: simte o energie crescută, o forță extraordinară: “poate ridica un tractor cu o mână, dacă dă cuiva

un pumn îl omoară”, e dezinhibat, vorbește mult; simte că are puterea de a vindeca doar atingând cu mâna, este superior celorlalți, este medic, nu se hrănește cu mâncare ci cu boabe de orez”, părinții îi vor răul, dar aceștia nu sunt părinții lui adevărați..el nu s-a născut din mamă gravid ci a căzut din cer, s-a trezit într-o secundă jos, a fugit..în spatele lui erau alții căzuți din cer care fugeau și ei,...a întâlnit o vrăjitoare care i-a dat vin magic și de acolo a ajuns la familia S. (actualii părinți). Toți cei picați din cer se întâlnesc la familia V...”chinezii i-au făcut un aparat prin care teleportau corpul spațial, îi controlau mintea, îi introduceau în cap gânduri de vindecare, poate intra în pielea personajelor din jocurile de pe calculator, prin ele controlează lumea și transmite informații”...

**Comentariu** : Pe lângă trăirile de grandiozitate e prezentă și o schimbare identitară, părinții nu sunt cei reali, nașterea sa a fost supranaturală, intervine o vrăjitoare și “chinezii” care, cu un aparat, teleportează corpul spațial..., nu e vorba doar de cunoașterea și inserția gândirii ci de transformarea identitară a persoanei într-o realitate informativă, ce “poate intra în pielea personajelor din jocurile de pe calculator”. Astfel de teme se vehiculează în literature science fiction, dar psihoticul le asimilează în universal său de metamorfoze identitare.

124.1587/2004

O femeie de 29 ani, studii superioare dezvoltă progresiv în condiții de suprasolicitare simptome resimțite corporal: amețeli, tulburări de echilibru, i se adaugă simptome depresive, slăbiciune, tristețe, iritabilitate, toleranță scăzută la frustrare. Numeroasele examinări medicale nu clarifică o boală somatică. Astfel ajunge la concluzia că este vrăjită; nu știe de cine anume deoarece nu are dușmani, dar sunt ori blesteme de la strămoși ori a “călcat în vrăji”. A început să meargă des la biserică, să țină post și apoi a fost și la vrăjitoare. Aude zgomote în casă pe care le interpretează ca vrăji, cheamă un preot să îi sfințească casa; de asemenea solicit unui preot să îi facă “slujbe de dezlegare”. Noaptea, în condiții de veghe dată fiind insomnia, are senzația unei forțe ce o ține în pat, ca o greutate, o imobilizează, nu o lasă să se miște și să vorbească; apoi, senzația de plutire; în altă noapte, tot trează îi apare o lumină puternică, vede o colegă care-l spune :”aceasta e legea” – arătând spre cărțile religioase. Interpretează

experiența ca un semn că aceasta e calea pe care trebuie să o urmeze: rugăciune, post. Are senzații corporale “ca un current electric” în partea dreaptă a corpului, simte că e îmbrăcată, bănuiește că e posedată.

#### 125.49/1985

O femeie de 32 ani debutează lent, în decursul unui an (1985): se izolează de cei din jur, devine neglijentă în profesie, apoi se manifestă strident; relatează: “este probabil nepoata Regelui Mihai, e spioană internațională dar colaborează în special cu Uniunea Sovietică unde ocupă locul doi în ierarhia politică, I se cer sfaturi prin telepatie...se simte protejată de puterile străine...în gând I s-a spus că a fost decorată cu toate decorațiile din URSS, în afară de cea mai înaltă, pe care a văzut-o însă în gând, colorată, frumoasă, atrăgătoare...I se cer sfaturi în problemele omenirii, este chemată într-o rezervație cu trei cercuri unde va avea tot ce-și va dori, pentru serviciile pe care le va face omenirii...

#### 126.491/1991

O tânără de 19 ani afirmă: este nepoata lui Mihail Gorbaciov – acesta fiind Papa de la Roma zis și Cristian Bernard, datorită abilităților chirurgicale pe care le posedă și care i-au permis să-l implanteze pacientei un emițător receptor radar la nivelul cerebelului...cu acest aparat ea poate lua legătura cu o seamă de persoane din interiorul KGB, ea însăși este spion KGB, motiv pentru care se consider urmărită..ultimul an I-a petrecut în Hong Kong, unde în Piața Tian Men a fost lovită de o bombă în ficat...acolo a urmat o pregătire în karate..la întoarcerea prin URSS a fost iradiată cu uranium și plumb, motiv pentru care cere tratament cu iod....urmare a iradierii suferă de o boală de ficat numită “amnezia respiratorie”...adică...uită să respire. Mâinile sunt capabile să emită radiații laser..gândurile sale sunt citite și cunoscute de cinci persoane printre care Nadia Comăneci, care de fapt se numește Doina...aceste persoane o și influențează de la distanță, exercită asupra ei o acțiune benefică..e urmărită în permanența și I se dorește moarea, care o pândește după colț..casa i-a fost amenințată de o bandă de hoți turci care s-au recomandat pirați, dar nu au putut face nimic deoarece au fost legați la ochi..La reinternările ulterioare...”am ajuns în spital căci a venit o maimuțică, Ghizi, spion SUA, cu o navă cosmică și m-a furat, m-a dus în Manhattan unde niște diavoli de pe planeta Sirius voiau să mă chinuie, să îmi



scoată sufletul....” ...vrea să scrie un roman ce se va numi: Demonii galbeni și demonii negri, deoarece galbenii sunt “oamenii luminii” – ea, mama, tata, fratele ei, iar demonii negri – oamenii întunericului – care sunt patru fără nume pentru că sunt nebuni, singurul cu nume e George Apachi – satana.

#### 127.1243/2001

Un bărbat de 35 ani dezvoltă mai evident în ultimele luni (2001) un comportament bizar: nu se mai îngrijește corporal, igienic, vestimentar, nu mai părăsește bucătăria, unde și doarme...prezintă suspiciune, convingere de spunere sub supraveghere, urmărire, persecuție, otrăvire, halucinații gustative. Afirmă: “Orașul (Timișoara) e gazat, pe stradă, la colțuri, se simte miros toxic...neuromed (laboratorul unde se fac examinări tomografice cerebrale) îl urmărește cu salvarea prin oraș, oamenii de acolo vin și noaptea și cu ajutorul mamei, îi pun în timp ce doarme acele în cap, îi implantează un cip, probabil ca să-i ștergă memoria sau să-l controleze, îi fac stomac dublu, îi recoltează mușchi, laserul de culoare roșu pentru a-l transplanta...simte cum pătrund, cum laserele taie în interior...în casă are puse camera de supraveghere, a găsit una în televizor și a aruncat-o la gunoi.

#### 128.1481/2003

O femeie de 38 ani, căsătorită, 6 copii, dezvoltă relativ brusc un tablou psihopatologic psihotic centrat de un delir bizar: afirmă că are o soră care a murit și după 3 săptămâni au scos-o din mormânt și era vânătă dar în viață, actualmente este căsătorită și are copii; afirmativ a născut o pereche de gemeni dar că pacientei nu i s-a dat decât băiatul și că fată a fost crescută de o familie din Teremia Mare; a încercat să își recupereze copilul cu ajutorul poliției dar nu a fost băgată în seamă; afirmativ a avut un avort la 3 luni și jumătate și copilul încă trăiește, a fost ținută în viață „in vitro” și aceasta are actualmente 10 ani și pacienta simte că este copilul ei; afirmativ când avea 16 ani, soțul (care îi este și văr de al 2-lea) a murit și a fost îngropat, iar după 2 luni a fost să îl dezgroape deoarece îl auzea cum plânge în mormânt; i-au prins însă poliția și nu a reușit să îl dezgroape; La 6 luni l-au dezgropat și era cu păr pe față și avea păduchi albi care i-au intrat în piele și i-au apărut 10 furuncule și zona zoster; actualmente soțul trăiește și este acasă; tatăl ei l-a spălat, despăduchiat și a chemat salvarea și i-au dat sânge și oxigen și injecții întăritoare, și trăiește. Afirmativ soțul pacientei a „primit culoare de stafie și mirosea a mort și ea l-a bătut ca să îi scoată moartea din oase; după ce l-a bătut a mirosit a porc și a materii fecale și apoi a mirosit a om.

### **Dezorganizarea ideo verbală (conceptuală)**

Schizofrenia, ca entitate clinico-psihiatrică, a primit această denumire de la Bleuler, pe baza ipotezei că tulburarea fundamentală o constituie fragmentarea psihismului (“schizis” în greacă), deficiența de coordonare și coerență în funcționarea psihismului. Expresia germană utilizată a fost “spaltung”, în franceză utilizându-se expresiile de discordanță și disociație. Toate acestea, sugerează dezorganizarea psihismului, pierderea coerenței sale centrale.

În jurul anilor 80, după publicarea DSM-III, literatura de limbă engleză a împărțit simptomatologia schizofreniei în pozitivă (schizo+) și negativă (schizo-). După 1990 a reapărut interesul pentru dezorganizare (Liddle), mai ales în direcția limbajului conceptual. Ulterior, și în prezent, sistemul DSM IV-TR, DSM-5 consideră ca simptome psihotice “dezorganizarea accentuată a gândirii (vorbirii) și a comportamentului”; ultima ar include și sd.cataton. Specificarea gravității e făcută deoarece se consideră că formele mai ușoare se întâlnesc în normalitate. Nu există o circumscriere noțională sau prin definiții operaționale a dezorganizării psihotice, ea fiind indicată printr-o listă de simptome, care sugerează caracteristici comune. Totuși, ținând cont și de tradiție, unele elemente de caracterizare pot fi schițate.

Dezorganizarea ideo-verbală, conceptuală, se referă (în DSM-5) la: gândire (și vorbirea) ce deraiază, cea tangențială și cea incoerentă. Scala Andreasen pentru schizo+ menționează și circumstanțialitatea, pierderea direcției, tulburările de logică. Ansamblul cunoștințelor actuale sugerează că acest cadru sindromatic se referă la:

- a) Unele tulburări ale cursului gândirii (spontane) și pierderea direcției obiectivului comunicațional;

- b) Tulburări ale sintezei logico-semantică și ale abstractizării.
- c) Alterări ale ordonării ierarhice intenționale, a manifestării subiectului centrat și delimitat, într-un context accesibil.
- a) Deraierea gândirii și vorbirii, care e un simptom caracteristic pentru sd.dez., constă în deficitul de a menține direcția comunicării unui mesaj până în final, apar deviații și derivări care se îndepărtează tot mai mult de obiectiv, nerevenindu-se la acesta. În circumstanțialitate, și vorbirea digresivă, se fac largi paranteze dar se revine de fiecare dată la tema de bază. Vorbirea manieristă și disproporționată cantitativ, folosește multe cuvinte inutile – introduceri, formule de politețe, de legătură, expresii “prețioase”, cantitatea de cuvinte folosite fiind mai mare dar conținutul informativ transmis e redus. Stereotipiile se referă la repetarea identică, lipsită de sens, a aceluiași cuvinte sau expresii, care parazitează comunicarea sau textul. Presiunea gândirii sau mentismul constă dintr-o aglomerare de gânduri ce nu pot fi controlate de subiect iar barajul mental – care e o altă tulburare a cursului gândirii - constă dintr-o bruscă oprire a fluxului ideativ, acesta reluându-se după un scurt timp, uneori în altă direcție. Vorbirea tangentială se referă la un răspuns aproximativ, vag, neclar, care nu dă informații precise la o întrebare pusă; subiectul poate să se exprime metaforic, aluziv; incoerența gândirii și vorbirii se manifestă prin lipsa unei legături logice și comprehensive între cuvintele exprimate, în cadrul aceleiași propoziții; aceasta implică de obicei și tulburări logico-semantică.

b. Tulburările de logică și argumentație rațională se corelează de obicei cu tulburările semantică și de semnificații. Poate fi utilizată o plurisemie a cuvintelor cu atribuirea unui sens a expresiei lingvistice neadecvat contextului; cuvintele și expresiile pot fi descompuse și

recompuse cu noi semnificații; pot fi realizate cuvinte sau simboluri noi, neologisme, care au semnificație doar pentru pacient, fiind ideosincrazice. Se poate manifesta și o lipsă de legătură între aspectul concret al cuvintelor și semnificația lor, cu preocupare exagerată față de abstracții goale de determinații și lipsite de context; gândirea poate fi excesiv de concretă sau abstractă cu deficite în sinteză, abstractizări și redusă capacitate de înțelegere și interpretare. Exprimarea metaforică, vagă e și ea întâlnită.

c) Dezordine generală a gândirii și vorbirii se manifestă mai evident în textele scrise. Se pot folosi cuvinte din diverse domenii, din mai multe limbi, dimensiuni și direcții neobișnuite ale scrisului, ce se modifică pe parcurs, fragmente de cuvinte, simboluri, figuri simetrice, simboluri speciale; manierismul – în sensul unui scris rigid, se întâlnesc și ele.

Toate aceste manifestări sunt prezente în incoerența gândirii și vorbirii, ce e etichetată ca "salată de cuvinte".

Prezența dezorganizării ideo-verbale, combinată cu unele aspect ale simptomatologiei negative, pot da caracteristica de "bizarerie" delirului. Delirul bizar nu ar decurge astfel doar din prezența SPR și a caracterului narativ, de ficțiune a unor scenarii delirante, care pot împrumuta teme și personaje mitologice; ci, mai ales de intervenția dezorganizării conceptuale și din caracteristicile depersonalizant devitalizante ale subiectului – personaj.

### **Dezorganizarea în plan comportamental**

Aceasta nu are o semiologie comparabilă ca amploare și semnificație cu cea ideoverbală și conceptuală. Totuși, ea face parte din comportamentul specific al schizofreniei. Se menționează mai ales:

- lipsă de îngrijire a corporalității, inclusiv a igienei corporale, cu aspect bizar al expresivității mimico-gestuale și îmbrăcăminții. Faptul exprimă o disfuncție în percepția sinelui corporală și a relaționării; îmbrăcămintea nu e adecvată situației, față are o privire stranie, privirea nu e ancorată în ambianță;
- comportament ieșit din comun, motivate straniu, prin tulburare ideoverbală și de raționament; motivația poate fi delirantă, dar pentru schizofrenie mai specifice sunt actele fără o finalitate clară sau cu argumente vagi, bizare;
- comportament și expresie neadecvate, mimica..., solilocvie, mentism; se poate ajunge la acte agresive, dromomanie, stereotipii, manierisme;
- comportament cataton. Sindromul cataton poate apare în diverse contexte psihopatologice, de la suferințe organic-cerebrale, somatic-generale, la stări psihogene reactive sau depresie majoră; catatonie psihotică schizofrenă se plasează într-un context psihopatologic specific.

## Simptomatologia deficitară în psihoze

Simptomatologia negativă a fost comentată și studiată mai ales în schizofrenie, cu ceea ce s-a numit în literatura anglo-saxonă de după 1980, schizo-. Ea este distinctă de dezorganizarea ideo-verbală și comportamentală și de delir. Delirul are la bază o schimbare aberantă a stării identitare (de om persecutat, bolnav, vinovat, cu capacități deosebite) sau chiar a identității și poziției relaționale, în raport cu personaje importante sau supranaturale; în delir, subiectul devine un personaj central într-un scenariu aberant, dintr-o lume fictivă, paralelă cu cea cotidiană. Dezorganizarea se referă în primul rând la perturbarea coerenței centrale, a ordinii ierarhice ce organizează desfășurarea gândirii, vorbirii, argumentarea și realizarea acțiunii cu scop și sens. Prin această caracterizare succintă, dezorganizarea apare ca un sindrom distinct de delir și de sindroamele atașate acestuia, ca tulburările perceptivă și SPR; deși, o articulație profundă există în multe cazuri.

Simptomatologia negativă din psihoze poate fi înțeleasă ca având la bază o depersonalizare, devitalizantă și anonimizantă, care alterează structura sinelui, centrat și delimitat specific de lume și alții. În DSM-5, el este indicat prin reducerea expresivității emoționale, avoliție și alogie. Anemotivitatea, manifestată prin reducerea expresivității emoționale, are la bază, de fapt, un deficit global al afectivității ce se manifestă prin indiferență față de evenimente, lipsă de atașament și indiferență dispozițională. Subiectul prezintă o “tocire sau răceală afectivă”, neatașându-se de nimeni și nerezonând afectiv în raport cu alții, fiind incapabil de a se “acorda” la starea sufletească a altora. Faptul conduce la o asociabilitate distinctă de retragerea socială a depresivului, deoarece predomină

indiferența. Subiectul asociabil poate sta lucid- și reflexiv- alături de alții, fără a intra în comunicare din lipsă de interes (în măsura în care nu e axat pe un delir dereistic autist). Anemoitivitatea este o expresie a acestei areactivități și lipsei de interes față de lume și evenimente, ce se corelează și cu anhedonia. Aceasta se referă la faptul că subiectul nu e atras de nimic, și nimic nu-i face plăcere. Anhedonia se întâlnește și în depresie, dar în contextul tristeții, lipsei de speranță, autodeprecierii și ideții suicidare. În depersonalizarea devitalizantă din schizofrenie subiectul e însă indiferent nu doar față de lume – la derularea căreia asistă uneori cu o reflexivitate crescută - ci și față de el. Lipsit de inițiativă, pacientul petrece multă vreme fără a face nimic, eventual, poate fi sugestionabil la inițiativa altora. Această abulie, se însoțește uneori de hiperreflexivitate. El poate fi normal și atent analitic la propriile mișcări care altfel sunt blocate. Hiperreflexivitatea analitică se poate orienta și în planul ideilor abstracte, ducând la rumații abstracte sterile, alogia, se referă la o sărăcire a conținutului ideatic, deficitul de înțelegere (de exemplu, a proverbelor), și de abstractizare (de ex. prin comparații). Ea se poate combina cu tulburări ale cursului gândirii: reducerea spontaneității ideatice, mentism, baraj mental. Aceste tulburări se pot articula și cu SPR.

Simptomatologia negativă din psihoze poate fi înțeleasă ca un proces psihopatologic care tinde să anuleze identitatea sinelui și persoanei, centrarea, limitele, aderența sa de lume, interesul față de lume și de sine. Prin această depersonalizare anonimizantă ea se diferențiază de depersonalizarea ce marchează trecerea spre delir, care înseamnă o retragere a vechii identități pentru schimbarea delirantă ce transpune subiectul într-un personaj ce trăiește o nouă stare identitară într-un scenariu fictiv. Un nivel de articulare cu aceasta poate fi sesizat la nivelul resimțirii și comentării corpului, mai ales în varianta de

delir dezorganizat care e expus narativ. Trăirea particulară a corporalității este un aspect important în sindromul dep.der.dis., iar urma acestuia se poate întâlni la acest nivel. În delirul cu tematică narativ bizară corpul e trăit particular, deformat, subiectul își vede scheletul etc. În varianta depersonalizării devitalizante/anonimizante, corpul e resimțit ca lipsit de viață, fără limite, împietrit, anulat, negat. Simptomatologia dezorganizantă exprimă și ea o alterare a coerenței sintetice a sinelui identitar, diferită în principiu de mutația transidentitară din delir.

Combinarea simptomatologiei deficitare și dezorganizante ar caracteriza forma hebefrenă a schizofreniei. Simptomatologia deficitara ar reprezenta nucleul schizo-.

Simptomatologia deficitară a fost identificată de la începutul studierii schizofreniei, Bleuler a considera una din principalele caracteristici ale acesteia, ca definind “autismul” schizofren, includerea suferindului într-o lume proprie, necomunicantă cu a celorlalți, “dereistică”. Ulterior s-a vorbit (Minkowski) de autist bogat (delirant – autist) și unul sărac, dominat de o depersonalizare anonimantă. Altă analiză a fost făcută ulterior (Carpenter) între “retragerea socială primară”, datorită dezinteresului atimhormic al psihoticului față de lume și cea “secundară”, ce rezultă din suspiciunea sa paranoidă dar mai ales din rejecția stigmatizantă. Simptomatologia negativă a fost interpretată și ca un deficit cerebral în prelucrarea informației, aceasta având o anumită limită, care dacă e depășită, există o retragere de apărare a subiectului în inactivitate și izolare.

În ultimele decenii, simptomatologia deficitară a stârnit interes din perspectiva perioadelor prodromale și a vulnerabilității pentru psihoză (schizofrenie). Școala din Bonn și cea din Copenhaga au conceptualizat astfel de



stări ca “simptome bazale”, pe care le identifică prin scale speciale (BSBS și EASE). Această simptomatologie de dinaintea manifestării propriuzise a psihozei se caracterizează prin:

- Astenie resimțită atât corporal și psihic, deseori însoțit de cenestopatii; sentimentul e subiectiv, incapacitatea energetică resimțită putând fi mai amplă decât performanțele de care subiectul e capabil. În tandem cu anergia astenică ce se referă la efortul de acțiune, se plasează indecizia ruminativă: subiectul nu se poate decide și se preocupă la infinit de eventualități contrarii. O variantă poate fi rumația pe teme abstracte, insolubile (e.g. există sau nu există Dumnezeu?). Atât astenia cât și nehotărârea sunt trăite lucid în condițiile unei hiperreflexii analitice. O altă trăire din această serie este sentimentul (depersonalizant) de “vid interior” însoțit de obicei de plictis. Alături de acest gol sufletesc subiectul resimte anhedonie (faptul că nu-l mai atrage și nu-i face plăcere nimic) și anafectivitate (nu resimte emoții, atașament etc.). În ansamblu studiile asupra fazelor prodromale și a schizofreniei cu puține simptome (paucisimptomatice) a relevat o “hiperreflexivitate” ce dublează simptomatologia deficitară apato-abulico-anhedonică).

## **De la personajul narativ la depersonalizarea și derealizarea anergică și anularea anonimă a identității**

Subiectul delirant simte că s-a întâmplat ceva cu el, că lumea din jur și ceilalți s-au schimbat, că el s-a schimbat, are un nou statut printre oameni și ființele supranaturale, uneori o nouă identitate fabuloasă, că se află în relații special cu ființele de pe pământ și cele fictive. În această lume delirantă, paralelă cu cea a vieții cotidiene comunitare, el nu mai e sigur de identitatea sa, nu mai e stăpân pe percepțiile sale, pe gândurile și acțiunile sale, pe care le poate simți manipulate. Ceea ce se alterează este mai ales autonomia sa și înrădăcinarea în viața cotidiană. Alterarea autonomiei, a identității, a controlului asupra sa și asupra lumii, îl pot direcționa spre a se simți o ființă anonimă, lipsită de structură, de substanță și coerență amestecată printre variate personale ale lumii fictive. Dezorganizarea ideoverbală și simptomatologia negativă marchează identitatea delirantă cu aspecte particulare.

## Miscelania

### Cazuistică

129.391/1989

O femeie de 18 ani, necăsătorită își modifică treptat comportamentul în decursul unui an, când brusc începe să devină preocupată de filosofie, psihologie, astrologie; în același timp începe să se simtă sub acțiunea unor forțe parapsihologice (se simte dirijată prin telepatie de un coleg de clasă).

Acest tablou cuprinde de asemenea :depersonalizare, derealizare, delir de influență exterioară, citirea gândurilor prin telepatie, comportament concordant cu trăirile halucinator delirante, delir paranoid de urmărire, halucinații auditive comentative și injurioase

Cităm din discursul pacientei: „am avut o clarviziune printr-o aglomerare telepatică universală, eram conștientă că nu sunt gândurile mele, am simțit că parcă sunt deschisă și parcă oamenii intrau în mine, simțeam că nu mai am nici o intimitate, pe oameni îi percepeam mai mult decât fizic, în plan spiritual și am simțit frică”.

130.1113/1999

Un bărbat de 25 ani, necăsătorit, prezintă în urmă cu 2 ani primele modificări de comportament, odată cu intrarea în gruparea ELTA, care i-a modificat toată viața privind comportamentul, vestimentația, alimentația, relațiile interpersonal. O parte din comportamentul și ideile pacientului se identifică inițial cu doctrina și percepțiile acestei mișcări, care cultivă vegetarismul și acumularea pe diverse căi a energiei vitale. Dar, pacientul se identifică excesiv cu o parte din ideile assimilate cu această ocazie și apoi, după ce nu mai participă la acest grup, le dezvoltă pe cont propriu, exagerat, ajungând la trăiri și manifestări psihopatologice. Pacientul își lasă părul lung pentru a înmagazina mai multă energie, mănâncă o ciupercă specială crudă (“pălăria șarpelui”), frunze de laur, salată sălbatică, toate acestea conținând alcalizi necesari pentru a produce anumite stări speciale; nu vrea să fie atins pt că i se transmit stările celorlalți; preferă să stea în frig; adoptă posturi bizare pe care le menține câteva ore; nu mănâncă nimic vreme îndelungată; se spală cu leșie; prezintă gândire magică: “casa lui este așezată pe ape subterane care influențează energia corpului, de asemenea casa este una veche, are peste 100 de ani și ar putea fi bântuită de fantome”;

Cu o zi înainte de internare nu mai vorbește nimic, și-a zbârlit părul pe față, își leagă corpul, își ascunde privirea; de la precedenta internare evoluția a fost

oscilantă cu multe episoade cvasi psihotice, slabă relaționare, își pierde locul de muncă în urmă cu un an. De aproximativ 4 ani apar fenomenele halucinatorii pe care pacientul însă le ascunde familiei și medicului; are senzația că este urmărit de anumite spirite malefice, vede umbre fără forme specifice în pădure, apoi în camera lui aude vag voci care vorbesc între ele; pacientul face grimase, face anumite gesturi care l-ar ajuta să intre într-o anumită transă, prezintă inversiune afectivă în special față de mamă; pacientul afirmă că de 4-5 ani comunică mental cu o entitate astrală; aude o voce de femeie tânără care-i spune: “hai să fumăm o țigară” sau “hai să ne jucăm pe calc.”, “hai să ne plimbăm”, sau îl strigă pe nume “Mikey”!; nu sunt convins, dar cred că m-am îndrăgostit de ea; mai afirmă că aude o altă voce, hotărâtă, necunoscută, câteodată de femeie, câteodată de bărbat care spune: “El este”! sau “Gata”; mai aude o voce de copil care îi spune mai ales atunci când este frustrat :”Las’ că-ți trece!”:sentiment de derealizare : “câteodată parcă visez, sunt într-o altă lume, paralelă; îmi trec gânduri despre trecutul meu, ce anume trebuie să fac în viitor; este ca o apăsare, simt lumea înconjurătoare, o percep dar eu sunt modificat nu ea; poate dura câteva minute sau chiar ore; o dată, eram în TM, stăteam pe o bancă și simțeam că se mișcă în reluare lumea”; credințe ciudate: brățara de cupru pe care o poartă la mâna dr. Are imprimeuri cu semnificații antice; acestea elimină toxinele din organism și absoarbe cupru atât cât are nevoie; la gât poartă un cuarț de cristal;idei senzitiv relaționale ;oamenii din sat se uită ciudat la mine dar toți știu că sunt bolnav”.

Locuiește singur în mediul rural, condiții corespunzătoare, fără ocupație, a fost căsătorit timp de câteva luni, are o fetiță, divorțat în prezent.

131.569/1992

O femeie, 19 ani, necăsătorită, dezvoltă un sindrom delirant polimorf (de filiație ilustră, de capacități crescute, de persecuție); pacienta afirmă că se numește Gorbaciov, fiind nepoata lui Mihail Gorbaciov și fiica lui Stefan Gorbaciov – acesta fiind Papa de la Roma, zis și Cristian Bernard datorită abilităților chirurgicale pe care le posedă și care i-au permis să îi implanteze pacientei un emițător receptor radar la nivelul cerebelului. Cu ajutorul acestui aparat ea poate lua legătura cu o serie de persoane din interiorul KGB, ea însăși fiind un spion KGB, motiv pentru care se consideră urmărită. Internarea de 2 zile la Jebel o consideră o vizită la o mătușă și neavând loc de cazare a stat în spital unde nu i-a plăcut și ca atare a plecat la Jebel; o doctoriță”femeie – maimuța Judy” i-a dat să bea „venin de șarpe cobra”; ultimul an l-a petrecut în Hong Kong, unde în piața TianMen a fost lovită cu o bombă în ficat; acolo a urmat o pregătire în karate; la întoarcere trecând prin

URSS a fost iradiată cu uraniu și plumb, motiv pentru care solicită tratament cu iod. Urmare acestor iradieri și a consumului de venin este o boală de ficat tradusă prin „amnezie respiratorie” – uită să mai respire. Mâinile sale sunt capabile să emită radiații laser; consideră că gândurile sale sunt citite și fumate de un număr de cinci persoane printre care și Nadia Comăneci care de fapt se numește Doina; aceste persoane o și influențează de la distanță, dirijându-i acțiunile și exercitând asupra ei o acțiune terapeutică benefică; este urmărită permanent și i se dorește moartea care o pândește după colț; casa i-a fost amenințată de o bandă de hoți turci care s-au recomandat pirați de mare dar nu au putut fura pentru că au fost legați la ochi.

Cităm din discursul pacientei: “ oamenii buni au ca inteligență computerul iar cei răi calculatorul, de fapt calculatorul a provenit tot din computer, dar a fost lăsat oamenilor răi ca să nu mai fie așa de răi. Pacienta mai relatează „când am stat la S., niște nebune, printr-un robinet secret mi-au dat să beau apă de plumb, a intrat în tot corpul doar în schelet nu a putut intra; stafia mea e de când am mâncat stafide, care sunt toxice, am fost vrăjită în Egipt de Fata Morgana; de atunci apare stafia mea care este o ființă nebună care are și corp; această stafie apare, dispare, face multe lucruri în locul meu; din când în când pacienta aude niște voci, ale demonilor negri, care îi spun lucruri urâte și o amenință cu cuvinte triviale („sexuale”), dorind să îi ia sufletul care este încătușat; de fapt boala ei constă în această încătușare a sufletului; mai susține că demonii negri (satana) îi cunosc gândurile.

132.583/1992

Un bărbat de 27 ani, căsătorit, dezvoltă, sub masca trăsăturilor structural psihastene, idei și reprezentări obsesive, tensiune anxioasă, vise frecvente cu conținut erotic, mistic-religios, disforie, suprasimbolicare, influența xenopatică, halucinații – „vedenii”. Pacientul descrie astfel starea:

„Eram acasă în curtea mea, de odată mi s-a arătat un corp mare ceresc, un elicopter dar nu așa obișnuit, era ca o ființă vie; de apropierea din partea de nord și atunci când am văzut corpul a intrat în mine un fior de frică și m-am întors spre camera tatălui meu, dar el nu dormea în camera lui ci în bucătărie; eu fiind în camera mea m-am pus pe pat și deodată am auzit o bătaie în ușă, când am deschis ușa am auzit o zbuciumare, un cutremur în sufletul meu, trecuse o undă

prin mine; am închis repede ușa și deodată am auzit un scârțâit din dulap și când m-am uitat în direcția aia, văd că iese un copil care era pierdut, părea un om neobișnuit cu un cap obișnuit dar față lui era brăzdată de oboseală, dar ochii erau blânzi apoi mâinile erau lungi, picioarele erau lungi, am vrut să îl întreb ce e cu el, am vrut să pun mâna pe el și din momentul acela am văzut în toate direcțiile iar m-am gândit că este copilul ce-l căuta elicopterul și am văzut la colțul străzii un corp ceresc cu lumini aprinse.....

Pacientul este practicant pentecostal.

De remarcat și prezența sindromului de transparentă – influență: are sentimentul că îi sunt citite gândurile, că îi sunt introduse gânduri străine în cap, este dirijat în acțiunile sale ca un robot, este coordonat probabil de către unii oameni cu puteri „care îi domină pe cei slabi”. Iși explică acest fenomen prin telepatie; a pseudohalucinațiilor auditive: aude voci în cap care îi ordonă să își ia viața; a ideilor delirante senzitiv relaționale: oamenii de pe stradă se uită la el, comunică între ei prin semne, cu pumnul, este dușmănit de ei; a ideilor de persecuție: nu mai are prieteni ci doar dușmani; când a fost internat în spital aceștia s-au bucurat.

Urmează multiple internări; la una din ele își agresează soțua afirmând că „și-a dat seama că a intrat un duh rău în ea”.

133.1344/2002

Un bărbat de 24 ani, descrie: când avea 11 ani a fost lovit în cap cu un topor care s-a înfipt în cap, de către o persoană pe care nu a văzut-o deoarece s-a lăsat un nor. Rana a fost linsă de un extraterestru, „o creatură” și s-a închis. Este convins că există în lumea reală vampiri și fantome pe care le întâlnește frecvent, de fapt în ultima lună a fost la stomatologie și medicul era vampir care l-a mușcat și i-a supt sângele dar nu a lăsat semne. Afirmă că la Spitalul județean există o creatură la morgă pe care o cheamă „Nomac”; în trecut a fost dus de un prieten într-o peșteră plină cu vampiri dar el nu a pățit nimic, a ajuns acasă cu bine; într-o altă zi mama i-a spus că a venit la ușa un drac cu ochii roșii și coarne și i-a spus : „vreau să mai joc o horă cu Ciprian”.

134.457/1991

Un bărbat de 22 ani, prezintă un debut brusc, după o serată la niște prieteni când pacientul simte că înțepenește, că se blochează și trăiește ca într-o stare onirică. Prietenii îl aduc acasă în stare de inconștiență; după acest eveniment scade

capacitatea de concentrare, devine retras, apar automatisme, crize de plâns, uneori cade într-o stare de transă, apar și halucinații auditive episodice.

O nouă recădere pentru accentuarea comportamentului bizar al pacientului, respectiv : refuză să atingă orice obiect – lingură, cană, obiecte de toaletă – de teama de a nu lăsa amprente motiv pentru care pacientul nu se alimentează singur ci este alimentat de mamă; o ia pe aceasta cu el la toaletă pentru a trage apa, pentru a-i deschide robinetul;

- Prezintă o postură ciudată – mâinile ridicate în aer

- Disociație ideoverbală

- Răspunsuri alătura

Datorită întreruperii tratamentului în urmă cu 2 săptămâni apar halucinații auditive imperative (vocea mamei în urechea dreaptă, vocea bunicii în urechea stângă, care îi dau îndemnuri contradictorii);

- idei delirante de urmărire, persecuție, prejudiciu

- idei senzitiv relaționale

- idei de influență și control

- comportament bizar concordant cu trăirile delirante

- energie crescută

- dezinhibiție comportamentală

- limbaj decenzurat

- idei delirante de urmărire, persecuție, control, influență

- logoree

- idei și interpretări delirante cu conținut senzitiv relațional „oameni necunoscuți se uită ciudat la el”, „îl bârfesc când mergea pe stradă”, „capra sunt eu, oile le cunoaște Dumnezeu”; „pițipoancele sunt cornute sau șute, dar eu nu știu să le deosebesc”; „oile sunt umile, caprele privesc în sus”; „când e SECAM, asta înseamnă că e un semn de exclamare – apare diavolul și corupe memoria”

- idei de urmărire : „oameni necunoscuți îl urmăresc pe stradă, camera TV îl urmărește, dacă se folosește TV cu antena aeriană nu sunt probleme”

- halucinații auditive: nu știu cine îmi vorbește, Dumnezeu sau satana.

## ANEXA I

## Principalele categorii diagnostic care cuprind simptomatologia psihotică

Principala clasă de tulburări ce cuprind simptome psihotice este F 20 – 29: F 20 Schizofrenia. Criterii generale. Timp de 1 lună să fie prezent cel puțin un simptom din categoria 1 sau două din categoria 2;

1.a. ecoul, inserția, retragerea sau înregistrarea gândirii; b. delir de control, influență sau pasivitate ce se referă clar la membrele corpului, la gânduri, acțiuni sau senzații; percepție delirantă; c. voci halucinatorii ce comentează comportamentul pacientului sau discută între ele despre pacient, sau alt tip de voci halucinatorii ce vin din diverse părți ale corpului; d. deliruri persistente ce sunt inadecvate cultural sau complet imposibile (e.g. a fi capabil să controleze vremea sau a fi în comunicare cu ființe din altă lume);

2. Sau, două din următoarele: a. halucinații persistente de orice modalitate ce persist zilnic peste 1 lună ce acompaniază deliruri, fără conținut afectiv evident sau acompaniază idei supraevaluate; b. neologisme, întreruperi sau interpretări în cursul gândirii, conducând la incoerență sau vorbire nerelevantă; c. comportament cataton, cu stări de excitație, posture, flexibilitate ceroasă, negativism, mutism, stupor; d. simptome “negative” precum: marcată apatie, sărăcire a vorbirii, răspunsuri emoționale tocite sau incongruente (nedatorate depresiei sau medicației neuroleptice).

Criterii de excludere: - dacă sunt prezente criteriile pentru episodul maniacal sau depresiv, acestea să nu precedă simptomatologia; simptomele să nu poată fi atribuite unei cauze cerebrale sau consumului de alcool sau droguri.

Forme clinice menționate: - schizofrenia paranoidă în care predomină delirurile și halucinațiile; - schizofrenia hebefrenă: predomină tocirea și



neadekvarea afectelor, comportament lipsit de scop, vorbire incoerentă; - schizofrenia catatonă: predomină simptomele psiho-motorii specifice; - schizofrenia nediferențiată; - depresia postschizofrenă; - simptome reziduale; - schizofrenia simplă: predomină simptomele negative (apatia, sărăcirea vorbirii, tocirea afectului, pasivitate și lipsa de inițiativă, sărăcirea expresiei emoționale) și schimbarea comportamentului personal, a intereselor, repliere pe sine.

F21 Tulburare schizotipală. Pacientul prezintă mai mult de 4 din următoarele tulburări de peste 2 ani, fără a întruni criteriile pentru schizofrenie:

1. Afect neadekvat, restrâns, răceală și distanță afectivă; 2. Comportament ciudat, excentric, neadekvat; 3. Raportare săracă la ceilalți și tendință la retragere; 4. Credințe ciudate sau gândire magică ce influențează comportamentul și sunt inconsistente cu normele culturale; 5. Suspiciune și idei paranoide; 6. Ruminații fără rezistență internă, deseori cu conținut dismorfofobic, sexual sau agresiv; 7. Experiințe perceptuale neobișnuite incluzând iluzii somato-senzoriale (corporale), depersonalizare, derealizare; 8. Gândire vagă, circumstanțială, metaforică, supraelaborată sau stereotipă, ce se manifestă prin vorbire ciudată dar fără marcată incoerență; 9. Episoade ocazionale cvasipsihotice cu iluzii intense, halucinații auditive sau de alt tip, idei de tip delirant, ce apar fără provocare exterioară.

## F 22 Tulburare delirantă persistentă

F 22.0 Tulburare delirantă. E prezent cel puțin 3 luni un delir sau un set de delururi (altele decât cele tipice pentru schizofrenie G1(1) b (altele decât cele complet imposibile și neadekvate cultural). Exemplele cele mai comune sunt : delirul de persecuție, de grandiozitate, hipocondrie, de gelozie (zelotypic), erotic. Nu sunt prezente criteriile pentru schizofrenie. Să nu fie prezente halucinații persistente (dar pot fi prezente ocazional sau tranzitoriu halucinații auditive dar

nu la persoana a treia sau făcând comentarii). Pot fi prezente simptome depresive intermitente (sau chiar un episod depresiv) dar delirul persistă și în perioada în care nu e prezentă depresia. Să nu fie prezentă o cauză organic cerebral sau consum de alcool sau substanțe psihoactive.

F 22.8 Alte tulburări delirante persistente. Aceasta e o categorie reziduală pentru tulburările delirante persistente ce nu întrunesc criteriile F 22.0. Sunt deliruri însoțite de voci halucinatorii persistente sau simptome schizofrene dar insuficiente pentru a întruni criteriile de Schizofrenie.

F 22.9 Tulburare delirantă persistentă, nespecificată.

F 23 Tulburare psihotică acută și tranzitorie

Cuprinde tulburări psihotice cu debut acut, sub 2 săptămâni, de la primele manifestări la exprimarea completă a simptomelor: deliruri, halucinații, vorbire incoerentă și incomprehensibilă. În unele cazuri debutul poate fi abrupt, în 48 h. Durata e sub 3 luni.

Dacă sunt prezente stări de perplexitate, false identificări sau scădere a atenției, acestea nu se datoresc obnubilării conștiinței condiționată organic.

Nu sunt prezente criteriile pentru episoade maniacal și depresiv. Se exclude condiționarea prin consum de alcool și substanțe psihoactive, suferințe organic cerebrale, dismetabolice.

Dacă debutul e precedat de un stres acut, faptul se notează printr-un cod separat.

- Tulburarea se poate manifesta acut și polimorf, fără simptome schizofrene; simptomele se schimbă rapid, de la ozi la alta, sau chiar de la o oră la alta. Sunt prezente 2 din categoriile de simptome: 1. Tulburare emoțională, caracterizată prin sentimentul intens de fericire sau extaz; sau anxietate și iritabilitate; 2. Perplexitate, false

identificări a locurilor și persoanelor; 3. Motilitate crescută sau scăzută.

- Tulburarea psihotică polimorfă cu simptome de schizofrenie; acestea, dacă sunt prezente, se mențin mai puțin de 1 lună;
- Alte variante ale tulburării psihotice acute, predominant delirante;
- Se acceptă și episoade scurte de psihoză delirantă.

F 24 Tulburarea delirantă indusă

F 25 Tulburarea schizoafectivă. Sunt întrunite criteriile pentru una din tulburările afective, în grad moderat sau sever.

Se întâlnesc criteriile pentru schizofrenie, timp de cel puțin 2 săptămâni.

Tulburarea schizoafectivă e considerată de : tip maniacal, de tip depresiv; de tip mixt.

Patologia psihotică mai e menționată în ICD-10:

În cadrul tulburărilor dispoziționale

F 30.2. Mania cu simptome psihotice. Sunt întrunite criteriile pentru episodul maniacal și sunt prezente deliruri și halucinații, altele decât cele specifice schizofreniei; cele mai frecvente ar fi conținutul: de grandiozitate, autoreferențial, erotic, persecutoriu.

F 32.3 Episod depresiv sever cu simptome psihotice. Sunt prezente simptomele pentru un episod depresiv sever și deliruri sau halucinații altele decât cele tipice pentru schizofrenie; exemple de teme ar fi: vinovăția, hipocondria, autoreferențial, persecutoriu.

F 10 Tulburări mentale induse de substanțe psihoactive, care pot fi însoțite de tulburări psihotice: de tip schizofren, predominant delirante, predominant halucinatorii; predominant poliforme; predominant depresive cu simptome psihotice; predominant maniacale cu simptome psihotice.

## F 00 Tulburări mentale organice

F 06 Alte tulburări mentale datorită suferinței cerebrale și bolilor somatice, cu: 0. Halucinații organice; 1. Catatonie organică; 2. Delir organic; 3. Tulburare dispozițională organică (maniacală, bipolară, depresivă, mixtă).

De menționat că în ICD-10 nu este amintită varianta tematică de delir religios și/sau de posesiune.