

MIRCEA LĂZĂRESCU

The cover features a large iceberg floating in a dark blue sea. The tip of the iceberg is visible above the waterline, while the vast, jagged, and textured underside is submerged, illustrating the concept of the 'iceberg model' of the mind. The text is overlaid on the submerged portion of the iceberg.

**PSIHOPATOLOGIA PSIHOZELOR
ÎN PERSPECTIVA SINELUI
ABORDARE EVOLUTIONIST-FENOMENOLOGICĂ**



EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE

MIRCEA LĂZĂRESCU

CUPRINS

INTRODUCERE	0
CAPITOLUL I	
PSIHOLOGIA, ISTORIA SAȘI CONCEPTUALIZĂRILE	17
1. Psihologia: conceptul și evoluția	17
2. Psihologia și psihopatologia în relație	31
3. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	27
4. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	34
PSIHOPATOLOGIA PSIHOZELOR	
ÎN PERSPECTIVA SINELUI	
ABORDARE EVOLUȚIONIST-FENOMENOLOGICĂ	
CAPITOLUL II	
1. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
2. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
3. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
4. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
5. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
6. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
7. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
8. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
9. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
10. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
CAPITOLUL III	
1. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
2. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
3. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
4. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
5. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
6. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
7. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
8. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
9. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35
10. Psihologia și psihopatologia în perspectivă	35



EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE
București, 2016

Copyright © Editura Academiei Române, 2016.
Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate editurii.

EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE
Calea 13 Septembrie, nr. 13, sector 5
050 711, București, România
Tel.: 4021-318 81 06, 4021-318 81 46
Fax: 4021-318 24 44
E-mail: edacad@ear.ro
Adresa web: www.ear.ro

Referenți științifici: Prof. dr. Constantin BĂLĂCEANU-STOLNICI,
membru de onoare al Academiei Române
Prof. dr. Mihai COCULESCU,
membru corespondent al Academiei Române

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
LĂZĂRESCU, MIRCEA
Psihopatologia psihozelor în perspectiva sinelui: abordare
evoluționist-fenomenologică / Mircea Lăzărescu. – București: Editura
Academiei Române, 2015
ISBN 978-973-27-2602-0

616.895.4
159.974

Redactor: Doina ARGÊȘANU
Tehnoredactor: Andreea CHIȚU
Coperta: Mariana ȘERBĂNESCU

Bun de tipar: 11.04.2016; Format: 16/70×100
Coli de tipar: 23,5
C.Z. pentru biblioteci mari: 616.89:165.4
C.Z. pentru biblioteci mici: 61

CUPRINS

<i>Cuvânt-înainte</i>	9
CAPITOLUL 1	
PSIHOZA, ISTORIA UNUI CONCEPT	17
Constituirea conceptului de psihoză	17
Psihoza și procesul psihopatologic al lui Jaspers.....	23
Psihoza și sistemul DSM	27
Psihoza, doctrina spectrelor și psihopatologia evoluționistă	34
Psihoza, identitatea sinelui și eșecul creației	40
PARTEA I	
PSIHOPATOLOGIA TEMATICĂ A PSIHOZELOR, CENTRATĂ DE DELIR	51
CAPITOLUL 2	
MANIA, DEPRESIA ȘI DRUMUL SPRE PSIHOZĂ	53
Mania și depresia în psihopatologia clinică.....	54
Mania și depresia ca și cazuri robot.....	59
Excurs despre dispoziții în general	62
Depresia și mania ca dispoziții afective anormale.....	67
Decontextualizarea temporală și condiția psihotică a episoadelor maniacale și de depresie majoră	77
Periodicitatea ciclică a tulburărilor dispoziționale.....	81
CAPITOLUL 3	
DELIRUL	87
Delirul până la Jaspers	88
Delirul primar a lui Jaspers și delirul de relație senzitivă a lui Kretschmer	91
Delirurile sistematizate cu tematica somatică și de filiație.....	95
Delirurile dispoziționale congruente.....	101
Delirurile relaționale. Paranoia.....	106
Delirul și xenopatia.....	118
Delirul religios, identitatea de personaj și perspectiva „lumilor multiple”	121
Delirul și dimensiunea narativă a identității persoanei.....	127

CAPITOLUL 4	
TULBURĂRI PERCEPTIVE ÎN PSIHOZE.....	135
Fenomenul perceptiv și halucinațiile	135
Tulburări perceptiv nehalucinatorii în psihoze	138
Halucinațiile vizuale și cele audioverbale	140
Spațiul intern al subiectivității și cel exterior al lumii înconjurătoare. Excurs despre conștiința încorporată și cursul ideativ.....	146
Pseudohalucinațiile	148
CAPITOLUL 5	
DEDUBLAREA PSIHISMULUI ÎN PSIHOZE. STĂRILE DISOCIA- TIVE ȘI OBSESIONALITATEA	155
Tradiția posesiunii de spirite, stările de transă, tulburările disociative și psihoza.....	155
Dedublarea obsesivă a psihismului, posesiunea demoniacă și psihoza	161
CAPITOLUL 6	
PIERDEREA AUTOCONTROLULUI ASUPRA INTIMITĂȚII PSI- HISMULUI. SIMPTOMELE DE PRIM RANG SCHNEIDER ...	171
Simptomele de prim rang Schneider și corelațiile lor psihopatologice	171
Simptomele de prim rang Schneider și tulburările formale de gândire. Scala Bonn și scala EASE	178
Modele cognitive și ale disfuncției cerebrale în interpretarea SPR	181
Un model developmental/cultural de înțelegere fenomenologică a SPR	183
CAPITOLUL 7	
DEPERSONALIZAREA ÎN PSIHOZE. TRANSPERSONALIZAREA....	187
Sindromul depersonalizării. Istoric.....	187
Sindromul de depersonalizare/derealizare standard în raport cu trăirile normale și cu alte sindroame psihopatologice.....	192
Depersonalizarea în perspectiva delirului primar. „Căderea pe orbita psihotică”.....	195
Depersonalizarea în sensul apersonalizării anonimizante.....	208
PARTEA a II-a	
TULBURĂRI FORMALE, NETEMATICE ÎN PSIHOZE.....	215
CAPITOLUL 8	
AUTISMUL, OBSESIONALITATEA ȘI TULBURĂRILE FORMALE, DRUMUL SPRE DEZORGANIZAREA DEFICITARĂ	217
Spectrul autist, funcția mentalizării și cea a coerenței centrale perceptiv	217
Autismul superior. Tulburarea de personalitate schizoidă și dispoziția indiferentă.....	226

Autismul, tulburarea obsesiv-compulsivă și problematica ordonării delimitative a spațiului ambiantal	228
Funcțiile executive și personalitatea obsesională centrată pe acțiune.....	230
„Câmpul acțiunii” și funcția generală a coerenței centrale.....	234
Problema formală a limitelor persoanei și delimitarea în relaționările interpersonale	237

CAPITOLUL 9

DEZORGANIZAREA IDEO-VERBALĂ. PATOLOGIA ORDINII

LOGOSULUI PERSONAL

Dezorganizarea ideo-verbală în limbajul comunicațional și cel cultural	243
Pierderea obiectivului comunicațional.....	247
Tulburări ale cursului gândirii	250
Dezorganizarea logico-semantică.....	252

CAPITOLUL 10

MANIFESTĂRI PSIHOMOTĂRII PSIHOTICE. DE LA DEZORGANIZAREA COMPORTAMENTALĂ LA RITUALURILE MAGICE ȘI CATATONIE.....

Dezorganizarea comportamentală.....	265
Tulburări comportamentale în obsesionalitate și interferența lor cu psihoza	267
Problema catatoniei	270

CAPITOLUL 11

POLUL SIMPTOMATOLOGIEI NEGATIVE A PSIHOZELOR

Polarizarea schizofreniei între un pol pozitiv și unul negativ.....	272
Simptomatologia negativă în schizofrenie.....	274
Abordări fenomenologico-cognitiviste ale schizofreniei negative	276
Apersonalizarea anonimizantă și devitalizantă.....	282

CAPITOLUL 12

PSIHOZA ÎN PERSPECTIVA CLINICII PSIHIATRICE ȘI A ANTROPOLOGIEI CULTURALE

Particularitatea metodologică a depistării și studierii psihozelor	288
Psihoza în contextul practicii medicale și a metodologiei acesteia	289
Direcții de abordare clinică actuală a psihozei	291
Problema expresivității psihotice a tulburării maniacale și depresive și specificitatea psihotică a schizofreniei	298
Psihopatologia psihozelor și perturbarea structurilor funcționale ale psihismului	301

ANEXA I

PARTICULARITĂȚI ALE PSIHISMULUI UMAN, IMPORTANTE

PENTRU STUDIAREA PSIHOZEI 307
Aspecte istorice..... 307
Modelul „câmpului de conștiință” a lui Ey și dezvoltarea sa
dimensională 324
Psihologia evoluționistă, modularitatea psihică și memele 330

ANEXA II

REGISTRUL DE CAZURI PENTRU PSIHOZE DIN TIMIȘOARA..... 336

Bibliografie..... 341
Abstract 357
Contents..... 372

CUVÂNT-ÎNAINTE

Psihoza ca tulburare psihopatologică alienantă, echivalată popular cu nebunia, reprezintă nucleul practicii medicale psihiatrice. Psihiatrul și filozoful existențialist Jaspers susținea într-o carte celebră apărută în urmă cu 100 de ani că, dacă putem înțelege empatic manifestările reactive ale semenilor din cadrul vieții cotidiene, chiar atunci când ele sunt excesiv de anormale, psihoza se manifestă după un nivel de ruptură pe care-l instituie procesul psihopatologic, ducând la trăiri și expresii incompreensibile.

Putem noi, oare, înțelege în prezent ceva mai bine stările psihotice?

Psihiatria, care în secolul XIX s-a alăturat clinicilor medicale, le-a urmat de atunci conștiincios, metodologia dezvoltându-și o proprie semiologie, un sistem nosologico-nosografic, criterii de diagnostic și terapie specifice. S-a impus astfel un model biomedical al tulburărilor psihice, care, prin standardizările introduse în 1980 de către sistemul american de diagnostic și statistică DSM-III, a permis ample cercetări bazate pe evidențe.

Dar, putem reduce, oare, persoana umană și psihismul său la perspectiva biologică? Desigur nu. Psihopatologia se poate menține până la un punct, în cadrul sugestiilor pe care medicina le oferă. Semiologia psihiatrică descrie trăirile omenești – așa cum e depresia, obsesia, suspiciunea – sub formă de simptome și sindroame. Acestea au însă evidente echivalențe în existența naturală a omului, astfel încât perspectiva antropologică planează constant asupra psihopatologiei. La începutul secolului XX psihologul francez Ribot a împrumutat de la Claude Bernard ideea că boala este o experiență instituită de natură și a aplicat-o psihologiei. Pentru a studia funcțiile normale ale memoriei, voinței și personalității, Ribot a explorat perturbările acestor funcții, consacrand câte o monografie fiecăreia dintre ele. Ribot introduce în Franța și principiul jacksonian al structurării evolutive și disoluției patologice a funcțiilor neuropsihice, precum și diferența între simptomele pozitive și negative. La mijlocul secolului XX psihiatrul francez Ey s-a străduit să aplice aceste idei și în psihiatrie. În acest caz „experimentul natural” al bolii psihice ar afecta coordonatele infrastructurale ale psihismului conștient. El a prelucrat și ideea neurologului britanic Jackson care sugera, în urmă cu 150 de ani, că structurile neuropsihice mai recent achiziționate evolutiv sunt complexe dar fragile; iar prin afectarea și deficitul lor, ies la iveală straturi filogenetice mai vechi, simple dar bine consolidate. Manifestările psihopatologice ar avea la bază pe deoparte un deficit al unor funcții superioare, integratoare; iar pe de altă parte astfel s-ar afirma în prim plan structuri funcționale mai simple, care nu erau vizibile, fiind implicate și integrate în manifestările psihice normale. Deficitul psihopatologic restrânge

libertatea persoanei și conectarea sa diferențiată la lumea ambientală, impunând în prim plan modalități psihice parțiale, inferioare, dezimplicate. Mulți psihopatologi din secolul XX care au încercat sinteze în domeniul psihozelor au urmat acest model.

Abordarea menționată mută interesul strict medical pentru psihoză într-o direcție antropologică, interesată de un model integrator și comprehensibil a psihismului persoanei umane și de manifestările sale în viața cotidiană.

Conceptul de psihoză a apărut în psihiatria din secolul XIX, prin polarizare cu cel de nevroză. Termenul de nevroză a avut mai multe semnificații de-a lungul timpului, până ce aproape a dispărut la începutul secolului XXI. În ceea ce privește psihoza, de la început și până în prezent nu s-a formulat o definiție explicită sau operațională, înțelegându-se prin consens că e vorba de cazuri mai grave de aberație psihică, în care subiectul nu înțelege adecvat realitatea și nu se poate conduce rațional; astfel încât trebuie asistat. În cursul secolului XX între psihoze s-au numărat schizofrenia, boala maniaco-depresivă, tulburările delirante scurte și prelungite, catatonie și alte condiții asemănătoare. În lipsa unei circumscrieri clare a conceptului, devine stimulant să se analizeze ce aspecte ale structurii psihice se perturbă și cum se manifestă ele în prim plan, în cursul „experimentului natural” al psihozei. Pentru acesta ar fi necesară o abordare încrucișată, trifocală, care să reunească perspectiva clinicii psihiatrice cu cea a echivalențelor în normalitatea de zi cu zi a trăirilor psihotice, trimițându-le însă și la posibilele modele ale psihismului persoanei umane. Lucrarea de față tentează o astfel de abordare pe baza experienței de peste 50 de ani a autorului.

La începutul anilor '60 clinica psihiatrică și psihopatologia clinică arăta parțial altfel decât în prezent. Deși medicația psihotropă a devenit accesibilă de la început și în România și s-a publicat o consistentă carte în acest domeniu (sub coordonarea prof. V. Predescu), toți psihiatrii din țară au continuat să trateze frecvent schizofrenii cu come de insulină și electroșocuri. În plan internațional au apărut trei monografii privitoare la evoluția pe termen lung a schizofreniei – a lui Bleuer, Ciompi și Huber – care indicau la multe cazuri bune și persistente remisii. Treptat s-au dezvoltat, în Europa și în România, programe de dezinstituționalizare și psihiatrie comunitară; precum și de reabilitare psihosocială pentru psihotici. Doctrinar, existau vagi interpretări psihanalitice, fenomenologice și configuraționiste. În 1983, l-am întâlnit la Congresul Mondial de Psihiatrie de la Viena pe Tatossian, autorul unei sintetice monografii privitoare la fenomenologia psihozelor. În carte erau reunite eforturile celor care, plecând de la filozofia lui Husserl și Heidegger, încercau să găsească o zonă de comprehensibilitate în această patologie. Dar proiectul părea ajuns în punct mort. Tot atunci am luat cunoștință, prin intermediul prof. Berner din Viena preocupat de polidiagnostic în psihoze, de mișcarea configuraționistă ce gravita în jurul școlii din Heidelberg a lui Janzarik și Tellembach, incluzându-l pe Huber din Bonn și alții. Se încerca o sistematizare a conceptului de psihoză endogenă pe baza unui model structural dinamic al psihismului, ce cocheta vag cu fenomenologia. Nici acest proiect nu a avut viitor. În schimb s-a impus sistemul DSM-III bazat pe definiții operaționale și interviuri semistructurate, sistem care în 1983 era

aproape de neînțeles pentru europeni. În schimb, la următorul Congres Mondial de la Atena în 1989, impregnase deja toate cercetările. Acest sistem se declară explicit pragmatic, cu refuzul oricărei doctrine în afară de cea bio-medicală. Astfel, drumul către un plan de comprehensiune în psihoze părea blocat.

În aceste condiții m-am gândit la o documentare directă cât mai consistentă. Pentru aceasta, am înființat, cu sprijinul prof. Wing din Londra, un Registru de cazuri pentru psihoză la Clinica Psihiatrică din Timișoara. În acesta s-au înregistrat până în 2004 peste 1600 de cazuri, care au fost urmărite ambulator prin dispensarizare până în prezent (la bilanțul din 2014, 658 erau în evidență; această cazuistică stă la baza exemplurilor din carte). Pe de altă parte, pe plan internațional, în paralel cu edițiile succesive ale sistemului DSM care a susținut în continuare modelul medical strict, s-au dezvoltat în ultimii 30 de ani și unele orientări doctrinare, care au lărgit perspectiva abordării și înțelegerii cazului clinic de psihoză.

Una din principalele doctrine dezvoltate după 1980 a fost cea care concepea tulburarea psihică, ca rezultând din raportul vulnerabilitate/stres. Ea pledează pentru o perspectivă longitudinală a abordării stărilor psihopatologice care să țină seama, pe lângă posibilele influențe genetice, de cumulul influențelor ambientale ce acționează asupra subiectului de-a lungul ontogenezei și ciclurilor vieții. Se are în vedere interacțiunea acestora cu vulnerabilitatea intrinsecă a persoanei, pe care o poate agrava prin factorii stresanți; sau, o poate ameliora prin cei protectori. Se ajunge, astfel, la perioade de vulnerabilitate crescută, în care stimuli minori pot declanșa manifestări psihotice, aducând la lumină stări psihopatologice subjacente care s-au pregătit în timp. Doctrina a orientat cercetările de genetică, precum și variate studii psihopatologice cum ar fi cele privitoare la evenimentele și schimbările de viață (*life events*), la rețeaua de suport social, la mecanismele de „coping” cu stresul etc. Se evidențiază pe această cale o zonă de continuum între normalitate și stările psihopatologice, inclusiv cele psihotice. Un aspect important l-a constituit articularea doctrinei vulnerabilitate/stres cu psihologia și psihopatologia developmentală; mai ales odată cu lărgirea acesteia spre orizontul ciclurilor vieții în ansamblul lor, de la naștere până la moarte. Abordarea developmentală ține seama de existența subiectului într-un context uman interpersonal proxim și în anumite cadre culturale, permite observarea longitudinală a formelor frustrate de patologie, precursori a stărilor psihopatologice majore; precum și trecerile de la un tip de manifestare la alta. Se studiază în acest context corelația dintre factorii familiari, cei micro-sociologici și culturali pe de o parte; și terenul personologic, așa cum se constituie el în ontogeneză. Prin aceste abordări doctrinare și de cercetare, clinica psihiatrică a ajuns în prezent la viziunea spectrelor maladive, ce se exprimă și în DSM-5 (2013). Cine a asistat la felul în care era înțeleasă psihoza în 1960 și cum e înțeleasă în perioada de după 2010, nu poate decât să afirme că există un evident progres în direcția creșterii comprehensibilității acestei stări de anormalitate. Deci, a nebuniei.

Un alt reper de care psihopatologia psihozelor are nevoie, este cel a unui model al psihismului specific uman. O schiță a acestuia s-a dezvoltat de-a lungul a

peste 2000 de ani, între Aristotel și Kant, în marginea filozofiei. Ultimii 150 de ani de psihologie experimentală au adus și ei unele contribuții factologice, încadrate în doctrine precum: asociaționalismul, comportamentalismul, configuraționismul sau cognitivismul, ultimul bazându-se pe neuroștiințe și studierea inteligențelor artificiale. În secolul XX fenomenologia a cultivat analiza psihismului cu punct de plecare în subiectivitatea conștiință; iar psihanaliza a sprijinit un model al psihismului în care imagoul „celorlalți” (a familiei) este introjectat și întreține din interiorul psihismului un conflict intrapsihic. Acest grupaj doctrinar și faptic l-a avut la dispoziție Ey când, în sinteza sa psihopatologică realizată în jurul anilor '70 ai secolului trecut, a diferențiat două axe ale psihismului: cea a raportării la situația actuală prin „câmpul de conștiință”; și cea de fond, biografico-characterială, a persoanei morale. De atunci, tradiția abordării holiste a specificului psihismului uman tinde să conflueze spre o doctrină a sinelui („self-ul”), care să încorporeze și dimensiunea metacognitivă a psihismului narativ; și să susțină comprehensibil psihologia developmentală și cea evoluționistă.

Psihologia și psihopatologia evoluționistă ar putea să fie în prezent principalul imbold pentru regândirea unui model al sinelui, model care să fie un referențial adecvat pentru manifestările psihotice. Ea s-a dezvoltat în ultimele două decenii în contextul relansării neodarwiniste, stimulată de progresele din genetică, de cumulare a descoperirilor paleontologice; dar și de progresele psihologiei developmentale și cognitive. În acest mediu intelectual s-a impus ideea că evoluția selecționează comportamentele adaptative, care sunt transmise genetic prin potențialități de funcționare modulară a creierului. Schemele înnăscute de cogniție și comportament, care se validează ontogenetic odată cu experiențele perceptive precoce, au fost demonstrate în etologie deja de către Lorenz; și aplicate ulterior la recunoașterea imaginii umane de către sugăr. În aceeași perioadă Chomsky a evidențiat dezvoltarea limbajului la copil pe baza unor structuri cerebrale înnăscute, ce susțin o „gramatică generativă”; iar Fodor a comentat transmiterea evoluționistă a modelelor comportamentale selectate, prin scheme modulare rigide și încapsulate. Varianta unor moduli psihici rigizi, nu se aplică, evident, la om, mai ales în condițiile maternajului prelungit, datorat nașterii sale premature. Totuși s-au acceptat și la psihismul uman scheme modulare, nu doar pentru limbaj, ci și pentru percepția vizuo-spațială, cogniția socială sau capacitatea funcțiilor executive. În perspectiva încadrării psihismului uman în specificitatea autoreproducerii omului cultural, transmiterea biologică genetică a unor predispoziții cerebrale pentru manifestări psihice, se cere înțeleasă diferențiat. Astfel, ar fi important ca psihologia să continue degajarea principalelor funcții de sinteză ce stau la baza manifestărilor psihismului uman, în direcția ce deja s-a dezvoltat prin identificarea unor structuri ca: limbajul, cogniția socială, funcțiile executive, schema corporală, atașamentul, sinele (atât în sens de sine minimal „încorporat” cât și de identitate biografico-characterială). Invocarea unor astfel de structuri psihocerebrale este făcută de-a lungul întregii acestei lucrări cu accent pe instanța „metareprezentatională”, derivată din cea cognitivă, specifică psihismului

uman. O instanță metareprezentatională ar introduce o a treia dimensiune în modelul structural al psihismului, pe lângă cele două imaginate mai demult de Ey. Problema e abordată mai detaliat în Anexa I.

O importanță deosebită a doctrinei evoluționiste pentru psihismul uman o reprezintă provocarea „memelor”. Lumea vieții, din care fac parte și mamiferele superioare ce precedă evoluționist poziția omului în ierarhia biologică, se definește printr-o autoreproductivitate expansivă, ce se realizează prin intermediul indivizilor, speciilor și diverselor alte clase ierarhice. La baza acestei autoreproductivități stau genele, ce păstrează și transmit informativ câștigurile, noutățile ce se realizează prin selecția naturală și sexuală; precum și alte strategii identificabile în natură. Dawkins a sugerat că și în lumea culturii umane ar trebui să existe ceva asemănător: o instanță bazală relativ delimitată, cuprinsă într-o structură ce se integrează într-un proces autoreproductiv expansiv, similar evoluției biologice. El a numit această instanță ipotetică „meme”.

Privind din perspectiva ipoteticelor meme, psihismul persoanei apare evident, doar ca un element al unei structuri supraindividuale. Perspectiva trimite de la început orice abordare psihologică spre înțelegerea persoanei conștiente ca integrată firesc și definitoriu în ansambluri ce-i sunt complementare și parțial supraordonate. Psihanaliza a intuit această direcție circumscriind psihismul individual ca dimensionat interior prin imaginile introjectate a personajelor familiei. Din altă perspectivă, fenomenologia ultimelor decenii se bazează pe cvasi-axioma „intersubiectivității intercorporeale”, propusă de Husserl și Merleau-Ponty. Abordarea are o aplicație directă în psihologia developmentală care pleacă de la diada mamă-sugar; și are în vedere în mod continuu sistemul familiar, cel educativ și cel al rețelei proxime. Acest complex, inserat într-o locuință, într-o comunitate, într-un sistem educativ și deci într-o cultură, sugerează, ce e drept vag, o apropiere de ipoteticul concept de meme. Desigur, nu trebuie ignorată imersia tuturor acestor elemente în atmosfera limbajului și înțelegerea educației ca o practică instituțională ordonată de norme, precum și înrădăcinarea fiecărui subiect, a fiecărei persoane, în corporalitatea sa biologică.

Trimiterea la corporalitate reamintește faptul că psihismul este la origine – vorba lui Aristotel – o caracteristică biologică. Dimensiunea specific umană a psihismului se deschide deasupra structurilor biologice ale acestuia, fiind configurată de parametri ce susțin conștiința subiectivă și pe cea morală.

Problematika psihozei nu poate avea ca referențial decât un astfel de psihism multidimensional.

Dacă revenim la ideea că tulburarea psihică – deci și psihoza – poate fi considerată un experiment natural care dezvăluie infrastructura psihismului conștient, atunci am putea trece în revistă și comenta simptomatologia psihozelor ca exprimarea aberantă, în contexte deficitare, a unor modalități psihice care în normalitate, în viața cotidiană, sunt adaptative și firești. O astfel de punere a problemei nu era posibilă în anii '60, '70, cu toată deschiderea jaspersiană spre reacțiile comprehensibile anormale.

Exemplul cel mai la îndemână, funcțional și pentru modelul lui Jaspers, e depresia. Tristețea este un mod de trăire natural și frecvent, mai ales în urma pierderilor. Iar depresia de doliu, care e ritualizată social, poate avea o intensitate anormală la unele persoane. Dar de ce e oare omul trist dacă a pierdut ceva sau pe cineva important pentru el? La această întrebare, tradiția jaspersiană are ca răspuns doar faptul că: „așa e natura umană”. Psihologia evoluționistă susține însă că modalitatea de manifestare de tip depresiv e o atitudine, o strategie de tip adaptativ. După o înfrângere, după un eșec, după o pierdere, individul are nevoie să se retragă un timp în condiții inhibate de funcționare minimă, pentru a se reface. E vorba de a reface energiile, de a analiza motivele ce au dus la eșec, de a se reorganiza interior, de a reface capacitățile și disponibilitățile, în vederea angajării în noi relații și proiecte. Echivalentele în lumea animală a comportamentului depresiv ale omului sunt desigur mult mai simple. Ele există însă, și psihopatologi angrenați în această direcție au comentat mai multe situații, ca de exemplu hibernarea, retragerea animalului rănit, sumisiunea în fața unui agresor etc. Pentru situația depresiei umane nu trebuie totuși ignorat că doliul, care este paradigmatic pentru această stare, fiind ritualizat, implică comunitatea și zeii. Deci, și dimensiuni socio-culturale suprapersonale.

Aceleași aspecte se evidențiază dacă se abordează din perspectivă evoluționistă starea maniacală. Este evident că o dezinhibiție cu amplificarea energiei, reducerea nevoii de somn, lipsa oboselii, creșterea încrederii în sine, decizie rapidă, dezinhibiția asociațiilor de idei, îndrăzneală și sociabilitate amplificată – deci condițiile stării hipomaniacale – potențează randamentul în orice domeniu, fiind adaptativă. Chiar și stările de creație au multe elemente similare celor hipomaniacale. Apoi, dacă rezultatul efortului de realizare – prin muncă, prin luptă – este pozitiv, atât pentru individ cât și pentru colectivitate, urmează sărbătoarea. Iar modul de manifestare a oamenilor în timpul sărbătorilor dezlănțuite de tip carnavalesc, se apropie foarte mult de caracteristicile manifestărilor maniacale ușoare.

Stări adaptative psihosociale cum sunt cele ale retragerii inhibate sau ale dezinhibiției expansive, fiind adaptative și frecvente, au desigur structuri funcționale psihocerebrale ce le susțin; și care se activează comprehensiv în împrejurările corespunzătoare. Psihopatologia apare atunci când astfel de structuri de tip (cvasi)-modular, se constituie ca blocuri dediferențiate; și se manifestă în prim plan la solicitări minime, capturând întreaga viață psihică, ce devine nereceptivă la alte probleme, decontextualizată.

Un comentariu similar poate fi făcut și în legătură cu preocupările de suspiciune, gelozie, cele legate de aspectul corporal, de boală ș.a.m.d., care toate sunt firești și adaptative. Conform modelului deja menționat, psihopatologia s-ar manifesta dacă ele se desimplică din condiția lor funcțională, trec în prim plan și limitează manifestarea adaptativă, multifacetată a subiectului la situație.

Exemplele menționate mai sus indică opțiunea autorului pentru o înțelegere lărgită a psihologiei evoluționiste, extinsă și la perioada mai recentă, culturală, a antropogenezei. Care să cuprindă apoi și epocile istorice, când omul a trecut la

limbajul scris și a venerat în mod ritualic ființe transcendente, invocând mituri și cultivând instanța metareprezentatională a narativității. În orizontul unei astfel de înțelegeri, „experimentul natural” al psihozelor poate contribui la o mai bună înțelegere a psihismului specific uman.

Lucrarea de față are drept suport o cercetare sistematică a psihozelor în ultimii 30 de ani, pe baza Registrului de cazuri menționat, precum și urmărirea mișcării psihiatrice și psihopatologice internaționale din ultimele decenii. În această perioadă autorul a publicat mai multe cercetări, monografiile și cărți de sinteză în domeniul psihopatologiei. Între ultimele menționez: *Introducere în psihopatologia antropologică* (1989), *Psihopatologie clinică* (1994), *Bazele psihopatologiei clinice* (2010), *Ce e tulburarea mentală?* (2014). Se adaugă preocupările în domeniul antropologiei culturale, filozofice prin lucrări ca: *Eseu despre ființele intermediare* (1992), *Despre sărbători, grădini și logos* (2004), precum și monografiile, scrise unele în colaborare: *Patologia obsesivă* (1973, 2009), *Tulburările de personalitate* (2007), *Schizofrenia și tulburările de spectru* (2012). Un schimb fructuos de idei s-a menținut prin dezbaterile grupului de studii psihopatologice al Asociației Europene de Psihiatrie ce au loc anual la Paris. Cu această ocazie, mulțumesc, pentru schimburile de idei lui Michael Musalek, Femy Oyeboode, Petro Varandas, John Cutting, Maria Luisa Figueira, Gilberto di Petta, Giovanni Stangellini, Thomas Fucs, Andreea Raballo.

Cartea **Psihopatologia psihozelor în perspectiva sinelui**, deși se referă în permanență la cercetări și sinteze clinice, nu intenționează să fie o monografie care doar expune bilanțul actual al cercetărilor psihiatrice în aria psihozelor. Ea urmărește, pornind de la tradiția psihopatologiei clinice, principalele coordonate simptomatologice – menționate în caracterizarea „ostensivă” a psihozei în DSM-5 – din perspectiva psihopatologiei evoluționiste, înțeleasă în sensul menționat mai sus. Adică dimensionată prin existența omului cultural. Faptul face ca abordarea să fie orientată și fenomenologic; adică, să țină cont în permanență de perspectiva subiectivă a trăirilor, specifice psihismului omenesc, centrat de un „sine” reflexiv.

Unul din obiectivele cărții derivă din ideile menționate deja în acest „Cuvânt-înainte”: studierea faptului cum starea psihopatologică, ca un experiment natural, evidențiază infrastructura psihismului conștient. Necesitatea pentru psihopatologie a unui model al psihismului persoanei conștiente este evidentă. Pe baza datelor ce s-au acumulat în ultima perioadă, la nivelul interferenței dintre evoluționism, cultură și fenomenologie, precum și pe baza provocărilor psihopatologice, sunt propuse câteva scheme orientative în Anexa I. Lectura capitolelor cărții presupune consultarea acestuia. Anexa II prezintă un scurt rezumat al experienței noastre cu Registrul de cazuri pentru psihoze. Marile sindroame psihotice sunt prezentate în două secțiuni, urmând sugestia lui Jaspers a diferențierii în psihologie și în psihopatologie între aspectul tematic, de conținut și cel formal.

În text sunt folosite scheme, scurte sinteze problematice și trimiteri cazuistice plasate în chenare. Cazurile sunt prezentate strict pentru exemplificare, fără o analiză cazuistică detaliată. Bibliografia e notată prin numele autorilor și anul de apariție. Cărțile traduse sunt menționate în versiunea română. Majoritatea

trimiterilor bibliografice se află în notele ce însoțesc capitolele, note scrise pentru a comenta unele aspecte speciale ale problemelor abordate, fără a întrerupe continuitatea textului.

Intenția de bază a cărții este de a încerca o amplificare a comprehensibilității psihozelor, în raport cu un model de referință al psihismului uman, înțeles în ansamblu, ca centrat pe sine. Precum și de a sugera dezvoltarea unor modele comprehensive pentru stările psihopatologice. Modele din care ar putea deriva ipoteze testabile.

Credem că ne plasăm într-o direcție spre care se orientează realmente psihopatologia actuală, ce reia modelul medical într-o perspectivă larg antropologică.

Întrebarea esențială, cea cu privire nu doar la locusul în care se produce „căderea pe orbita psihotică”, ci la însăși condiționarea acestei căderi, rămâne o întrebare deschisă. Ea este schițată la sfârșitul Capitolului 1 (nota 13). Dar credem că aceasta nu necesită un răspuns univoc. Tocmai înțelegerea problemei ca pluricondiționată, biologic și antropologic, s-ar putea să contribuie la progrese în acest domeniu.

Finalizarea acestei lucrări nu ar fi fost cu puțință fără sprijinul și implicarea permanentă al doamnei Jeni Blajovan, care s-a preocupat de redactarea lucrărilor mele de-a lungul multor ani, menținând constant și Registrul nostru de cazuri. Îi mulțumesc cu această ocazie. Mulțumesc, de asemenea, Dr. Ion Papavă și doamnei Marinela Hurmuz pentru observațiile făcute, d-rei dr. Andreea Cârstea pentru sprijinul acordat în tehnoredactare și pentru susținerea logistică doamnelor Corina Grünfeld și Roxana Mihalcea.

Mircea Lăzărescu

CAPITOLUL 1

PSIHOZA, ISTORIA UNUI CONCEPT

Conceptul de psihoză a apărut în psihopatologia clinică în secolul XIX, în primul rând pentru a înlocui termenul tradițional de nevroză. Acesta, pune inițial accent pe patologia sistemului nervos mai mult decât pe psihism. Tot în acel secol s-au impus conceptele de halucinație și cel de delir, care au devenit sindroamele centrale ale psihozei. La începutul secolului XX când Kraepelin a pus bazele sistemicii nosologice psihiatrice, tulburările psihotice erau considerate ca putând fi determinate organic cerebral sau endogen. Principalele două psihoze endogene din sistematica kraepeliană au fost schizofrenia și boala maniaco-depresivă. Jaspers, prin psihopatologia sa, subliniază că psihoza – în primul rând delirul schizofren – se instalează într-o modalitate „primară”, ce duce la o stare incomprehensibilă. Spre deosebire de acestea, „stările deliroide” ar deriva din tulburări psihice prealabile sau dintr-o constituție morbidă ce e supusă unui cumul de stresori. Sistemul DSM III (1980) introduce definiții operaționale și are în vedere psihoza doar ca o etichetare adjectivală a unor sindroame, ca delirul, halucinațiile, dezorganizarea verbală și comportamentală (inclusiv catatonie). La acestea, DSM-5 (2013) adaugă simptomatologia negativă. În ultimele două decenii au atras atenția formele clinice mai ușoare ale sindroamelor psihotice și continuumul acestora cu normalitatea, fapt ce a impus ideea spectrelor malade. Dezvoltarea doctrinei psihologiei evoluționiste a ridicat problema unei vulnerabilități a creierului uman, datorată dezvoltării sale filogenetice rapide în anumite perioade importante ale antropogenezei (câștigarea limbajului articulat și a creierului social), care ar putea să-l facă sensibil la tulburări de tip psihotic. Dezvoltarea psihologiei sinelui și tradiția culturii occidentale din ultimele două mii de ani, încadrează problema psihozei nu doar din punctul de vedere al medicinei psihiatrice ci și din perspectiva antropologică.

CONSTITUIREA CONCEPTULUI DE PSIHOZĂ

Termenul de psihoză a apărut în medicina psihiatrică către mijlocul secolului XIX. Dar trăiri și manifestări de tipul celor etichetate ulterior ca psihotice erau cunoscute, atestate și interpretate de peste 2 500 ani. Astfel, mania și melancolia au fost descrise în antichitatea greco-romană de către medicina hipocratico-galenică cu manifestări pe care azi nu am ezita să le calificăm psihotice. Areteus din Cappadocia (81–138 d.I.) descria mania astfel:

„Unii pacienți cu manie sunt bine dispuși – ei râd, joacă, dansează ziua și noaptea și se plimbă tacticos prin piață cu o ghirlandă pusă pe cap, ca și cum ar fi fost învingători la vreun joc; acești pacienți nu îi deranjează pe alții. Dar alții devin furioși, manifestările lor ajungând lipsite de măsură. Unii maniacali care sunt inteligenți și bine educați se apucă să vorbească de astronomie deși nu au studiat niciodată filosofia sau se consideră poeți serviți de muze”. (Nota 1).

Manifestările psihotice ale maniei și melancoliei erau de pe atunci identificate nu doar de către medici ci și de oamenii obișnuiți, care puteau constata

în cursul vieții lor de zi cu zi comportamente aberante. Astfel, e cazul celebrului luptător de la Troia, Ajax, pe care-l descrie Sofocle, în piesa cu același nume.

Ajax, supărat la culme că juriul nu i-a acordat lui armele lui Achile ci lui Ulise, înnebunește, dezvoltând o formă furioasă de manie, în cursul căreia se dezlănțuie intenționând să taie cu sabia pe toți adversarii ce l-au neîndreptățit. Dar delirul său maniacoal este halucinator și el confundă dușmanii cu o turmă de oi pe care o măcelărește. Când își revine se rușinează așa de tare de cele făcute încât se sinucide.

Melancolia și mania la fel ca și hysteria au fost concepte pe care cultura Europei renascentiste le-a folosit în continuarea antichității, adăugând sensuri noi celor antice, atât formelor grave psihotice cât și celor temperamentale. Melancolicul, înțeles ca temperament saturnian capătă în Renaștere eticheta de înțelept iar hipomaniacul pe cea de bufon. Se consolidează astfel impresia antică privitoare la variantele de mică intensitate, temperamentale, ale acestor tulburări psihice, fapt valabil și în zilele noastre. Ulterior aceste antice tulburări psihice au străbătut veacurile, până în zilele noastre. Dacă considerăm, împreună cu Foucault (**Nota 2**) că Renașterea, cultivând imaginarul, a avut o anumită toleranță față de nebunie, Europa Secolului Luminiilor care i-a urmat, marcată de raționalismul său ordonator, s-a delimitat față de acești oameni care-și pierd rațiunea, închizându-i în marile câmpuri de concentrare în care erau masați toți cei ce nu se înregimentau în noile rigori ale ordinii. Pe tot acest parcurs nebunia psihotică, lipsită de rațiune cum era, a prezentat pentru medicină doar un interes marginal. Dar ea nu a încetat să-i preocupe pe gânditori, ca aspect aparte al condiției umane.

Chiar la începuturile modernității Europei, Descartes (2004) (**Chenar 1, Nota 3**) căutând un criteriu pentru temeiul adevărului, se vede nevoit să treacă în revistă cu grijă argumentele îndoielii sceptice asupra valabilității fenomenelor lumii ce o receptăm. Și filosoful își începe argumentarea susținând că pentru toată lumea apare evident și nu poate nega că propriile mâini și picioare sunt ale sale... „căci dacă am nega această evidență am fi ca acei nebuni a căror creier e așa de întunecat de aburul negru al bilei încât se cred regi când de fapt sunt oameni sărmani”. Totuși, eventualitatea acestei înșelări a rațiunii e reținută ca posibilă, alături de cea a somnului și de altele. Continuându-și demersul argumentativ, Descartes ajunge la concluzia finală: singurul lucru de care nu se poate îndoii omul ce meditează speculativ asupra temeiurilor, e însuși faptul că se îndoiește, deci cugetă: „Dubito ergo cogito. Cogito ergo sum”. Și astfel, nebunia, ca ipostază a existenței omenești, se dovedește a nu putea fi evitată în cel mai profund raționament de întemeiere filozofică.

În continuarea acestui interes al gânditorilor pentru nebunie, se poate menționa că, atunci când filozofia modernității își atinge maturitatea, Kant (2001), după ce redactează cele trei celebre Critici ale sale, își încheie cariera publicând o Antropologie care e dedicată în mare măsură tulburării mentale, pe care azi am numi-o psihotică. Iar după Kant, Idealismul german ce răscolește în profunzimi gândirea filozofică a Europei își găsește apogeul în Hegel, care scria în **Prelegeri de istoria filosofiei**:

Descartes și Kant despre psihoză

René Descartes: Meditații despre filosofia primă (1640)

Întâia meditație. Despre cele ce pot fi puse la îndoială

„...Dar, poate, deși câteodată simțurile ne înșală cu privire la unele lucruri neînsemnate și mai îndepărtate, sunt multe altele despre care nu ne putem defel îndoi, chiar dacă sunt scoase tot din simțuri: cum e faptul că mă aflu aici, că stau lângă foc, că sunt îmbrăcat cu o haină de iarnă, că am în mâini manuscrisul acesta – și altele asemănătoare. Și în ce fel oare s-ar putea tăgădui că mâinile aceste și întreg corpul de față sunt ale mele. Doar dacă, poate, nu m-aș asemui cu nu știu care nebuni, ale căror creiere sunt atât de tulburate de aburul apăsător al fierei cele negre, încât ei afirmă neconștient fie că sunt regi, când de fapt sunt cât se poate de săraci, fie că sunt înveșmântați în purpură când de fapt sunt goi, fie că au corpul de argilă, că toată ființa lor e un dovleac, ori că sunt alcătuiți din sticlă; dar aceștia sunt smintiți, iar eu însumi n-aș părea mai puțin nebun dacă aș lua vreo pildă de la ei”.

Immanuel Kant: „Despre slăbiciunile și bolile sufletului cu privire la facultățile de cunoaștere”. Capitolul face parte din lucrarea „Antropologie din perspectiva pragmatică” (1789). Partea întâi: Didactica antropologică, Capitolul întâi: Despre facultatea de cunoaștere (Capitolul doi tratează despre sentimentul de plăcere și neplăcere, iar Capitolul trei Despre facultatea dorinței).

Abordând în paragraful C, Bolile sufletului, Kant face o primă diviziune între boala mentală (hipocondrie) și tulburarea sufletului (manie). Autorul scrie ulterior și despre: raptus, melancolie, vorbirea confuză (delirium), amentia (nebulie), demență, insania (iraționalitate), vesania (absurditatea rațiunii). Kant acceptă o cauzalitate ereditară și comentează critic psihogenia, de exemplu formulări de tipul: „din iubire a înnebunit”, „datorită orgoliului s-a alienat”, „el a întrecut măsura cu învățătura”. Este de acord că „unicul semn distinctiv general al alienării este pierderea simțului comun” (*sensus communis*) în locul căruia apare simțul propriu (*sensus privatus*).

„Crima și demența sunt extreme pe care spiritul omenesc în general le are de învins în cursul dezvoltării sale ... sunt o treaptă esențială în dezvoltarea sufletului ...”.

Hegel vorbește despre demență deoarece pe vremea sa conceptul de psihoză nu fusese formulat. El anunță astfel o teză ce va fi esențială pentru psihopatologia ce urma să ia ființă. Și anume, o idee care în prezent ar putea fi formulată într-o manieră dezvoltată astfel:

Dezvoltarea normală a psihismului preia sub control, ordonând trăiri și manifestări care, în lipsa acestei sinteze integratoare se pot exprima ca fenomene psihopatologice. Tulburarea mentală derivă, printr-un deficit disfuncțional, din structura constitutivă a ființei umane; și deci e potențială în oricine. Ea nu vine din afară, ca o infecție, ca o posesiune demoniacă sau ca un accident care îți lezează un organ. Manifestarea efectivă a tulburării mentale, inclusiv în cazul psihozelor, se bazează pe des-implicarea unor instanțe constitutive care nu se mai mențin la locul lor, integrate armonice în ansamblul psihismului; ci, în urma unui deficit psihic, ce e multiplu condiționat și vizează variate structuri psihice, astfel de instanțe desimplicate și necontrolate se manifestă într-o modalitate simplificată, rigidă și persistentă; ele acaparează funcționarea psihismului individual pe care îl decontextualizează dezadaptativ. E vorba de structuri și

instanțe psihice care, dacă sunt corespunzător integrate, participă eficient la normalitatea adaptativă și creatoare a existenței persoanei. Starea psihopatologică poate fi considerată un „experiment natural” care dezvăluie infrastructura psihismului conștient în mod mai explicit decât cazul creatorului, unde instanța psihică e acoperită de materialul cultural al creației. Prin aceasta, psihopatologia are valoarea unui document antropologic.

În secolul XX, ultimul mare psihiatru care a încercat să susțină această teză a fost Henry Ey (Nota 4), înainte de apariția DSM III în 1980. Întreaga lucrare de față va încerca să argumenteze această idee în aria psihopatologică a psihozelor.

Orientându-ne acum asupra aspectului propriu-zis medical al tulburării mentale, acesta se impune în secolul XIX, odată cu constituirea azilelor de bolnavi neuropsihici. Este clasică imaginea psihiatrului francez Pinel care rupe lanțurile cu care erau legați nebunii furioși încarcerati, pentru a nu deranja și periclita viața celorlalți pensionari a acestor câmpuri de concentrare. Esențial e faptul că, la începutul acestui secol al XIX-lea, psihiatria este acceptată oficial ca o specialitate medicală. Oficializare ce o obține explicit în aceeași perioadă și chirurgia. Odată cu aceasta se adoptă și metodele medicale de observare, descriere, diagnosticare, etichetare, definire și clasificare a unor boli psihice. Se naște și se dezvoltă astfel pe parcursul unui secol, semiologia și nosologia psihiatrică, bazate pe studierea simptomatologiei cazuisticii azilare. Psihopatologia descriptivă și-a impus astfel, începând în secolul XIX, propriul său limbaj conceptual (Nota 5). Semnele și simptomele bolilor psihiatriei se refereau, desigur la trăiri și manifestări comportamentale aparte, neobișuite, ale psihismului persoanei umane. Ordonarea acestora, era făcută în acea vreme de doctrina „facultăților” psihice, care s-a impus la începutul veacului. Se aveau în vedere trei facultăți principale: cea de cunoaștere, cea a voinței și cea emotiv afectivă. Tema psihozei apare în limbajul semiologic al psihiatriei în acest context.

Termenul de psihoză a fost introdus de către Constatt (1841) și Feuchtersleben (1845) (după Bürgy 2008; Shoter, 2005). Autorii intenționau ca prin această expresie să înlocuiască conceptul de „nevroză” care a fost lansat în 1777 de către Cullen. Expresia de psihoză a ajuns treptat să fie sinonimă cu ceea ce popular se înțelege prin nebunie. Nevroza lui Cullen desemna inițial patologia bazată pe suferința creierului, deci neuropsihiatria. Eticheta de nevroză includea astfel și epilepsia, coreea și alte boli neurologice. Feuchtersleben intenționa să lanseze un termen generic specific patologiei psihiatrice, care afectează sufletul. Suntem într-o perioadă în care sufletul, psihismul, era considerat, în perspectivă carteziană, ca distinct de corpul biologic („animalele sunt automate care nu au suflet” susținea Descartes). Perspectivă care e diferită de cea a antichității, bazată pe psihologia lui Aristotel în care, sufletul este propriu și plantelor și animalelor, la om el fiind redimensionat prin rațiune. Deci, conludea psihiatrul vienez, nu orice nevroză este și o psihoză.

O parte din tulburările psihice care au ajuns de-a lungul timpului să aibă legătură cu conceptul de psihoză fuseseră descrise și etichetate înainte de apariția acestui termen. Expresii ca delirul, paranoia, demența, preced secolul XIX; dar capătă acum noi accepțiuni. Pe parcursul acestuia s-au descris și conceptualizat halucinațiile, hebefrenia, catatonia, diverse manifestări anxios-fobice și obsesiv-compulsive, precum și altele. Toate aceste concepte s-au precizat treptat prin conotații, descrieri

clinice și definiții. Delirul halucinator paranoiac, se impune ca o boală distinctă de manie și depresie, ultima expresie înlocuind-o treptat pe cea de melancolie. Iar demența e diferențiată în funcție de vârsta de instalare, condiționare etiopatogenică și evoluție. Astfel, demența delirant megalomană din sifilisul cerebral – din „paralizia generală progresivă” – este diferită de „demența precoce” a lui Krapelin și de demența senilă. Secolul XX adaugă acestor concepte schizofrenia, autismul și altele. În această dinamică de cunoaștere și conceptualizare, psihoza nu a beneficiat nicicând de o definiție riguroasă. Oricum, secolul XX găsește psihiatria dispusă să eticheteze drept psihoză cazurile de patologie psihiatrică pronunțată ce afectează predominant funcțiile cognitive, și care necesitau instituționalizare în azile.

La începutul secolului al XX-lea, se reactivează însă și conceptul de nevroză, înțeles acum ca „psihonevroză”. Deja la sfârșitul secolului XIX s-a afirmat prin americanul Beard, noțiunea de nevroză astenică – sau neurastenie – desemnând o tulburare neazilară fără perturbarea importantă a „înțelegerii realității” și care se manifesta printr-o oboseală pronunțată însoțită de variate acuze somatice subiective. Cauza invocată era epuizarea sistemului nervos prin efort persistent, exagerat condiționat de viața competitivă din America acelei vremi. Conceptul de neurastenie a fost însă contracarat la începutul secolului XX de cel de „psihastenienie”, propus de Janet (1903), la baza căruia ar sta, după autor, o perturbare a tensiunii psihice motivaționale. Psihastenia era centrată pe o simptomatologie similară cu cea a neurasteniei dar și cu manifestări obsesiv impulsive, fobice, de indecizie abulic scrupuloasă și derealizare depersonalizare. Impunerea propriu-zisă a noțiunii de psihonevroză se datorează însă doctrinei psihanalitice, dezvoltată de Freud, în această perioadă de creștere a cauzisticii neazilare și a interesului pentru psihoterapie.

Psihanaliza a propus interpretarea unor suferințe psihice – din clasa celor hysterice, anxios fobice, obsesiv-compulsive – ca rezultând dintr-un conflict intrapsihic inconștient dintre pulsuni și instanța de reprimare a supraeului. Acest scenariu conflictual ar rezulta dintr-o distorsiune a ontogenezei psihice, în cursul căreia copilul interacționează strâns psihologic cu părinții, în atmosfera intimității familiale, asimilând imagoul acestora și problemele relaționale trăite sau imaginate „fantasmatic”. Rezultă persoane vulnerabile care, în anumite împrejurări, ajung să regreseze spre faze infantile ale personogenezei, reactivând conflicte intrapsihice generatoare de anxietate. Diverse mecanisme psihologice „de apărare ale eu-lui”, elaborează simptomele nevrotice pentru a evita anxietatea. În acest scenariu etiopatogenic, disfuncția cerebrală propriu-zisă este pusă între paranteze; conceptul de psihoză nu e utilizat, iar tratamentul recomandat este o cură psihoterapeutică analitică aparte.

Conceptul de nevroză s-a răspândit mult în secolul XX pe măsură ce s-au acceptat în nosologia psihiatrică și reacțiile comprehensibile anormale ale lui Jaspers, și s-a studiat mai insistent rolul factorilor psihosociali și de personalitate în etiopatogenia unor tulburări psihice. Polaritatea nevroză/psihoză aproape s-a generalizat în sistematica psihiatrică. Prin psihoză s-au înțeles de obicei cazuri mai grave, care necesitau internarea, deoarece subiectul nu înțelegea destul de clar realitatea și situația sa. Adică, era lipsit de „insight”, având astfel nevoie de îngrijire. Gravitatea dezadaptării și simptomatologiei precum și deficitul în înțelegerea, în

„testarea” realității, – inclusiv a propriei stări de boală, – au devenit două elemente importante. Aceasta și deoarece aspectul etiopatogenetic al acestora era neclar. Bönhofffer a comentat „psihozele exogene”, determinate în mod evident de o suferință cerebrală sau de una somatică generală, care afectează funcționalitatea creierului. Mult timp psihozele epileptice au constituit un capitol important al psihiatriei, delirul având în aceste cazuri specificitatea de a se centra pe o tematică mistică sau cosmică. În alcoolism, tematica delirantă cea mai frecventă era considerată gelozia și paranoia. Apoi, în secolul XX, Biemel a descris psihozele reactive, ce apar după evenimente psihotraumatizante puternice. Acest concept a avut un mare răsunet în școala scandinavă de psihiatrie. În tot acest timp nu au încetat să fie diagnosticate „psihozele isterice”. Între condiționarea evident somatic cerebrală și cea psihoreactivă și de personalitate, locul central în clinica psihiatrică era ocupat de „psihozele endogene”, concept introdus de Mobius în 1875 (Bürge, 2008) pentru a caracteriza paranoia, mania, melancolia și histeria. Ulterior Kraepelin și Bleuler au subdivizat psihozele endogene în schizofrenie și boala maniaco-depresivă. Acestora li s-a adăugat tulburarea schizoafectivă comentată de Kasanin (1933). Alături de acestea, în grupul psihozelor endogene mai erau incluse cele delirante: paranoia, parafrenia, delirul halucinator cronic, „bufeurile delirante” scurte, și catatonie periodică; ulterior, psihozele cicloide comentate în tradiția lui Kleist-Leonhard (Leonhard, 1979), (**Chenar 2**).

Chenar 2

Psihiozele în prima jumătate a secolului XX

Psihioze reactive

ps. reactive ale autorilor scandinavi

ps. hysterice
pseudologia fantastică
ps. de detenție
sd. Ganser, delir de grațiere

depresia (psihotică) reactivă

psihoza de spaimă din mediu nefamiliar

Psihioze endogene

schizofrenia: paranoidă
catatonă, dezorganizantă autistă, simplă

boala maniaco-depresivă

tb. schizoafectivă

tb. delirantă persistentă
paranoia nehalucinatorie/
halucinatorie
parafrenia

t. delirantă scurtă (Bufeu delirant)

psihioze cicloide (Kleist-Leonhard)

catatonie periodică

Psihioze exogene

ps. în suferințe organice cerebrale

ps. în demențe

psihoza epileptică

ps. în boli somatice care afectează creierul

ps. după consum de substanțe psihoactive

ps. alcoolică

catatonie febrilă

Prototipul psihozelor endogene a început să fie considerată schizofrenia; astfel încât, Grüle putea scrie în 1932 în tratatul lui Bumke (după Shorter, 2005) că „schizofrenia rămâne în prezent centrul tulburării mentale” (al psihozelor endogene). Aceasta era situația clinicii psihiatrice până la apariția în 1980 a sistemului american de diagnostic și clasificare DSM III. Cu tot limbajul comun și consensul psihiatrilor din acea vreme, nu a existat însă o clarificare conceptuală riguroasă sau o definiție explicită a psihozelor; și nici instrumente de evaluare psihică standardizată sau elaborări explicite consensuale, care să stabilească ce ar urma să se înțeleagă prin nevroză, psihoză și condiționare endogenă, în afara opțiunilor partizane a unor școli doctrinale.

PSIHOZA ȘI PROCESUL PSIHOPATOLOGIC AL LUI JASPERS

În această istorie a conceptului de psihoză, un moment esențial îl constituie elaborările de psihopatologie clinică din cartea „Psihopatologie generală” a lui Jaspers apărută în 1913 care diferențiază între: reacție, dezvoltare, proces, episod și defect psihic (**Nota 6**).

Jaspers a susținut că psihopatologia trebuie să accepte reacțiile comprehensibile anormale. Omul reacționează la evenimentele care îl afectează. Semnificația acestor evenimente are un rol causal. Trăirea pierderii unei persoane apropiate determină tristețe, atitudinea ostilă a altora, suspiciune, un pericol iminent condiționează spaimă, o frustrare, resentiment. Noi înțelegem aceste reacții. Ele ne sunt comprehensibile, în primul rând prin empatie, prin transpunerea în sufletul altuia. Și le înțelegem deoarece fiecare dintre noi oamenii, am fi reacționat la fel în astfel de împrejurări. De asemenea, reconstituirea biografică a existenței altui om, ne relevă existența unor conexiuni semnificative între evenimentele pe care le-a trăit, astfel încât starea sa sufletească prezentă poate să devină transparentă pentru noi prin geneza ei biografică. Reacțiile la semnificația evenimentelor pot fi uneori exagerate, mai intense și mai prelungite decât de obicei. Așa se petrec lucrurile în unele cazuri de doliu sau spaimă. Dar ele rămân comprehensibile. La fel sunt și trăirile reactive prelungite, persistente, ce se organizează în jurul unei teme prevalente, cum ar fi gelozia justificată sau lupta pentru repararea unei nedreptăți reale. Deși aceste dezvoltări anormale ale personalității se pot baza în mare măsură pe predispoziții, pe particularități sau vulnerabilități ale personalității care preced situațiile reactogene, modificarea psihismului poate rămâne până la un punct de înțeles. Se pot lua în considerare aspecte caracteriologice, așteptările subiectului, intriga altora, cumulul de stresori etc. Atât în cazul reacțiilor cât și a dezvoltărilor prevalențiale, nu suntem în fața unor trăiri și manifestări absurde, de neînțeles, care să apară fără o cauză actuală comprehensibilă. Altfel stau lucrurile când se manifestă delirul. Chiar și în cazul geloziei, care e o trăire destul de frecventă și de multe ori comprehensibilă până la un punct, delirul mută subiectul pe o altă orbită. De fapt, înainte de a publica „Psihopatologia generală”, Jaspers a studiat gelozia patologică tocmai pentru a diferenția dezvoltarea anormală de „procesul psihopatologic delirant”.

Gelozia poate fi uneori perfect comprehensibilă. Alteori, ea poate fi exagerată, la persoane suspicioase și care au eventual mici motive pentru această stare, mai ales dacă sunt persoane care fac intrigi deliberate, (ca în cazul lui Othelo), manifestându-se ca o dezvoltare prevalențială. Se poate însă ajunge și la convingeri delirante de gelozie, nejustificate și absurde, fie printr-un proces lent progresiv cu o organizare sistematică fie printr-o instalare mai rapidă și o organizare mai laxă și variabilă a tematicii.

Cazuistică

Caz 1. Un bărbat de 35 ani ajunge treptat la convingerea că soția îl înșală cu șeful ei, apoi cu toți colegii de serviciu, în sfârșit cu toată comunitatea administrativă a orașului. Din acest motiv se mută în alt oraș. Aici procesul începe să se dezvolte în aceeași direcție, nu se mai preocupă decât de infidelitatea soției, totul devenind insuportabil, căci oamenii zâmbeau cu subînțeles și râdeau de el pe stradă. După o nouă mutare și reînceperea ciclului, acceptă resemnat internarea pe care o interpretează ca un complot al amanților soției, la 4 ani de la debut.

Comentariu: Anormalitatea convingerii de gelozie constă în acest caz în absurditatea și rigiditatea ei, care absoarbe preocupările și condiționează comportamentul; gelozia e un fenomen frecvent al vieții normale, având rădăcini în psihologia biologică și fiind deseori corelat cu problemele reale ale vieții și caracterul partenerilor (Shepherd, 1990).

Comentariul lui Jaspers a încercat să scoată în relief specificul patologiei delirante, aducând în prim plan delirul schizofren ce se instalează brusc, ca delir primar (**Chenar 3**).

Delirul primar, caracterizat prin parametri ce vor fi menționați în continuare, a fost descris încă din secolul XIX. Și a continuat să fie comentat și analizat după Jaspers, mai ales în psihopatologia germană, de exemplu de către Schneider și Conrad; precum și în prezent. Jaspers e important în această istorie deoarece a legat delirul primar de „procesul psihopatologic” care produce „saltul negativ”, „căderea” psihismului pe orbita funcțională inferioară a psihozei. În continuare delirul primar va fi prezentat în secvențialitatea sa standard, la care se fac de obicei referințele. Aceasta are trei etape succesive:

- Prima etapă este cea în care subiectul are sentimentul că „se întâmplă ceva deosebit”, situația în care se află îi apare ca schimbată, neclară, nefamiliară, deși neprecizată. Descrierea lui Jaspers este următoarea:

„Pacientul se simte ciudat, are sentimentul că se pregătește ceva suspect. Totul are o nouă semnificație. Ambianța este într-un fel diferită, deși nu în mare măsură. Percepția nu e alterată dar se resimte o anumită schimbare care învăluie toate lucrurile cu o lumină subtilă, pervasivă și stranie. Camera de zi care înainte era percepută obișnuit, prietenoasă, pare acum dominată de o atmosferă nedefinită. Se simte ceva în aer, deși pacientul nu poate determina precis ce; o tensiune inconfortabilă, neplăcută, stranie îl invadează”.

- Urmează etapa dispoziției sau „atmosferei” delirante, marcată de „centralitate”: subiectul resimte că „toate se învârt în jurul său”, peste tot sunt mesaje „care-l privesc”, astfel încât parcă se află în centrul universului. Perceperea unor culori, numere, fenomene fizice, obiecte, persoane – care uneori îi apar schimbate – texte transmise prin radio sau TV etc. îi apar ca semne deosebite, ce conțin mesaje obscure

ce-i sunt adresate. De fapt, în această fază se aglomerează în jurul pacientului trăirile de „referință” – adică detalii perceptive care par a avea o semnificație deosebită pentru el – care pot fi prezente izolat mai ales în faza incipientă a psihozelor. Uneori mesajele pot avea o dublă semnificație: una comună adresată tuturor și alta secretă, indescifrabilă, care-i este adresată personal. E de notat că în cadrul dispoziției delirante nu apar tulburări perceptiv formale sau halucinații; anormalitatea se plasează la nivelul semnificațiilor resimțite de subiect ca particulare și cu adresanță personală.

- În a treia fază, pe fondul dispoziției delirante, la un moment, dat o percepție banală, care însă se reliefează și îi atrage atenția, îi clarifică „noua stare de lucruri în care se află”. Astfel, se instituie brusc „ideea delirantă”. Adică, convingerea sa într-o tematică absurdă ce constă dintr-un scenariu în care el este un personaj ce joacă un rol central. De exemplu: perceperea unui câine negru îi relevă brusc că e bolnav de cancer hepatic și va infesta întreaga omenire cu EBOLA, înainte de sfârșitul lumii. Odată ce scenariul delirant s-a instalat, cu certitudinea sa absurdă într-o temă fantastică, tensiunea dispoziției delirante se poate liniști.

Locul percepției în precipitarea convingerii delirante îl poate lua o amintire sau o intuiție delirantă. Dar percepția este situația de referință, deoarece ea implică prin definiție semnificația. Jaspers a subliniat acest ultim aspect al *semnificației percepțiilor*, fapt pe care-l comentează Walker (**Nota 7**) în analiza pe care o face delirului primar. El scrie referindu-se la Jaspers:

„Percepția nu e niciodată răspunsul mecanic la un stimul senzorial; ea este în același timp percepția unei semnificații (*Wahrnehmung einer Bedeutung*). O casă este acolo, dar ea e percepută ca și casă cu semnificația că în ea locuiesc oamenii... Dacă văd un cuțit, eu văd direct și nemijlocit, imediat o unealtă de tăiat...Noi nu putem fi în mod explicit conștienți de semnificațiile ce le trăim atunci când percepem diverse lucruri și situații dar ele sunt totdeauna prezente”.

Continuându-și ideea, Walker precizează că acest aspect al semnificației pe care-l implică percepția este cel la care se referă Jaspers în comentarea delirului primar, și citează:

„Experiența delirului primar este analoagă cu această sesizare directă (de tip vizual) a semnificațiilor (*Sehen von Bedeutungen*). Conștiința unei semnificații particulare produce o transformare radicală. Receptarea intruzivă directă, imediată (*unmittelbar*) a noii semnificații este experiența fundamentală a delirului primar. Nu e vorba de o interpretare, ci de o experimentare directă a unei semnificații aparte pe care o ocazionează perceperea unui lucru sau a unei situații, care formal rămâne normală și neschimbată. Orice experiență delirantă primară este o experiență a semnificațiilor”.

În continuare Jaspers dă câteva exemple de delir primar deja instalat:

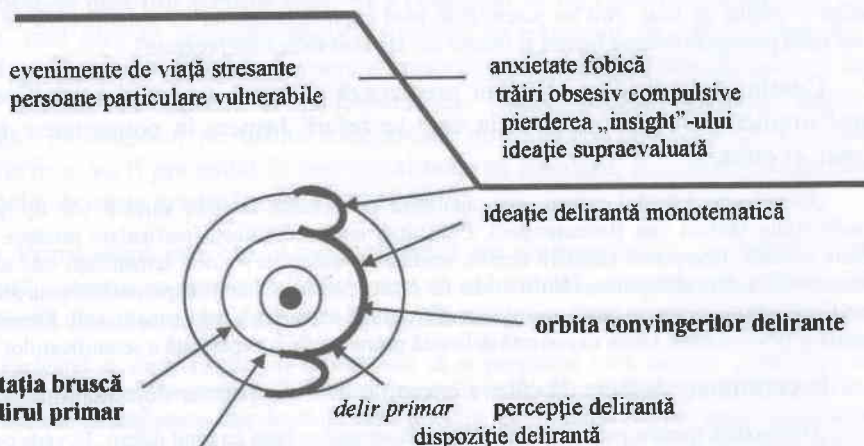
„Dintr-odată (pentru pacient) lucrurile par să semnifice ceva cu totul diferit. El vede oameni în uniformă pe stradă; aceștia sunt (desigur) soldați spanioli. Apar alte uniforme; sunt acum soldați turci. Este (desigur) arhiducele mort care a reînviat. Două persoane ce se întâlnesc sunt Schiller și Goethe... (alt pacient). Plecând dimineața de acasă am constatat în piață brusc că e ceva în neregulă cu ceasul; s-a oprit brusc și a început să meargă în alt sens; m-am gândit că se apropie sfârșitul lumii; am văzut niște soldați și mi-am dat seama că sunt o persoană «așteptată»; ei au trecut uitându-se la mine, mi-am dat seama că lumea se învâрте în jurul meu... Când a trecut o mașină nu am auzit-o... pe măsură ce mașina se apropia am simțit că parcă emit ceva care ar putea-o opri... începeam să refer totul la mine, parcă totul era făcut pentru mine... lumea nu se uită la mine și asta parcă-mi transmitea că sunt o ființă îngrozitoare și de aceea evită să mă privească”.

Exemplele lui Jaspers ilustrează nu doar mutația bruscă pe care o resimte pacientul într-un univers ireal și incomprehensibil marcat de centralitate, ci și caracteristicile de ficțiune ale acestui univers, în care apar personaje istorice și culturale, extrase desigur din memoria pacientului. În cazul delirului primar se instalează deci o dezordine și o incoerență în trăirea semnificațiilor care năvălesc asupra subiectului, astfel încât el nu mai înțelege ce se întâmplă. Singurul lucru clar de care-și mai dă seama este că pare a fi „anunțat” că va urma să se întâmple ceva important pentru el. După care se petrece „prăbușirea” sau „mutația” sa pe scena convingerilor delirante. Este ca și cum pacientul trece pragul spre o altă lume, spre un tărâm de ficțiune, din care nu-și mai poate reveni spontan. Comparația ce s-a făcut mai demult cu visul nu se potrivește suficient, deoarece acesta se încheagă din negativitatea psihică a somnului. Trimiterea cea mai intuitivă ar fi spre intrarea într-un univers de ficțiune. De exemplu, așa cum ai începe să citești o carte de basme fantastice sau ai urca pe o scenă unde se joacă un teatru absurd; și să adopți cu convingere rolul unuia dintre personaje, urmând ca în continuare să trăiești după regulile de desfășurare a scenariului piesei. Și încă, fără a mai putea reveni apoi în sala de spectacol și pleca acasă, în mijlocul vieții cotidiene (Nota 8).

Chenar 3

Modalități de ajungere la delir în viziunea lui Jaspers (Nota 9)

a) Apropierea treptată de delir prin intermediul altor stări psihopatologice nepsihotice



b) Mutația bruscă din delirul primar

c) Derivarea convingerilor delirante din alte trăiri psihotiforme
 depresie cu autodeprecieri și vinovăție
 manie megalomană
 halucinații și pseudohalucinații
 simptome de transparență și influență

Jaspers a făcut psihiatriei serviciul de a o poziționa în raport cu viața cotidiană firească, naturală, de care psihopatologia se rupsese prin studierea cazuisticii azilare. Reacțiile comprehensive anormale, tristețea și frica patologică, derivă din această viață de zi cu zi, în care funcționează simțul comun. Iar oamenii înțeleg situațiile în care se află, problemele cărora trebuie să le facă față. Ei se înțeleg unii pe alții prin dialog și empatie, colaborează, se susțin reciproc. Psihoza, delirul primar, delirul, în general, smulge existența persoanei din acest firesc comprehensibil al vieții cotidiene și o mută pe altă orbită, decontextualizându-l în raport cu prezența sa integrată comunitar, aruncându-l pe scena ficțiunii psihopatologice.

Cei din jur, persoanele familiare, oamenii cu care subiectul vine în contact zilnic, percep spontan această desprindere din axiomele vieții cotidiene a psihoticului. Diagnosticul de psihoză îl pune, astfel, în primă instanță, omul obișnuit, bazat pe simțul său comun. Specialistul psihiatru se ocupă în continuare de analiza aprofundată a acestei situații existențiale a persoanelor, ce a fost deja în esență definită.

PSIHOZA ȘI SISTEMUL DSM

Un moment de răscruce în psihiatria internațională, inclusiv în abordarea psihozelor, l-a reprezentat apariția în 1980 a ediției a III-a a Manualului American de Diagnostic și Statistică în Psihiatrie, cunoscut sub denumirea de DSM III (**Nota 10**). Obiectivul declarat al acestuia a fost adoptarea unui sistem de definiții și diagnostic a tulburărilor psihice, care să favorizeze consensul dintre specialiștii din diverse locuri, în privința diagnosticării tulburărilor psihice, necesar îngrijirii și cercetării. Organizația Mondială a Sănătății a acceptat principiile DSM III pe care le-a aplicat ediției a 10-a a Manualului Internațional de clasificare a bolilor – ICD 10 – capitolului tulburărilor psihice (F). Astfel, sistemul preconizat în SUA s-a impus în plan mondial. Au urmat ediții succesive ale manualului, ajungându-se în prezent la ediția a 5-a (2013). Sistemul DSM a fost conceput după principii comportamentaliste, în sensul de a acorda prioritate datelor observabile, ușor de înregistrat. Faptul a făcut ca aspectul subiectiv „fenomenologic”, al trăirilor psihotice să fie mai puțin abordat. S-au practicat „definiții operaționale” care vizează identificarea unui fenomen pentru o anumită utilitate (diagnostică, statistică, de cercetare etc.). Manualul s-a declarat neutru din punct de vedere etiopatogenic, în sensul de a nu adera la doctrine precum cea psihanalitică, fenomenologică, sociologică etc. (Dar, indirect, a favorizat studiile biologice bazate pe neuroștiințe). Diagnosticul acceptă comorbidități. În edițiile III–IV s-a practicat diagnosticul pe axe. Efortul principal era și este de a impune și menține psihiatria ca un partener egal în raport cu celalalte discipline medicale și a evita stigmatizarea suferindului psihic.

Acest efort de subliniere a „medicalității” tulburărilor psihice a fost desigur firesc prin faptul că psihiatria a devenit din secolul XIX o parte integrantă a medicinei, urmând deci să se conformeze schemelor de funcționare și rigorilor acestei practici umane. E necesar deci să urmărim cum a fost și este abordată tema psihozei în cadrul acestei abordări medicale.

Găsim un comentariu pe această temă în Glosarul de Termeni al DSM IV TR (2000) în care se menționează renunțarea la utilizarea substantivală a termenului de psihoză, reținându-se doar utilizarea sa adjectivantă; deci, etichetarea drept „psihotice” a unor simptome (sindroame). 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 (a expresiei) psihotic”.

DSM-IV optează pentru o definiție ostensivă a psihozei, care face trimitere la câteva sindroame bine cunoscute psihopatologilor, ca delirurile și halucinațiile proeminente și necriticate; la care se adaugă dezorganizarea psihică accentuată. O caracterizare generală a conceptului este și aici evitată, la fel ca în toți cei peste 150 ani de când termenul funcționează. Ea lipsește și din recenta ediție DSM-5 (**Chenar 4, 5**). Dar acest refuz este acum programatic, odată cu opțiunea pentru aspectul adjectival. Totuși, tatonările tradiționale sunt menționate. O insuficiență claritate apare în trimiterea la gravitatea patologiei. Aceasta are două aspecte, desigur interconectate. Prima se referă la interferența cu capacitatea de a face față cerințelor firești ale vieții cotidiene, fapt ce s-a oglindit tradițional în internarea cvasiobligatorie a psihoticilor. Acest aspect expresiv și comportamental, care poate fi ușor evaluat de către oricine, are însă în spate gravitatea simptomatologiei însăși, care condiționează această disfuncție adaptativ socială. Or, această intensitate a simptomatologiei trimite la un continuum, ce e amintit chiar în text, privitor la criticarea halucinațiilor și gravitatea dezorganizării limbajului și comportamentului. Continuum ce poate fi aplicat și delirurilor, dacă se ține seama de dezvoltările prevalențiale comentate încă de Jaspers și reactivate în ultimul timp sunt eticheta „ideației supraevaluate”. De fapt, această gravitate a simptomatologiei aduce în discuție nu atât ceva cu sensul de „plus”(simptomatic) ci mai ales ceva cu semnificația de „minus”, privitor la alunecarea și „căderea” psihismului pe un nivel mai redus de complexitate și autonomie. Ceea ce presupune o anumită perturbare în structura și în contextul psihic interior. Minus psihologic al persoanei care face posibilă reliefația pozitivă a simptomelor psihotice. Simptome ce trec în prim plan, decontextualizează subiectul, acaparează viața psihică și îi fac imposibilă inserția în viața cotidiană, girată de bunul simț comun. Simptome care sunt apoi, baza identificării psihozei de către oamenii obișnuși și a diagnosticării sale mai subtile de către psihiatri.

Trimiterea la „testarea realității” și la „pierderea limitelor Eu-lui”, chiar dacă în mod firesc nu preocupă un manual de diagnostic conceput observațional pentru înțelegerea pragmatică dintre specialiști, nu sunt subiecte de neglijat pentru cei ce abordează psihopatologia psihozelor în afara acestor opțiuni și obiective. De fapt, noțiunea de testare a realității, strâns corelată cu simptomatologia, nu are doar un înțeles subiectiv ci și unul comportamental, ce se reflectă în viața de zi cu zi. Ea are în vedere ceea ce în mod tradițional, de la stoici și până în zilele noastre, trecând prin

Renaștere, s-a numit „simț comun”. În raport cu acest simț comun al normalității, psihologia populară a formulat o serie de expresii ce caracterizează procesul de sinteză și echilibru pe care acesta îl susține în evaluări și comportament; așa sunt: „simțul măsurii”, „faptul de a avea tact”, „bunul simț”, „bunul gust”, „capacitatea de a avea fler”. Deficitul în aria acestor „simțuri” se manifestă ca tulburări în relaționarea interpersonală, în viața publică și familie, prin comportamente neadecvate, prin deficiențe de auto-îngrijire și de împlinire a responsabilităților sociale, în integrarea comunitară firească.

În genere, insuficiențele simțului comun conduc la „decontextualizarea subiectului” în raport cu evenimentele actuale la care ar trebui „să fie prezent”, în care să se implice într-un fel. Decontextualizare, care se realizează pe mai multe planuri, de la cel al rezolvării de probleme curente, la cel al relaționării între persoane sau articularea cu diverse „orizonturi de sens” ce se desfășoară în plan narativ, teoretic; și la care subiectul în mod firesc participă alături de partenerii săi. Modalitățile psihologice prin care se realizează această detașare sau implicare anormală sunt analizabile psihopatologic nu doar ca simptome. Decontextualizarea va fi invocată și în capitolele următoare: – în capitolul 2 ca și deficit de sinteză a prezentului (Chenar 25 și text adiacent); – în capitolul 3 odată cu interpretarea delirului în perspectiva „lumilor multiple” (p. 124–125); – în capitolul 9 în corelație cu dezorganizarea și deconectarea în raport cu universul discursurilor și conexiunilor culturale (Chenar 72, 74, p. 252, p. 259; – în capitolul 12, în corelație cu alienarea simțului comun în psihoze (p. 288). Ele pretind o interpretare pe modele teoretice, domeniu în care cognitivismul și fenomenologia au făcut deja progrese. **Dificil, dar important, este să se poată modela „nivelul” sau „scena” psihică deficitară ce ajunge să fie suportul manifestărilor psihotice.**

Chenar 4

PSIHOZA ÎN DSM-5

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 perceptiv ce au loc în absența unui stimul exterior; ele nu sunt sub controlul voluntar; pot apare 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 în care tulburările psihotice se combină frecvent, cum sunt cele dispoziționale și deteriorare cognitivă.

PSIHOZA ÎN DSM-5 ȘI ICD-11

II

Categoriile clinice cuprinse în Capitolul referitor la spectrul schizofren și alte tulburări psihotice, în DSM-5:

- 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 tulburări mentale
- T catatonică datorată altor condiții medicale
- T catatonică nespecificată
- Alte specificități ale spectrului schizofren și alte tulburări 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.

Psihoza ce se manifestă în patologia dispozițională e clasificată 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.

Referirea ce se face în circumscrierea DSM IV la „tulburarea limitelor sinelui” este o altă problemă ce merită atenție. Semiologia psihopatologică constituită în secolul XIX a avut ca referențial cele trei facultăți psihice – de cunoaștere, a voinței și afectivă. Problema unui „eu” sau „sine” central și unificator, era acceptată în principiu, dar nu formulată explicit. Pentru prima dată tema eului conștient devine centrală în psihopatologia lui Jaspers, care enumeră chiar câteva aspecte ale sinelui (a conștiinței de sine a eului) ce se perturbă în psihoze, așa cum ar fi: delimitarea, coerența, inițierea activității, identitatea. Dar, cu mici excepții, psihopatologia psihozelor din secolul XX nu s-a orientat în această direcție, ghidându-se în continuare după schema celor trei funcții. Astfel, în DSM-IV-TR (2000) conceptul

de sine (self) pur și simplu lipsește. Chiar și în aria studiilor de psihologie normală cercetările în direcția identității și limitelor persoanei au fost timide până după apariția sistemului DSM-III-IV, când s-a produs explozia interesului științific față de conceptul de sine (self).

Cazuistică

Tulburarea psihotică afectează identitatea subiectului (sinelui) plasându-l uneori într-un univers fictiv

Caz 2. Un bărbat de 33 ani, muncitor, căsătorit, cu 3 copii, dezvoltă în 3 luni (1982) idei delirante de grandiozitate și religioase, însoțite de un comportament bizar. E convins că are o nouă identitate, inspirată 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 uni 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 ținută 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 la care se adaugă simptome ca: citirea gândurilor, sonorizarea, retragerea gândirii; se simte influențat prin hipnoză, are halucinații auditive ce comentează gândurile și acțiunile sale.

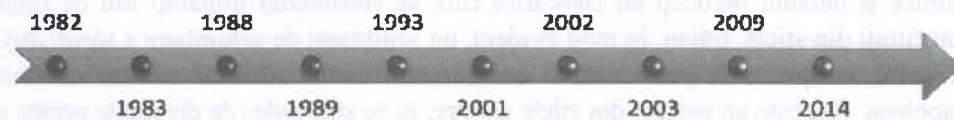
În 1988 prezintă delir religios : „este ales pentru a aduce pe pământ pacea și bunăstarea”, „are relații cu forțele supranaturale”, ambivalență, ambitendență.

În 1989 se adaugă tulburări senzitive de relație, paralogisme, neologisme: „Ceașescu e dementalizat”.

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

„Duce o luptă interioară permanentă în relațiile sale cu Dumnezeu, Lucifer, demonii și îngerii”. În anii următori alternează episoade dezinhibate, logoreice, cu delir mistic de grandiozitate și episoade depresive. În 2014, la 33 ani de la debut, are lungi perioade de echilibru psihic cu integrare socială, gândire și vorbire suficient de coerente, ce alternează cu perioade de dezorganizare ideoverbală, limbajul fiind manierist, cu expresii prețioase, cuvinte compuse și neologisme; scrie lungi poeme despre Dumnezeu și pace, dar nu deranjează familia sau comunitatea, rezolvându-și problemele curente și având o ținută îngrijită.

Comentariu: O evoluție a psihozei de peste 30 ani, cu manifestări ce se încadrează în variate diagnostice de episod, nu alterează posibilitatea prezenței sale, parțiale, în mijlocul vieții cotidiene; se prezintă frecvent din proprie inițiativă la clinică pentru a discuta cu medicii rezidenți și studenții ideile sale.



Cazuistică*

Delirul afectează identitatea, deseori cu sentimentul pierderea intimității

Caz 3. 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 Iisus 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; ulterior recunoaște în acest regizor pe propriul său tată, sentimentele față de el fiind contradictorii. Începe să se recunoască în diverse melodii cântate de trupe de renume, subiecte din propria viață; chiar și titlurile șlagărelor îi apar ca aluzii la viața sa. 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”.

Comentariu: subiectul trăiește ca un fapt neobișnuit sentimentul cunoașterii, „furtului” și modificării identității sale intime, de către instanțe străine, xenopatie. În scenariul convingerii delirante intervin tehnicile ficțiunii culturale (filmul, cântecele difuzate prin radio) dar și instanța supranaturală a lui Dumnezeu. Preocupările și convingerile delirante prezintă unele modificări lente de-a lungul timpului.



* Cazurile ce fac parte din Registrul de cazuri pentru psihoze din Timișoara sunt indicate prin numărul din registru și anul primei internări. La o parte din cazuri sunt notați și anii internărilor. Bilanțurile evolutive au fost făcute în 2014. Prezentarea cazurilor este strict ilustrativă fără a urma parametrii unei analize cazuistice.

Dacă suntem atenți însă la cazuistica psihozelor constatăm cu ușurință că aceasta a relevat constant alterarea sentimentului de identitate a persoanei și a lumii corelative, la care ea se raportează, în care trăiește. Maniacalii evocați de Areteus care-și puneau pe cap coroane fiind convinși că sunt câștigătorii unor concursuri publice și nebunii invocați de Descartes care se considerau împărați sau ca fiind constituiți din sticlă, trăiau, în mod evident, un sentiment de schimbare a identității. Și la fel, mulțimea de pensionari ai azilelor din secolul XIX ce credeau că sunt Napoleon. Sau câte un pacient din zilele noastre, ce se simte ales de divinitate pentru a rezolva confruntarea religiilor; ori crede că a devenit eroul unui film ce rulează la TV.

Când comenta delirul primar ca și caracteristic psihozei endogene reprezentată tipic prin schizofrenie, Jaspers a considerat, așa cum s-a menționat, că esența acestei boli o constituie tulburarea conștiinței în sine, a eu-lui. Convingerea în modificarea identității psiho corporale, a capacităților și stării afective dispoziționale a subiectului, a rolului și identității sociale de personaj, se corelează cu schimbarea poziției sale în lumea sa umană. Iar acest proces nu poate fi considerat doar ca o alterare a unor funcții de percepție și raționament, de afectivitate și autocontrol comportamental. Astfel de tulburări cognitive, afective și volitive există, desigur, în cazul psihozelor. Dar ele se cer concepute de psihopatologie în termenii specifici psihismului uman. Adică, a înțelegerii acestuia ca persoană centrată de un sine conștient, ce există într-o lume umană. Un recent caz celebru poate fi edificator:

Opjordsmonen comentează recent (2014) cazul Breivik, care în 21 iulie 2011 a omorât în Norvegia 77 persoane fiind supus unor repetate expertize psihiatrice juridice. El era convins că este liderul organizației Regilor Templieri, noul regent al Norvegiei, abilitat să decidă cine poate să trăiască și cine să moară în țara sa. Expertiza psihiatrico-judiciară a condus însă la controverse.

Caz 4. Breivik se considera liderul organizației Regilor Templieri și prin aceasta trebuia să fie pionierul 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 pseudologie fantastică, fapt ce a permis condamnarea.

Comentariu: Cazul Breivik, devenit de notorietate publică prin mass-media, demonstrează că în psihopatologia delirului poate interveni narativitatea arhetipală a miturilor și legendei. El mai evidențiază importanța filtrului administrativ al opțiunii pentru sisteme oficiale de diagnostic. În acest caz s-a încercat forțarea unui diagnostic cu referință la DSM IV-TR, cel de schizofrenie paranoidă dovedindu-se inadecvat. Experții ar fi avut la dispoziție diagnosticul de Tulburare delirantă persistentă din ICD-10 (cod F 28.8) la care, în mod ciudat, nu au apelat, formulând un diagnostic bizar și inactual.

Cazul Breivik a putut ridica importante probleme socio-juridice, deoarece expertiza psihiatrico-juridică operează cu conceptele etichetării medico-psihiatrice, așa cum sunt ele formulate în manuale ca DSM IV – 5. Totuși, orice psihiatru care-și respectă profesia, deși poate fi de acord cu faptul că diagnosticul de schizofrenie nu

e aplicabil în sens riguros acestui caz, nu va ezita să îl califice drept psihotic. Dar, psihoza nu are o clară definiție medicală în limitele psihiatriei, înțeleasă ca parte a instanței practico-teoretice a medicinei. După cum, nu avea nici în momentul de glorie al psihozelor endogene, pe vremea când se scria *Tratatul lui Bumke*, înainte de al Doilea Război Mondial, când în centrul problemei psihozei s-a plasat schizofrenia. Faptul ne invită să ne reamintim de condiția antropologică a psihopatologiei, care precede și flanchează încadrarea sa oficială medicală. Ipostaza anormalității minus valorice, psihotice, a omului, a existat și există, constant și prin definiție, în variate forme și intensități. Iar anormalitățile minore fac parte din varietatea existenței noastre de zi cu zi.

PSIHOZA, DOCTRINA SPECTRELOR ȘI PSIHOPATOLOGIA EVOLUȚIONISTĂ

Medicina, ca practică umană esențială, are o acoperire științifică din ce în ce mai riguroasă. De aceea medicina psihiatrică a ultimelor decenii nu a ignorat preocuparea față de studierea diverselor fațete și intensități de manifestare a tulburărilor psihice pe care le-au circumscris riguros din punct de vedere formal, prin sistemele de clasificare DSM-III-5 și ICD-9-10. În ultimul timp, problema a fost abordată mai ales din perspectiva „continuumului” psihopatologic, care dublează viziunea predominant categorială a sistemelor menționate, fapt ce se concretizează în doctrina clinico-psihopatologică a spectrelor maladive (**Nota 11**).

Psihiatria ultimelor decenii a fost interesată tot mai mult de manifestările ușoare, „subclinice” ale sindroamelor psihotice, deoarece acestea pot indica o predispoziție, o vulnerabilitate sau o stare prodromală a formelor intense, majore. S-a impus astfel treptat ideea „continuumului” psihopatologic, între trăiri normale și forme clar patologice, care evident ies din cadrul vieții cotidiene și a simțului comun, variantele intermediare fiind înscrise în „spectrul” tulburării respective.

În decursul întregului secol XX această tranziție a fost acceptată tot timpul pentru depresie; care, ce e drept, e considerată după DSM-IV ca psihotică doar în anumite forme delirante. Același lucru s-a dovedit apoi valabil și pentru opusul depresiei, sindromul maniacal. Referitor la acestea s-au descris stări hipomaniacale, episoade scurte, episoade ce apar doar ca urmare a tratamentului medicamentos al depresiei sau în urma administrării unor medicamente și substanțe. A apărut astfel ideea de „spectru bipolar” care ia în considerație și eventualitatea unui temperament hipertim. De fapt, ideea de spectru maladiv include prezența unor astfel de manifestări clinice, subclinice și neclinice (inclusiv markeri specifici de vulnerabilitate, temperament, orientare profesională etc.) nu doar la pacient, ci și la rudele sale de gradul I. Înainte de a invoca schizofrenia și delirul, se poate menționa că au fost elaborate

modele coerente ale spectrelor maladive pentru patologii marginale problematicii psihozei. Așa este de exemplu spectrul autist și cel al tulburării obsesiv compulsive, care cuprind categorii nosologice de diverse intensități ce se aseamănă cu cea luată drept referință, ca simptomatologie, model evolutiv, respondența terapeutică și management; și, relevă un aspect al continuumului spre normalitate și spre manifestările rudelor de gr. I. În prezent, se discută explicit și despre spectrul schizofren, care are ca moduri de manifestare succesive: schizotaxia/schizotipia/schizofrenia. E pe cale deasemenea de a se constitui conceptul de spectru delirant (paranoid) având ca zonă de plecare persoanele particulare sau anormal paranoide, pe cei ce fac scurte episoade delirant halucinatorii (de ore sau zile), persoanele ce dezvoltă o idee supraevaluată (de persecuție); și, în final deliranții propriu-ziși, ce se pot uneori contopi cu schizofrenia paranoidă.

Această înțelegere a psihopatologiei clinice în perspectiva spectrelor maladive care pun accentul pe continuumul cu normalitatea, poate sugera că episoadele psihotice ce apar în suferințele organice cerebrale sau în condițiile medicale generale, ar avea la bază același mecanism patogen – ce presupune un deficit și des-implicarea unor structuri funcționale ce se manifestă dediferențiat și rigid – ca și în cazul psihozelor funcționale (endogene). Ansamblul abordării dimensionale a spectrelor păstrează însă nealterată problema esențială a psihozelor. Căci ceea ce se cere căutat este identificarea zonei structurale a psihismului uman ce este afectată.

Spectre maladive psihiatrice		
tulburare bine definită	schizofrenia	tulb. bipolară
tulburări apropiate clinic și de intensități reduse	tulb. schizofreniformă	tulb. bipolară II, III
	tulb. schizotipală	ciclotimia
tulb. de personalitate particularități caracteriale, temperamentale	tulb. pers. schizoidă și paranoidă	temperamentul hipertim, ciclotim, rata crescută de suicid
	schizotaxia	
markeri biologici și neurocognitivi	lărgirea ventricolilor laterali tulb. neurocognitive	particularități ale biopsihoriturilor
prezența aceluiași aspecte la rudele de gr. I	+	+

Persistă deci întrebarea: prin ce se caracterizează și cum se realizează „punctul de ruptură” sau de „cădere pe o altă orbită” care definește mutația spre psihoză? De exemplu, trecerea de la schizotaxie și schizotipie la schizofrenie, ultima înțeleasă ca stare psihotică? În mod similar se cere clarificat saltul de la ideea prelevantă – de exemplu, cu tematica de gelozie, senzitivă de relație, de persecuție – la starea

psihotică delirantă paranoidă. În patologia obsesiv compulsivă se consideră că persoanele cu anumit tip de idee obsesivă – de contaminare sau de intenție obsesivă – de la un anumit nivel al gravității, își pierd critica simptomelor (*insight*-ul) astfel încât condiția devine delirant psihotică. Problema nivelului de „salt”, „cădere” sau „discontinuitate” este de asemenea prezentă și pentru trecerea de la hipomanie la episodul maniacal propriu zis; sau de la depresia medie la depresia majoră. În sfârșit, problema e valabilă, conform DSM-5, și pentru patologia dezorganizantă, care ar fi etichetabilă ca psihotică doar în formele grave. Și încă, în conformitate cu DSM-IV-TR, pentru halucinații, care sunt acceptate ca psihotice doar în măsura în care nu sunt criticate (**Chenar 6**).

Încă din perioada în care conceptul de psihoză a început să se impună, a apărut și ideea psihozei unice (Marneros, 1995; Mundt, 1992). Idee care nu a ajuns niciodată dominantă. Dar ea a persistat cu o insistență neobișnuită. Evidențele actuale sugerează și ele un „nivel” sau o „orbită” psihopatologică pe care se manifestă particular și relativ „specific psihotic”, tulburări ce vin din diverse direcții. Această „orbită psihotiformă” poate cuprinde în vârtejul ei sindroame ca: delirul, halucinațiile, depersonalizarea, mania, depresia, anxietatea, dezorganizarea, psihomotricitatea anormală a catatoniei și a ritualurilor magice, stările de transă și posesiune.

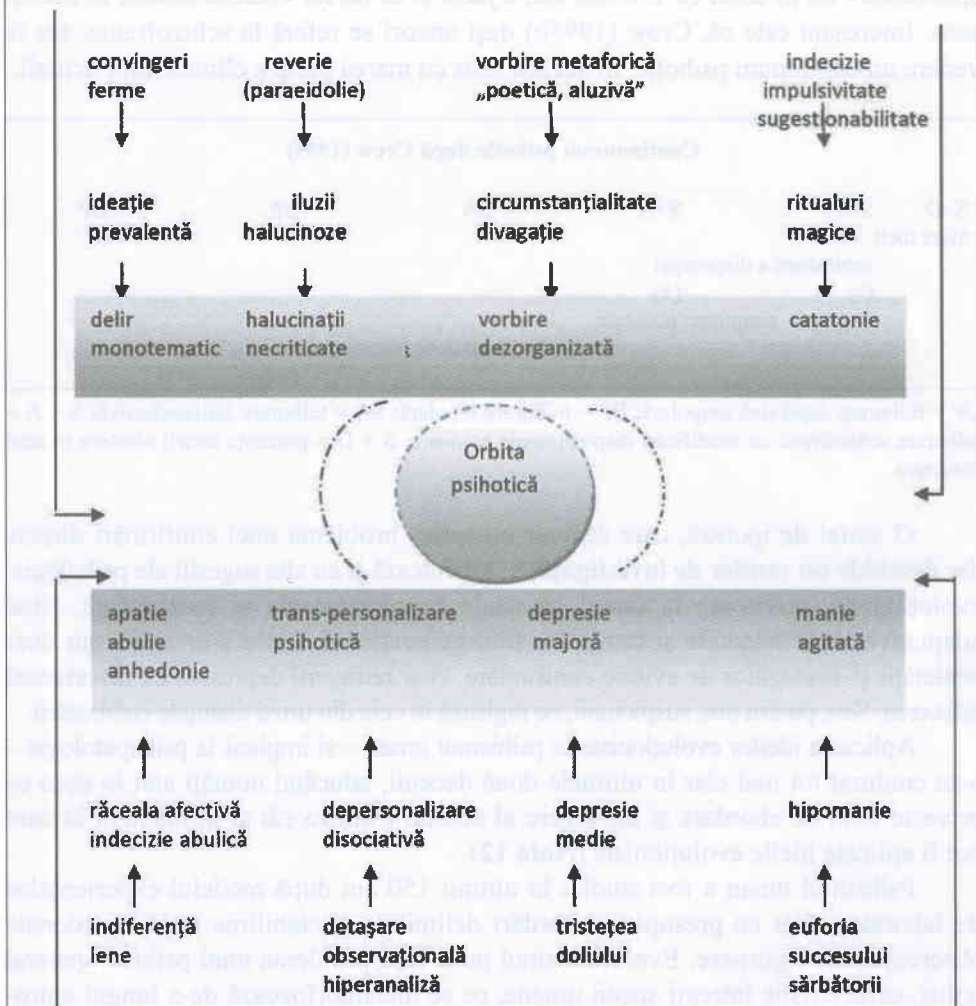
La ce se referă „orbita psihotiformă”? Răspunsul nu poate deriva din simptomatologia sindroamelor etichetate ca psihotice, așa cum sugerează DSM-5. El se cere căutat în localizarea deficitului disfuncțional ce se petrece în aceste cazuri într-o zonă specifică a structurii psihismului omenesc, susținut de funcții psihocerebrale, după modalități și într-un sens specific deficitului acestei patologii psihotice. În prezent, a devenit clar că e necesar un model, cel puțin euristic, al acestui psihism uman, privit în ansamblul său. Faptul presupune a nu se ignora întreaga istorie a psihologiei, care de peste 2 500 ani s-a dezvoltat într-o modalitate speculativ teoretică, atașată filosofării. La care s-au adăugat în ultimii 150 ani unele rezultate a câtorva doctrine ce au organizat experimente de laborator sau s-au aventurat în psihoterapie.

În decursul secolului XX a existat constant o intuiție a clinicienilor care au plasat etiopatogenia „psihozelor endogene”, definite vag ca atare pe vremea lui Kraepelin și a lui Jaspers, între tulburările condiționate clar organic prin boli somatice și mai ales cerebrale și cele condiționate clar psihoreactiv, comprehensibil. Schneider (2007) ca profesor la Heidelberg s-a preocupat de edițiile revizuite a *Psihopatologiei generale* a lui Jaspers, considera că în patologia endogenă intervine un factor somatic cerebral subtil, pe care nu-l putem însă decela. Ulterior, un alt profesor de la Heidelberg, Tellembach (1983), care în cartea sa *Melancholie* a realizat ultima mare sinteză din secolul XX asupra conceptului de endogenie, pune problema dintr-o perspectivă ce reunește clinica psihiatrică cu antropologia generală. Invocând bio-psihoritmurile antro-po-cosmice, el sugera că zona (cerebrală) unde se manifestă vulnerabilitatea pentru psihopatologia psihotică endogenă ar fi cea în care se realizează articulația între dimensiunea psihică a Biosului, cea pe care omul o moștenește de la animale și e marcată încă de biopsihoritmicitate cosmică, și dimensiunea psihică specifică Antroposului, a conștiinței, logosului și spiritualității, pe care persoana culturală o validează și o afirmă. Dar care sunt caracteristicile acestei instanțe?

Chenar 6

Sindroamele psihotice și normalitatea

derivarea sindroamelor psihotice din structuri funcționale care de obicei sunt integrate în activitatea psihică adaptativă și creatoare; minusul psihopatologic se exprimă și printr-o fază intermediară înainte de căderea pe „orbita psihotică”



În anii '80 ai secolului XX când s-a încheiat proiectul psihopatologic al fenomenologului Tellembach, psihologia evoluționistă și cea dezvoltamentală nu se născuseră. Iar cea cognitivă, ce se bazează esențialmente pe neuroștiințe și pe modelările inteligențelor artificiale nu-și atinsese maturitatea. **În prezent, noi avem la dispoziție aceste doctrine, în plin avânt de dezvoltare. Iar cognitivismul e interesat tot mai mult de procesele metacognitive.** Psihopatologia evoluționistă din ultimul

timp, acumulează, prin Crow (1995a), date în direcția susținerii ipotezei că saltul rapid în dezvoltarea cerebralizării ce s-a produs în cursul antropogenezei în urmă cu aproximativ 150.000 ani când a apărut vorbirea articulată și lateralizarea interemisferică, a indus o vulnerabilizare psihocerebrală ce ar putea fi responsabilă pentru instalarea (orbitei) psihozelor. Un alt specialist în domeniu, Burns (2006) aduce în discuție ideea că noutatea apariția funcției cerebrale a „creierului social”, produsă aproximativ tot în urmă cu 150.000 ani, a jucat și ea un rol vulnerabilizator în același sens. Interesant este că, Crow (1995b) deși uneori se referă la schizofrenie, are în vedere un continuum psihotic, în același sens cu marea parte a clinicienilor actuali.

Continuumul psihotic după Crow (1995)					
S+D	S-A	S+A	SA	BP	UP
afect tocit					
	schimbare a dispoziției (-)				
		simptome nucleare (+)			
			dispoziție cu delir incongruent		
				elație	

UP = tulburare depresivă unipolară; BP = tulburare bipolară; SA = tulburare schizoafectivă; S + A = tulburare schizofrenă cu modificări dispoziționale evidente; S + D = prezența tocirii afective în stări defective

O astfel de ipoteză, care desigur nu ridică problema unei confirmări directe dar **deschide un șantier de investigații**, se articulează și cu alte sugestii ale psihologiei evoluționiste, privitoare la faptul că unele comportamente și competențe, fiind adaptative, sunt selectate și transmise transgenerațional. Ideea s-ar aplica nu doar anxietății și strategiilor de evitare-confruntare, ci și retragerii depresive ce favorizează refacerea. Sau, pentru om, suspiciunii, ce reglează în cele din urmă alianțele colaborării.

Aplicarea ideilor evoluționiste la psihismul uman – și implicit la psihopatologie – s-au conturat tot mai clar în ultimele două decenii, aducând noutăți atât în ceea ce privește felul de abordare și înțelegere al acestui psihism cât și în maniera în care pot fi aplicate ideile evoluționiste (**Nota 12**).

Psihismul uman a fost studiat în ultimii 150 ani după modelul experiențelor de laborator, fapt ce presupune abordări delimitate și stabilirea unor coordonate observaționale riguroase. Evoluționismul pune însă problema unui psihism general holist, caracteristic întregii specii umane, ce se metamorfozează de-a lungul antropogenezei în tandem cu complexificarea creierului, predominant a polului său anterior, a cortexului temporo frontal. Abordarea holistă presupune reconsiderarea și integrarea elaborărilor tradiției psihologiei filosofice dintre Aristotel și Kant, care a adus în prim plan eul conștient, temporalitatea imaginativă a identității personale și capacitatea sintetică (apriorică) a reprezentărilor fenomenale. Perspectiva procesului antropogenetic urmează să coreleze diferențierea psihismului uman de cel animal, având în vedere elementele cheie ale condiției umane în raport cu cea a manifestărilor

superioare. În această direcție se impun: poziția verticală cu mersul biped și utilizarea manipulativă a membrilor superioare pentru producerea uneltelor, limbajul articulat narativ, cogniția socială cu intuirea intențiilor celuilalt, elaborarea și realizarea acțiunilor cu scop; și, nu în ultimul rând, nașterea prematură a copilului, împlinirea dezvoltării corpului și creierului în condiții de atașament, protecție și instrucție. Urmărirea acestor aspecte a condus, pe baza documentelor paleontologice și genetice accesibile până în prezent, la o serie de ipoteze. Între acestea ar fi și perioada de salt relativ brusc în dezvoltarea encefalului în urmă cu aproximativ 150.000 ani, când se prezumează că s-a achiziționat limbajul articulat, lateralizarea cerebrală, cogniția socială (creierul social) și elaborarea funcțiilor executive.

Luând ca punct de plecare ontogeneza prelungită a creierului și psihismului în condițiile de maternaj și educație pe de o parte, și, pe de altă parte, mediul lingvistic cultural al dezvoltării și afirmării psihismului pe instanța unor practici instituționalizate suprapersonale, se impune luarea în considerare a impactului ce l-ar avea în circumscrierea psihismului uman ipoteza „memelor”. Memele au fost sugerate de Dawkins ca o ipotetică unitate antropologică de autoreproductivitate și evoluție, similară genelor din biologie. În măsura în care se acceptă o astfel de ipoteză, individul uman și psihismul său apar doar ca o parte a memelor, ce s-ar baza – probabil – pe instanțe practico-instituționale suprapersonale, ce asigură și reproductivitatea culturală. Ele ar implica astfel elemente de educație, creativitate dar și de narativitate supra-individuală – de tipul miturilor, istoriilor, cunoașterilor științifice etc. – care să permită multiplicarea datului antropologic. De fapt, în prezent nu am putea înțelege ipoteza memelor dacă nu am vorbi de omul cultural; căci însuși ideea acestor unități autoreproductive se referă la specificul cultural al omului.

Omul cultural, așa cum îl cunoaștem noi azi, inclusiv în perspectiva antropogenezei și istoriei, indică o istoricitate a dezvoltării sale, în care limbajul narativ – și tot ce ține de „logos”, de tehnologia sa – joacă un rol important. Dincolo de ipoteticul moment de acum 150.000 ani când s-a dezvoltat limbajul articulat și creierul social, un alt moment esențial este cel al neoliticului, al așezării în comunități stabile, organizate ierarhic, ce prelucrează pământul, dezvoltă meșteșugurile și comerțul și se înclină la transcendența zeilor. Această structură antro-po-culturală, chiar dacă nu are o vechime mai mare de 10.000 ani, nu are cum să nu se reflecte în psihismul persoanei, bazat pe funcționarea creierului său. În perioada culturală un rol esențial pentru umanitate l-a jucat, în spatele limbajului narativ critic, scrisul și tehnologia sa. Apariția scrisului alfabetic în urmă cu aproximativ 3 000 ani, în perioada culturii greco-romane, a dus la o restructurare a civilizației umane. Și, implicit, a psihismului, inclusiv a autoînțelegerii sale de către om, odată cu filosofia greacă. Un alt moment semnificativ s-a produs în Europa tiparului, în urmă cu aproximativ 500 ani. Urmată și ea de un nou înțeles al psihismului, bazat pe conștiință și subiectivitate.

Revoluția mass-mediilor actuale e de așteptat să aibă și ea un impact asupra psihismului persoanei umane.

Această abordare evoluționistă a psihologiei, înțeleasă ca selecție și transmitere transgenerațională a unor capacități funcționale ce s-au dovedit adaptative mult timp într-un mediu determinat, a sugerat pentru psihopatologie și un alt tip de

posibilă vulnerabilitate, nelegată de condițiile ontogenezei individuale. Ipoteza unei antropogeneze realizată în condițiile savanei africane ce obligă la o mobilitate cvasipermanentă, ar fi fixat o disponibilitate „cerebral endogenă” pentru mobilitate care nu mai e adaptativă în condițiile vieții sedentare. Apoi, schimbarea mediului poate face ca unele structuri funcționale să persiste deși nu-și mai regăsesc utilitatea în noua ambianță ecologică umană. În sfârșit, structurile adaptative ce apar evolutiv nu sunt integral utilizate lăsând „locuri libere” („sprandel”) ce pot avea utilizări variate. E de presupus astfel că fondul genetic uman poate conține predispoziții pentru realizarea funcțiilor adaptative ale normalității, dar și pentru vulnerabilități care nu au legătură cu mediul adaptativ actual a individului uman; fapt ce aduce argumente tradiționalei idei de condiționare (de profunzime) „endogenă”. Pentru perioada culturală a dezvoltării omului, strâns corelată cu tehnologia logosului, se cer elaborări și modelări mai nuanțate decât cele realizate pentru ansamblul antropogenezei și chiar pentru perioada ultimilor 150.000 ani (Nota 13).

Psihologia, privită în perspectivă evoluționistă, se cere deci regândită. Preluând tradiția holistă a psihologiei teoretice (filosofice), inclusiv cea a eului conștient, ea se cere înțeleasă tot mai mult printr-o intersubiectivitate definitorie, conjugată cu alte elemente culturale ale lumii umane. Alături de care, subiectul individual participă cu existența sa, la pulsiunea memelor.

PSIHOZA, IDENTITATEA SINELUI ȘI EȘECUL CREAȚIEI

Presiunea psihologiei evoluționiste se conjugă cu tendința internă a științei psihologice de a se agrega în jurul unui model de referință, care să poată prelua și tradiția psihologiei teoretice filosofice care în Europa a gravitat în jurul eului conștient. Locul acestuia tinde să fie preluat de către conceptul de sine (*self*) care are avantajul de a se putea aplica atât în psihologia animală, evoluționistă și neuroștiințe cât și în caracteriologie, psihosociologie și filosofie. Baza sinelui, pentru om, o constituie acea dimensiune identitară, intențională și reflexivă a psihismului, care permite trăirea sentimentelor de apartenență și agenție (în sensul că „trăirile sunt ale mele” și „acțiunile sunt generate în cele din urmă de mine”). Sinele nu se reduce însă la trăirile subiective, el trebuind conceput ca o structură funcțională de ansamblu, ce asigură identitatea subiectului atât pentru sine cât și pentru alții, susținând-o ca un „lucru real”. Baza acestei structuri o constituie sinele identitar biografic, înrădăcinat în propria-i corporalitate biologică (pe care o resimte ca și „corp trăit”) și dimensionat prin markerii sociali de identificare și creativitate (nume, acte, statut și rol, opere). Sinele identitar e dimensionat prin durată temporală a biografiei și proiectelor (fapt pe care îl intuia deja Jaspers) și se raportează activ la situații actuale. Se cere avută în vedere și subiectivitatea reflexivă e eu-lui, pe care în secolul XX a studiat-o fenomenologia lui Husserl (Zehari 2003, 2005) și pe care cognitivismul o indică drept „perspectivă a persoanei întâi. Această schemă cu două direcții a fost conceptualizată deja în a doua jumătate a secolului XX; iar în psihopatologie ea a fost propusă de Ey (a se vedea Anexa I). În ultima perioadă cognitivismul studiază tot mai insistent dimensiunea metacognitivă, ce permite evaluarea, autoevaluarea și operații pe

modele probabiliste, referitor la datele situației în care subiectul este implicat. Iar doctrina atașamentului transgenerațional, invocă și ea o instanță meta-reprezentatională, ce permite derularea unor scenarii de relaționare interpersonală transactuală. Acceptarea unei astfel de instanțe metareprezentational/metacognitive este esențială pentru a putea înțelege transpunerea narativă a episoadelor trăite în memorie; și, în același timp, autoconceperea subiectului ca personaj de scenarii, ce se poate articula cu personajele narativității culturale. Astfel, pe lângă cele două direcții tradiționale ale structurii psihice a persoanei – identitatea de fond și raportarea la situația actuală – apare ca esențială și instanța mediatoare „metareprezentatională” ce asigură atât operarea pe modele probabiliste cât și legătura narativă dintre trăirile actuale, memorie și narativitatea culturală, centrată pe personaje (Chenar 7). S-ar putea susține că „locusul” psihozei se plasează la zona de joncțiune și articulație dintre cele trei instanțe.

Noua înțelegere a psihismului uman pe care o deschide secolul XXI, pe care am menționat-o mai sus, permite o reformulare a problematicii psihozei, apărută în cadrul medicinei psihiatrice. Întrebarea privitoare la condiția psihozei nu poate rămâne doar o întrebare medicală. Ea este o întrebare antropologică, privitoare la zona sau instanța psihismului persoanei umane care se perturbă în psihoze și modalitatea acestei perturbări. Sau, altfel spus, pe care psihoza o relevă, conform ipotezei că stările deficitare ale psihismului pot fi considerate „experimente naturale” care-i evidențiază infrastructura.

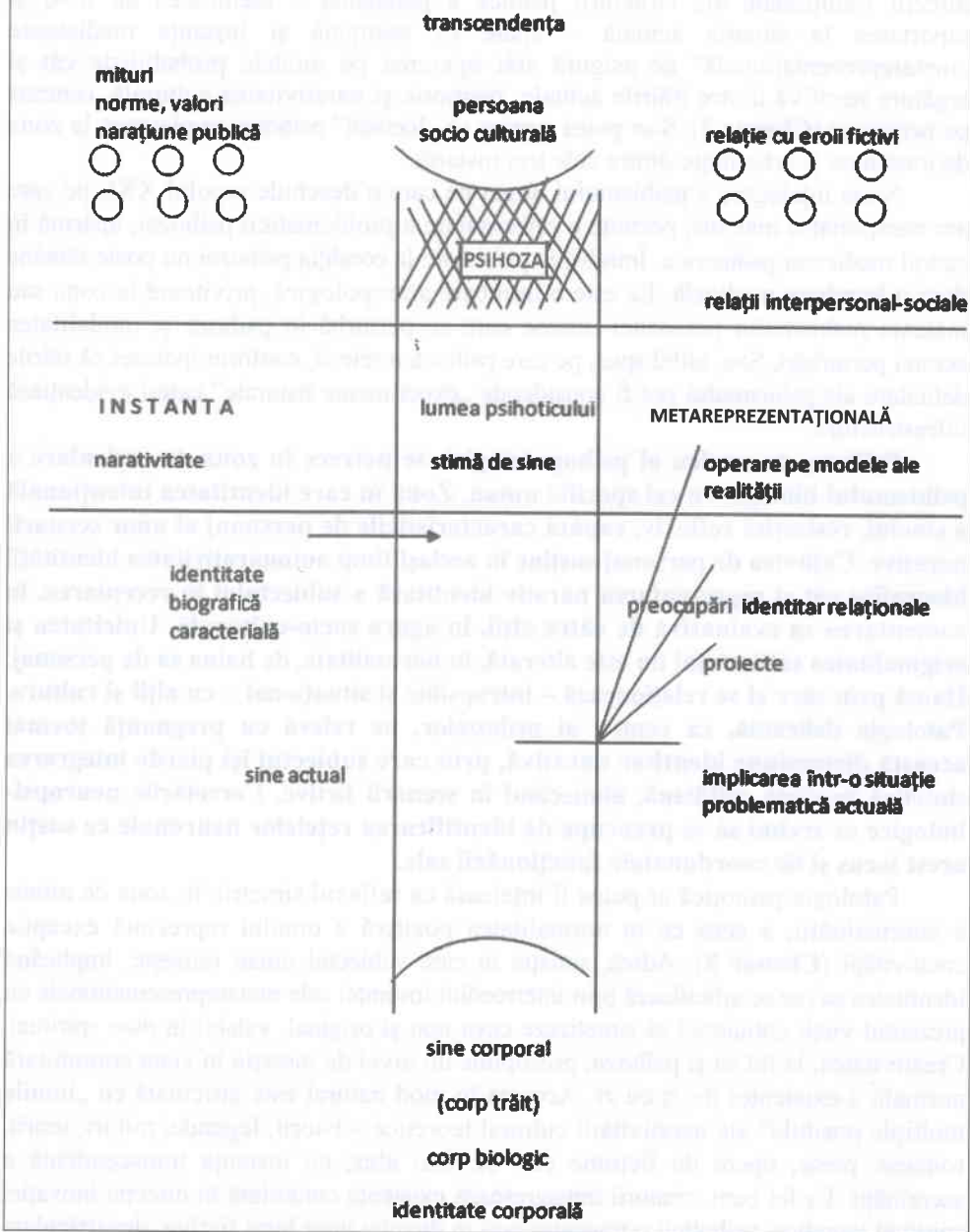
Psihoza, ca nucleu al psihopatologiei, se petrece în zona de articulare a psihismului biologic cu cel specific uman. Zonă în care identitatea intențională a sinelui, resimțită reflexiv, capătă caracteristicile de personaj al unor scenarii narative. Calitatea de personaj susține în același timp autonarativitatea identității biografice cât și reprezentarea narativ identitară a subiectului în receptarea, în comentarea sa evaluativă de către alții, în agora socio-culturală. Unicitatea și originalitatea subiectului nu este alterată, în normalitate, de haina sa de personaj. Haină prin care el se relaționează – intrapsihic și situațional – cu alții și cultura. Patologia delirantă, ca centru al psihozelor, ne relevă cu pregnanță tocmai această distorsiune identitar narativă, prin care subiectul își pierde integrarea sintetică în viața cotidiană, alunecând în scenarii fictive. Cercetările neuropsihologice ar trebui să se preocupe de identificarea rețelelor neuronale ce susțin acest locus și de coordonatele funcționării sale.

Patologia psihotică ar putea fi înțeleasă ca reflexul simetric în zona de minus a anormalității, a ceea ce în normalitatea pozitivă a omului reprezintă excepția creativității (Chenar 8). Adică, situația în care subiectul uman reușește, implicând identitatea sa (ce se articulează prin intermediul instanței sale metareprezentatională cu prezentul vieții cotidiene) să sintetizeze ceva nou și original, valabil în plan spiritual. Creativitatea, la fel ca și psihoza, presupune un nivel de inserție în viața comunitară normală a existenței de zi cu zi. Aceasta în mod natural este articulată cu „lumile multiple posibile” ale narativității culturale teoretice – istorii, legende, mituri, teorii, romane, piese, opere de ficțiune etc. Și, mai ales, cu instanța transcendentă a sacralității. La fel cum creatorii transgresează existența cutumieră în direcția inovației spirituale teoretice, psihoticii o transgresează în direcția unor lumi fictive, dezarticulate

de universul comunitar, al abstracțiilor mentale vide și dezorganizate. Psihoza ar putea exprima, în perspectivă antropologică, manifestarea fenomenologică a eșecului tentației de sinteză creatoare a psihismului identitar al persoanei.

Chenar 7

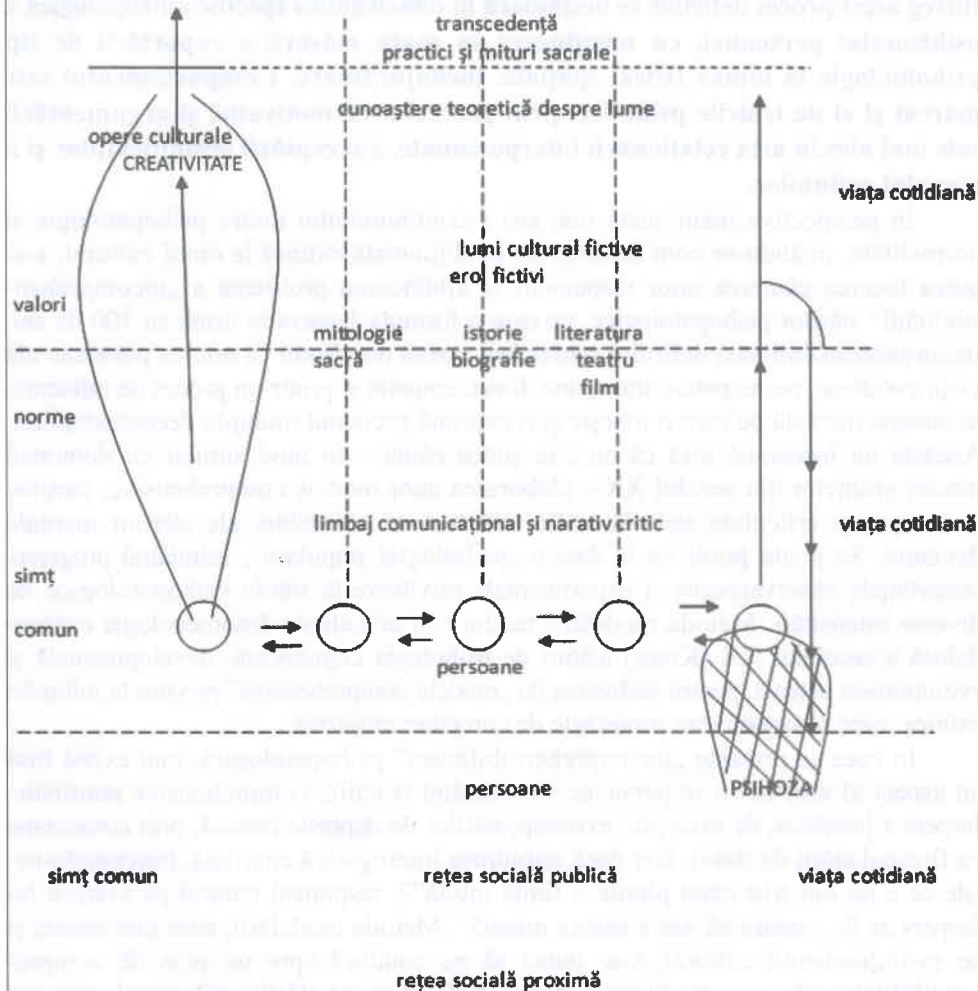
Psihoza reprezintă o perturbare a identității persoanei, a coerenței și autonomiei acestora



Chenar 8

Normalitatea vieții cotidiene

creativitate și psihoză



S-ar putea formula ca psihoza este o stare psihică deficitară, în care sinele persoanei alunecă din raportarea sa firească la viața cotidiană; raportare ce se realizează prin rezolvarea situațiilor problematice, împreună cu alții, pe fundalul proiectelor și preocupărilor ce-l deschid spre viitor. În psihoză, identitatea sa se restrânge, centrându-se pe instanța metareprezentatională, ce operează cu modele probabiliste, în prim plan situându-se evaluările. Instanță în care se

desfășoară și narativitatea, inclusiv autonarativitatea. Maniacalul se auto-evaluează ca autor a toate potent a unor posibilități nelimitate. Delirantul devine un personaj aberant într-un scenariu fictiv; iar pacientul cuprins de dezorganizare, își pierde identitatea și asertivitatea în spatele unui limbaj distorsionat logico-semantic, lipsit de coerență formală și de sens. Depersonalizarea, care este axul acestei căderi, progresa de la sentimentul „vrăjirii”, a schimbării de sine și a lumii, spre o direcție a anonimatului și lipsei de identitate. Întreg acest proces deficitar se desfășoară în dimensiunea specific antropologică a psihismului persoanei, cu menținerea în mare măsură a raportării de tip psihobiologic la lumea fizică, spațială, înconjurătoare. Comportamentul este marcat și el de trăirile psihotice, prin perturbarea motivației și argumentării sale mai ales în aria relaționării interpersonale, a receptării semnificațiilor și a sensului acțiunilor.

În perspectiva menționată mai sus a continuumului dintre psihopatologie și normalitate, ținându-se cont de doctrina evoluționistă extinsă la omul cultural, s-ar putea încerca căutarea unor răspunsuri la sfidătoarea problemă a „incomprehensibilității” stărilor psihopatologice, pe care o formula Jaspers în urmă cu 100 de ani. Incomprehensibilitatea delirului schizofren rezută din faptul că noi, ca persoane ale vieții cotidiene, nu ne putem transpune direct, empatic și printr-un proces de raționare, în situația mentală pe care o trăiește și o exprimă pacientul multiplu decontextualizat. Aceasta nu înseamnă însă că nu s-ar putea căuta – în mod similar cu demersul tuturor științelor din secolul XX – elaborarea unor modele comprehensive, parțiale la început și articulate apoi în unele structuri de ansamblu, ale stărilor mentale deviate. Se poate porni de la datele „psihologiei populare”, asimilând progresiv cunoștințele observaționale și experimentale privitoare la stările psihopatologice de diverse intensități. Metoda modelării readuce în actualitate fenomenologia existențialistă a secolului XX (Kraus) alături de psihologia cognitivă, dezvoltată și evoluționistă actuală, pentru realizarea de „modele comprehensive” privitor la tulburări psihice, care să organizeze proiectele de cercetare empirică.

În ceea ce privește „incomprehensibilitatea” psihopatologică, mai există însă un aspect al moștenirii jaspersiene. Comentând reacțiile comprehensive anormale, Jaspers a justificat, de exemplu, existența stărilor de depresie intensă, prin comparație cu firescul stării de doliu. Dar dacă atitudinea interogativă continuă, întrebându-ne: „de ce e un om trist când pierde o ființă iubită”?, răspunsul natural pe vremea lui Jaspers ar fi: „pentru că așa e natura umană”. Metoda modelării, care ține seama și de evoluționismul cultural, s-ar putea să ne conducă spre un plus de comprehensibilitate și în această direcție, stimulați de ideea că stările psihopatologice pot fi considerate experimente naturale.

A căuta caracteristicile „orbitei psihotiforme” este un travaliu util în egală măsură pentru medicina psihiatrică cât și pentru antropologia generală. Psihopatologia poate sprijini investigația privitoare la infrastructura psihismului uman.

Cartea de față are ca obiectiv degajarea unui teren problematic nou. În cursul expunerii, unele dintre idei, deoarece sunt noi, vor fi reluate în variate contexte și formulări. Ne cerem anticipat scuze lectorului pentru această redundanță.

NOTE

1. Citatul este după Marneros A., Goodwin F.K., Bipolar disorders beyond major depression and euphoric mania, în Marneros A., Goodwin F.K. (2005).

Datele de istoria psihiatriei menționate în capitolul de față și în următoarele fac referință la sintezele realizate din diverse perspective de: Postel J., Quétel (1983), Shorter E. (2005), Berrios (1996), Ellemberger (1994), Alexander E.G. (1972), Wallace (2008).

2. Lucrarea lui Foucault (1996) *Istoria nebuniei în epoca clasică*, care a apărut în Franța în 1961, este una dintre rarele abordări ale semnificației antropologice a nebuniei realizate de un filosof în ultimul secol. Comentariul rămâne cantonat la epoca istorică a modernității Europei. Majoritatea lucrărilor lui Foucault încearcă să descifreze contextul cultural în care s-a constituit psihiatria ca știință și a felului în care cultura s-a raportat la nebunie. În acest sens sunt semnificative lucrările sale: „Nașterea clinicii” (1998), „A supraveghea și a pedepsi” (1997).

3. Referința la invocarea tulburărilor mentale de către filosofi e făcută din primul capitol pentru a sublinia perspectiva larg antropologică și nu doar delimitat medicală a problematicii psihozei.

4. Henry Ey (a se vedea Lăzărescu, 2012) a realizat la mijlocul secolului XX o sinteză a psihopatologiei clinice centrată pe psihoze, din perspectiva dezvoltării ei în Europa în tradiția lui Jaspers. Sinteza sa are ca referință o cazuistică de dinaintea impunerii medicației neuroleptice, a desinstituționalizării și a manifestării principiilor promovate de DSM III. Ey a analizat literatura psihopatologică de până la el, prin prisma concepției neurologului britanic din secolul XIX. Huygens Jackson. Doctrina lui Jackson, apărută în perioada de afirmare a evoluționismului, susținea că noile funcții psihoneurologice câștigate de om în cursul antropogenezei sunt mai diferențiate, dar și mai sensibile și vulnerabile la stresori. Ele sunt primele care sunt afectate în patologie. În neurologie și psihiatrie, simptomele rezultă din mai multe direcții disfuncționale: – absența funcțiilor girate de structurile superioare diferențiate, care sunt lezate în primă instanță; – manifestarea structurilor mai vechi și inferioare, subjacente primelor, a căror exprimare era controlată, filtrată sau inhibată de structurile superioare până ce ele nu și-au pierdut funcționalitatea; – reorganizarea psihismului individual, ce trebuie să facă față negativității absenței funcțiilor superioare și pozitivității celor inferioare. Reorganizare ce realizează sinteza unei parțiale readaptări. Ey a propus o doctrină „organo-dinamistă”, conform căreia deficitul psihopatologic este în primul rând condiționat organic iar reorganizarea manifestărilor psihice (simptomatologia psihopatologică) se bazează mai ales pe un dinamism psihologic.

În cadrul sintezei sale Ey face apel la acele doctrine psihopatologice care erau afirmate în vremea sa: psihanaliza, fenomenologia, comportamentalismul. El a propus un model al psihismului uman (vezi Anexa I) care diferențiază, în limbaj structuralist, între: a) psihismul sincron al câmpului de conștiință, care se referă la prezența actuală a subiectului vigil, orientat în lumea înconjurătoare dată, asigurând manifestarea sa în mijlocul prezentului trăit; și: b) dimensiunea diacronă, transactuală a persoanei morale. Această schemă, ce era sugerată și de fenomenologia lui Husserl,

reprezintă o importantă sugestie pentru dezvoltări ulterioare. Mare parte din studiile sale Ey le-a dedicat destructurării câmpului conștiinței actuale, condiție care avea, pentru aparatul său conceptual, avantajul de a oferi exemplul natural al apariției pozitivității visului, ca urmare a minusului de conștiință pe care-l induce somnul. În această direcție Ey a exploatat moștenirea psihopatologică a lui Moreau de Tours, care invoca o cazuistică consecutivă consumului de alcool și droguri.

Deși conține multe idei fecunde, sinteza psihopatologică a lui Ey a trecut într-un con de umbră, prin apariția și impunerea noului spirit al DSM III, a cognitivismului și a noilor doctrine psihopatologice: dezvoltamentală și evoluționistă. El are însă meritul că, în întâmpinarea acestora, a susținut tot timpul ideea că tulburarea malativă e un deficit, un „experiment natural” deficitar care evidențiază infrastructura psihismului conștient printr-un fel de „experiment natural”. Dintre lucrările sale menționăm: *Conștiința* (1983), *Des idées de Jackson à une modèle organo-dynamique en psychiatrie* (1973).

5. Între istoricii psihopatologiei, Berrios (1996) se remarcă prin importanța pe care o acordă limbajului conceptual și tipului de discurs științific care se afirmă, ca o noutate, odată cu apariția psihopatologiei descriptive în secolul XIX. Modelul său de analiză ar putea inspira abordări similare privitoare la epoca actuală.

6. Jaspers (1997) (a se vedea Lăzărescu 2013) e un autor esențial în comentarea psihopatologiei psihozelor din mai multe motive. În primul rând, prin sinteza sa publicată în urmă cu 100 ani (*Psihopatologia generală*, 1913) el reunește majoritatea temelor psihopatologiei clinice studiate în secolul XIX și formulează termenii de bază ai psihopatologiei dinamice: reacție și dezvoltare anormală, proces psihopatologic și organic, defect al dezvoltării, postprocesual și organic, faza episodică a unei stări ciclice. O importanță deosebită are și felul în care a sistematizat apariția delirului primar pornind de la dispoziția și percepția delirantă, diferențiindu-l de dezvoltarea anormală a persoanelor vulnerabile. Prin aceasta s-a impus ideea „orbitei psihotiforme”.

O altă contribuție majoră a lui Jaspers constă în amploarea viziunii metodologice de abordare a omului, pe care psihopatologul o are în vedere. De fapt, el este cel care marchează deschiderea antropologică a psihopatologiei. Respectul față de varietatea și bogăția persoanei umane, chiar marcată de condiția psihopatologică, era o noutate în vremea psihiatriei azilare. Jaspers a pledat pentru efortul de comprehensiune empatică a pacienților și pentru valoarea științifică a cazului tipic ideal. El a încercat să impună în mijlocul doctrinei psihologice a celor trei facultăți, nucleul eu-lui conștient, în tradiția lui Kant. Ca filosof existențialist, Jaspers a dezvoltat ideea unicității și creativității persoanei umane. Prin studiile sale patografice, a susținut că procesul psihopatologic se opune creativității.

Referința la Jaspers, ca psihopatolog și filosof, trimite spre înțelegerea unei psihopatologii „personalizate”, care nu se referă doar la „cazuri abstracte și anonime” ci la persoane reale, toate, meritând respect, indiferent de situația limită în care se află. Pentru contribuția lui Jaspers a se vedea (Sheperd, 1990; Stangellini, 2013) și volumul omagial al revistei *Psychopathology* 2013, 46, 5, ed. Th. Fucs, S.C. Herpetz.

7. A fost ales comentariul lui Walker (1991) deoarece el apare într-un moment în care s-a reactivat interesul pentru delir. E vorba de un supliment la

British Journal of Psychiatry (n. 159) apărut în 1991 sub redacția A. Sims, dedicat în întregime delirului. Walker surprinde cu pertință faptul că Jaspers are în vedere trăirea semnificațiilor universului perceptibil, articulându-se astfel cu doctrina intenționalității conștiinței a lui Brentano, pe care s-a bazat ulterior fenomenologia lui Husserl (a se vedea Anexa I).

8. Trimiterile ce se fac la acest nivel în direcția absorbției psihoticului de o „lume a ficțiunii” vor fi reluate în capitolele ulterioare, mai ales în capitolul 3, privitor la delir și ipoteza lumilor multiple. Este esențială ideea că patologia psihotică nu e centrată, în fundamentele sale, de o alterare a raportării vigile a subiectului la datele ambianței nemijlocite; ci de perturbarea modalității specifice umane de „a fi în lume”. Aceasta implică instanța metareprezentativă a psihismului, ce articulează subiectul la narativitatea (logosul) comunitar culturală. O abordare clasică în acest sens se întâlnește în cartea lui Wirsich (1949) privitoare la lumea schizofrenului. Abordarea explicită a problemei ar urma să degajeze terenul pentru elaborarea unor modele comprehensive de studiere a cazuisticii psihotice după parametri cât mai standardizați, cvasiexperimentali.

9. În chenar sunt menționate cele trei căi prin care Jaspers considera că se poate ajunge la delir. Cea de a treia (care nu e comentată în text) se referă la delirul secundar altor stări psihopatologice, derivat din acestea sau avându-le ca argument. Ele sunt plasate separat de Jaspers, pentru a le diferenția de delirul primar. Cel mai elocvent ar fi cazul delirului din dispozițiile afective, care derivă din trăirea de autodeprecieri sau megalomană consubstanțială acestor tulburări. La fel, în cazurile în care halucinațiile ar fi primare, delirul ar putea fi interpretat ca o încercare de explicare de către subiect a acestui fenomen. Ultima idee se regăsește în relativ recenta teorie *bottom-up* (periferică) a constituirii convingerii delirante.

Problematika dispoziției sau „atmosferei” delirante și a „căderii” aparent bruște pe „orbita delirantă” a fost comentată constant în secolul XX și e dezbătută și în prezent. Varianta prezentată la acest nivel este una schematică, în spiritul ideii avansate de Jaspers. Dezbaterile actuale tind să pună accentul pe ideea de „centralitate” la care participă și trăirile de referință care nu se înscriu în scenariul precipitat al delirului primar. Și, de asemenea, trăirile senzitive de relație și sentimentul de supraveghere specială resimțit în paranoide. Asupra acestor probleme se va reveni în capitolele ulterioare (în special în capitolele 4 și 7).

Orientarea psihopatologiei spre problematica eu-lui conștient (*Ichstörung*) și a persoanei a fost continuată în psihopatologia clinică germană în prima jumătate a secolului XX de către Gruhle, Kronfeld, Mayer Gross, Schilder și mai târziu Schneider (după Mishara, 2014). Tot spre mijlocul secolului XX se dezvoltă o orientare psihopatologică antropologico-fenomenologică prin Straus, von Gebattel, Zutt (după Tattosian, 1979). Aceste orientări pot sta la baza unei relansări actuale a psihopatologiei cognitivist fenomenologice centrată pe conceptul de sine (*self*) articulată cu viziunea evoluționistă, în conjuncția acesteia cu analiza antropogenezei și a dezvoltării omului cultural.

10. Sistemul DSM-III și edițiile ulterioare ale acestuia a fost constant criticat din diverse perspective. De-a lungul deceniilor dezbaterile s-au purtat în esență între modelul bio-medical pe care acest sistem îl reprezintă și abordarea sociologico-

politică (culturală) care a stat și la baza mișcării antipsihiatrice generată de Szasz (1972). O formulare celebră e cea lui Kendell (1986): „Tema cea mai fundamentală și constrângătoare este dacă boala („disease”, „illness”) este un concept normativ bazat pe judecăți de valoare sau dacă e un termen științific, liber de valori; cu alte cuvinte dacă e un termen biomedical sau unul socio-politic. Astfel polarizată problema, ea nu duce însă decât la comentarii paralele și la o imposibilitate a convergențelor. Și aceasta, chiar când se pleacă cu cele mai bune intenții și cu un orizont larg de abordare, așa cum e cazul lucrărilor lui Sadler (2005) și Bolton (2008). Nu e posibilă o soluție a problemei până nu se acceptă explicit un psihism specific uman, care fiind indiscutabil susținut de funcții cerebrale, se dimensionează printr-un sine (eu conștient) identitar, capabil de autoreprezentarea evaluativă și narativă. De aici rezultă necesitatea continuării eforturilor de elaborare a unor modele fenomenologico/cognitiviste, care să aibă un dovedit suport în funcționarea cerebrală și o evidentă articulare cu narativitatea ce susține „lumile posibile” culturale. Invocarea universului valoric, așa cum fac Fulford și Sadler, fără a o comenta cu narațiunile fictive ce conțin personaje – subiectul putând fi unul din acestea – nu are cum să apropie și să articuleze punctele de vedere menționate. De aceea, probabil, direcția psihoantropologică valorică pe care s-a plasat Ricoeur (1990) va fi exploatată în viitor mai substanțial decât o încercă recent Stangellini (2013). Privitor la lumile (culturale) posibile, pe care le evocăm în legătură cu delirul Gallanger (2009), trimitem la lucrarea lui Pavel (1992).

Revenind la proiectul DSM-III trebuie precizat el a fost totuși un demers curajos și necesar, de a înregimenta psihopatologia în chingile sistemului biomedical general; și, probabil, o asemenea abordare va urma să se mențină constant, cunoscându-i-se dinainte limitele intrinseci, pentru care modelul nu trebuie deci mereu criticat sau rejectat. De fapt, însăși provocarea unui astfel de model a fost și rămâne stimulantă pentru psihopatologia generală, din vremea lui Jaspers în prezent și în viitor.

11. Preocuparea față de un continuum, e firească și inevitabilă atunci când se aplică un sistem categorial. Ea e valabilă în întreaga medicină, atât în ceea ce privește tranziția stărilor malade spre normalitate (*e.g.* tensiunea arterială, obezitatea) cât și în ceea ce privește tranziția și comorbiditatea, în cazul tulburărilor apropiate semiologic sau etiopatogenic. Pentru psihopatologie, abordarea evoluționistă poate oferi câteva sugestii pentru constatările clinice. Astfel, în cazul tulburărilor dispoziționale există comorbidități importante între starea depresivă și cea maniacală pe de o parte, și trăiri de tip anxios și disforic pe de altă parte. Privind din perspectiva derivării tuturor acestor dispoziții din raportarea riscantă a individului (biologic sau uman) la situații, mai ales printr-o confruntare beligerantă, aceste comorbidități capătă comprehensibilitate. În această direcție se cere studiată în continuare și fațeta formală a psihopatologiei. De exemplu starea de deficit a funcționării psihocerebrale, sugerează o pierdere a diferențierii și o comasare a unor aspecte și trăiri care, în normalitate sunt diferențiate. În trimiterea de mai sus la corelația între stările dispoziționale și confruntarea riscantă sau beligerantă, de obicei anxietatea este în prim plan, ea mixtându-se o dată cu depresia înfrângerii sau eșecului. După cum și expansivitatea dezinhibată din timpul confruntării e diferită de euforia

succesului și a sărbătorii consecutive acestuia. Prin dediferențiere psihopatologică însă, „modulele psihoantropologice” corespunzătoare se manifestă uneori cu trăiri mixtate.

12. Psihologia evoluționistă s-a dezvoltat după 1990 luând în considerare valoarea adaptativă a comportamentelor și nu doar a caracteristicilor corporale. Strategiile comportamentale sunt realizate de către creier prin operații informaționale asupra unor modele ale realității. Astfel, evoluția s-a centrat pe selectarea comportamentelor adaptative, care se transmit prin „moduli” psihocerebrali – Fodor (1983). Doctrina psihologiei evoluționiste s-a bazat nu doar pe noile date de paleontologie și genetică ci și pe orizontul deschis de cognitivism în psihologia animală. Lucrări de referință în domeniu se găsesc la: Cosmides (1992), Stevens (1996), Nesse (2002), Rossano (2003), Buss (2004). O lucrare sintetică privitoare la psihiatria evoluționistă este cea a lui Brüne (2008). Sinteze mai recente se găsesc și în Lăzărescu (2009), Lăzărescu (2011 f).

Abordarea psihopatologiei evoluționiste se face în prezenta lucrare printr-o referință la psihismul uman, ce e înțeles ca structurat nu doar prin achiziția mersului biped, a limbajului articulat și a creierului social. Ci și prin caracteristicile vieții culturale ce s-a dezvoltat în ultimii 10.000 ani, de când omul e sedentar, cultivator, organizat prin practici instituționalizate, invocând narativ, prin logos, mituri ale originii și ființe transcendente. Psihismul uman dezvoltat în aceste condiții se cere înțeles ca integrat în „memele” umane autoreproductive.

13. Condiționarea stărilor psihopatologice în general și a celor psihotice în special rămâne și în prezent o problemă deschisă (Lăzărescu, 2010). Odată cu edificarea sistemului nosologico-nosografic la începutul secolului XX, în perioada Kraepelin/Jaspers etiopatogenia a fost împărțită formal în trei clase: cea condiționată organic (cerebral), endogen și psihogen. Între aceste vagi trimiteri la condiționare, care nu au avut la bază o elaborare etiopatogenică clar edificată, și conținutul semiologic, sindromatic, nu a existat decât o corelație parțială, multe „tablouri clinice” putând fi regăsite în toate cele trei clase: e.g. depresia. Psihozele au fost plasate predominant în clasa endogenității. Deși, tablouri clinice delirant halucinatorii au fost constant înregistrate în suferințele organice cerebrale, toxice și de suferință cerebrală. O variabilă intermediară între cele trei clase a constituit-o „personalitatea”, înțeleasă atât ca biografie cât și ca și constituție (caracter). Aceasta a fost studiată mai ales în corelație cu patologia reactiv psihogenă, contabilizându-se cumulul trăirilor psihice stresante pe termene determinate sau de-a lungul vieții. Perspectiva a adus în discuție „terenul personalistic”, comentat în mod particular de psihanaliză; dar invocată și de genetică, în tradiția „constituțiilor morbide” ale secolului XIX. Terenul personalistic a reprezentat o variabilă importantă în dezvoltarea – după 1980 – a doctrinei vulnerabilitate/stres, propusă într-un fel în locul conceptului vag de „endogenitate”.

Conform acestei doctrine persoana se dezvoltă în ontogeneză dobândind caracteristici de fond de vulnerabilitate pentru tulburări psihice (mai mult sau mai puțin specifice); sau de „nonvulnerabilitate” și „reziliență”. Vulnerabilitatea e pluri-condiționată, prin factori genetici, acțiunea asupra creierului a unor noxe variate în cursul ontogenezei, influențe psihosociale educative constante, evenimente de viață particulare etc. Influențele ontogenetice nefavorabile – adversitățile – pot juca un

rol diferit în funcție de perioada în care acționează, de tipul și durata lor. Subiectul poate trece prin perioade de vulnerabilitate crescută și scăzută (de non-vulnerabilitate). Cu cât vulnerabilitatea e mai mare, cu atât stresorii mai puțin intensi pot condiționa stări psihopatologice.

Acest model vulnerabilitate/stres s-a complexificat progresiv prin dezvoltarea unor variate aspecte cum ar fi :

– Varietatea stresorilor în afara reacțiilor comprehensive și a celor particulare pentru unele personalități. S-a relevat astfel importanța influențelor constante ale ambianței, a frustrărilor, eșecurilor, conflictelor; apoi, a evenimentelor de viață, mai ales în sensul schimbărilor de viață ce necesită un efort de readaptare (nou program de activități, noi relații etc). S-a analizat și felul în care evenimentele de viață sunt independente de subiect sau dependente de el, induse prin modul său special de comportament sau condiționate de stările psihopatologice incipiente pe care subiectul le trăiește. Schimbările de viață sunt de cele mai multe ori corelate cu sfârșitul și începutul unor cicluri de viață, articulându-se astfel cu bio-psihoritmicitatea ciclică a vieții individului (care e comentată în capitolul 2).

– Sublinirea rolului factorilor compensatori în raport cu stresorii: – rolul rețelei de suport social, a capacităților de coping cu stresul, a perioadelor de relaxare, a satisfacțiilor. Factorii compensatori se află în echilibru cu cei stresanți, fiind și ei parțial corelați cu structura persoanei.

– Factorii genetici au fost studiați atât în direcția specificității cât și a nespecificității lor. Astfel, pentru psihoze, există și aspecte nespecifice ale eredității. În perspectiva spectrelor malade se ține seama și de aspectul temperamental pe care-l poate condiționa genetica și de faptul că aceasta girează dezvoltarea unor funcții generale (e.g. funcții de cogniție socială, funcții executive) și doar indirect stări psihopatologice;

– În această perspectivă genetică înțeleasă în sens larg, pot fi incluse și sugestiile psihologiei evoluționiste inclusiv din perioada culturală a umanității. Se au în vedere vulnerabilitățile de fundal, rezultate din selectarea unor funcții adaptative pentru anumite medii ecologice, care nu mai sunt actuale (determinism filogenetic „ultim” („ultimate”) diferit de cel din cursul ontogenezei și biografiei).

În perspectiva doctrinei vulnerabilitate/stres se acceptă ideea că, în condițiile în care vulnerabilitatea se accentuează foarte mult printr-un determinism nonliniar ce cumulează mulți factori conducând, la un moment de „ruptură”, solicitările firești și banale ale vieții cotidiene pot deveni la un moment dat supraliminare, condiționând o decompensare psihopatologică. Aceasta aduce însă în prim plan un „model psihopatologic” preexistent care s-a constituit ca modalitate patologică, pornind de la desimplicarea și condensarea anormală a unor structuri funcționale adaptative (capitolul 2).

Aceste modalități etiopatogenetice vor fi comentate în capitolele următoare.

PARTEA I

PSIHOPATOLOGIA TEMATICĂ A PSIHOZELOR CENTRATĂ DE DELIR

Deficitul psihopatologic predominant tematic din psihoze e centrat de delir. Trăirea delirantă ar putea fi înțeleasă ca alunecarea identității sinelui pe o orbită deficitară, nivel la care subiectul se transformă într-un personaj dintr-un scenariu fictiv, aberant. Lumea delirantului se înscrie în regulile narativității ficționale, desprinsă de – și paralelă cu – cea a situațiilor evenimentiale actuale, integrate în viața cotidiană. O primă deschidere spre orbita psihotică se realizează prin absorbția subiectului de dispozițiile afective, de tip dezinhibat expansiv prosocial – maniacal – sau de tipul retragerii inhibitate – depressive. De la un anumit nivel de manifestare excesivă, se poate produce o ruptură, astfel încât aceste trăiri dispoziționale se autonomizează. Și, prin ritmul derulării lor, desprind subiectul de prezența sa la evenimentele actuale, proiectându-l într-o temporalitate paralelă, ce se desfășoară în instanța metareprezențioanală. Maniacalul sau depresivul este dezarticulat de relația intersubiectivă cu alții și de receptivitatea de a fi influențat de evenimente, centrat pe o valorizare excesivă a sinelui. E deschisă astfel, scena excentrică pe care se va înfățișa delirul. Delirantul „cade” în această instanță metareprezențioanală deformată deficitar, ca erou de scenariu fictiv, desprinzându-se astfel de situațiile problematice care-l solicită în cadrul vieții cotidiene. În cazul delirului nu mai intervine însă, la fel ca în dispozițiile patologice, tulburarea de fond a ritmului temporalității, accelerat sau încetinit. Delirantul alunecă direct într-o instanță a lumilor fictive, trecere ce poate fi mediată de o dispoziție specială a unei nefamiliarități anxioase, depersonalizante, cu lumea și cu sine. Delirul cu tematică religioasă face evidentă această mutație, subiectul resimțindu-se ca făcând parte din lumea supranaturală divină, în intimitate cu personajele mitice ale acesteia, uneori posedat de diavol. Se instituie astfel un proces de „transpersonalizare”. Cea mai frecventă tematică delirantă este însă cea paranoidă, în care subiectul se simte persecutat și supravegheat în intimitate de cineva sau de ceva străin, xenopatic. Chiar atunci când personajele ostile nu sunt considerate ființe supranaturale, scenariul delirant e desprins de evenimentele vieții curente și plasat într-un univers fictiv. Trăirile halucinatorii, predominant cele auditive, sunt solidare cu semnificațiile scenariului din lumea delirantă, chiar dacă sunt proiectate în spațiul lumii ambientale exterioare. Distincția dintre interioritatea subiectivității și exterioritatea spațială a lumii înconjurătoare, e comentată de obicei prin referință la schema corporală, ce delimitează

neuropsihic limitele propriului corp. Ea se bazează însă, de fapt, pe distincția dintre instanța cvasispațială a percepției și acțiunii nemijlocite, actuale pe de o parte, ce are ca topos de referință sinele corporal situat. Și, în direcția subiectivității, instanța cvasitemporală a fundalului identității biografice, mnestică imaginative, solidar cu lumile fictive. Informațiile actuale pot fi receptate ca având o semnificație specială pentru subiect, în condițiile deficitului psihic specific delirului, când se perturbă arhitectonica ordinii ierarhice a prelucrării informațiilor. Perceperea și raportarea la alți oameni e marcată, în normalitate, de identificarea și plasarea lor pe o diagramă ce se desfășoară între zona intimității și cea a relațiilor publice. Persoanele intime sunt cele de atașament, cu care subiectul se identifică, se interpătrunde și pe care le asimilează în propriul psihism. Acest fenomen presupune o capacitate de dedublare și multiplicare a structurii sinelelui. În psihoza centrată pe delir apar uneori și trăiri de tipul dedublării psihice. Fenomenul constă în resimțirea prezenței în sine a altei instanțe personaliste, a altui personaj, parțial distinct de sine. Trăirea posesiunii de către un alterego este o veche tradiție culturală, care invocă ființe supranaturale. Delirurile cu această temă, corelate cu patologia disociativă și obsesivă, fac mai comprehensive convingerile de transparență psihică în care apare sentimentul cunoașterii gândurilor intime de către alții; și cele de influență xenopatică, în care subiectul este convins că i se impun gânduri și îi sunt dirijate acțiunile. Acestea reprezintă nucleul „simptomelor de prim rang” ale lui Schneider. Ele exprimă deficitul de autocontrol al intimității nucleare a sinelui.

Simptomatologia tematică se înscrie în ansamblul procesului de depersonalizare și transpersonalizare psihotică, a cărei consecință e starea delirantă, în care subiectul resimte că: „lumea s-a schimbat, eu m-am schimbat, am fost vrăjit etc.”. Trăirea depersonalizării, ca afectare a resimțirii identității, are și o variantă disociativă, nepsihotică, în care subiectul trăiește o nefamiliaritate cu sine și cu lumea, pe care le resimte ca ceva străin, ca și cum el ar fi în afara lor.

În concluzie, transformarea psihotică tematică, delirantă, plasează subiectul într-un scenariu narativ aberant ce se derulează într-o lume paralelă cu cea a vieții cotidiene; și care poate fi narată. Continuarea procesului depersonalizării conduce spre o apersonalizare anonimizantă, în care contururile identității și autonomiei se pierd.

CAPITOLUL 2

MANIA, DEPRESIA ȘI DRUMUL SPRE PSIHOZĂ

Paragraful nu e centrat pe problematica clinică și etiologică a patologiei maniacale și depresive ci pe evidențierea antecedentelor în normalitate a acestor stări.

Mania și depresia sunt cele mai vechi stări psihopatologice descrise, ele reprezentând baza tulburării bipolare. Adică a bolii maniaco-depresive, care în sistematica lui Kraepelin constituia cea de a doua psihoză endogenă, alături de schizofrenie. Episodul maniacal și cel depresiv sunt prezentate în conformitate cu modelul medical, atât în manualul DSM-5 și în cărțile de semiologie prin liste de simptome. Ele reprezintă însă de fapt sindroame, adică fenomene coerente, configurate și centrate, ce derivă din trăiri omenești naturale. Așa e starea de doliu pentru depresie și cea de euforie dezinhibată pentru manie. Simptomatologia manualelor poate fi grupată astfel încât să corespundă acestei abordări.

În calitatea lor de dispoziții afective anormale, mania și depresia pot fi analizate – din perspectiva psihologiei evoluționiste extinsă la viața umană culturală – ca derivând din stări adaptative și firești. Dispozițiile „externalizate” caracterizate prin dezinhibiție expansivă și prosocială, susțin comportamentele realizatoare. Ele pot fi considerate ca precursori ai stărilor maniacale. Dispozițiile „internalizate” de retragere inhibată, necesare protecției, refacerii și reorganizării interioare, pot fi considerate ca precursori ai stărilor depresive. Ca modele de referință pentru psihopatologie se impun însă: pentru depresie situația doliului ritualizat socio-cultural, ce are la bază atașamentul uman. Pentru manie, dezinhibiția sărbătorii de tip carnavalesc. Condiția sărbătorii, cu origine în cea sacrală, e definitorie pentru existența umană, ea flancând perioadele de muncă realizatoare.

Abordarea maniei și depresiei din perspectiva evoluționismului psiho-antropologic permite interpretarea lor ca având la bază „structuri funcționale adaptative” (moduli psiho-antropologici) ce se află la dispoziția individului și se actualizează adaptativ când situația o cere. Anormalitatea ar consta în dediferențierea și autonomizarea acestor moduli, ce se actualizează la stimuli minori sau în condițiile solicitărilor vieții de zi cu zi. Dispoziția anormală maniacală și depresivă se manifestă rigid, își subordonează întreaga viață psihică și decontextualizează subiectul. Decontextualizare care-l face insensibil la solicitările actuale, inclusiv la emoții și atașamente.

Stările maniacală și depresivă decontextualizante pot fi considerate, din punct de vedere fenomenologic, ca fiind psihice și în afara prezenței delirului, prin îndepărtarea subiectului de prezența activă la situație, prin perturbarea infrastructurii sale temporo spațiale. Mania proiectează subiectul într-un viitor atotputernic; iar depresia îl trimite către un trecut orientat spre negație și neființă. În ambele cazuri subiectul nu mai poate fi „prezent” la „scena situațională a prezentului” nemijlocit, care nu-l mai interesează. În normalitate, prezentul se constituie pentru subiect prin angajarea sa într-o situație problematică actuală care-i mediază relația cu lumea. Patologia dispozițională psihotică împiedică apariția subiectului pe scena prezentului, a situației actuale, alienându-l astfel psihotic.

Condiționarea stărilor maniacale și de depresie majoră este multiplă: genetică, prin disfuncții cerebrale și vulnerabilizări psihologice. Aceste tulburări se cer privite nu doar ca posibile diagnostice medicale pentru tulburări tratabile; ci și ca aspecte extreme ale vieții omenești, în care se perturbă mai ales dimensiunea trăirii temporalității, nu doar ca prezent ci și ca proiect sau ciclu de viață. În perspectiva ciclurilor vieții, biopsihoriturile antropocosmice susțin „evenimente”, proiecte și preocupări ce se desfășoară de-a lungul unor diverse linii temporale. Se asigură astfel o „adâncime” a temporalității trăirilor psihice care contextualizează evenimentul actual, la fel cum percepția unui obiect este învaluită de un context accesibil. Patologia dispozițională perturbă viața psihică la acest nivel infrastructural, al temporalității în multiplele sale planuri.

Mania și depresia majoră pot fi privite ca „experimente naturale” care ne invită să analizăm existența psihică a omului și din perspectivă evoluționist fenomenologică, cu obiectivul înțelegerii tranziției dinte normalitate și patologia psihotică.

MANIA ȘI DEPRESIA ÎN PSIHOPATOLOGIA CLINICĂ

Mania și melancolia au fost identificate în medicina greacă în urmă cu 2500 de ani, iar de atunci sunt continuu comentate în cultura Europei ca particularități sau aberații ale minții umane. În secolul XIX ele au căpătat un contur mai specific, diferențiindu-se de delirul halucinator. Apoi, mania și depresia – ultima înlocuind în terminologie tradițională melancolie – s-au reunit în cadrul aceleași boli, ce se manifestă în două forme opuse, simetrice. Această boală maniaco-depresivă a fost prezentată de Kraepelin în sistemul său nosologic ca parteneră a schizofreniei pentru a circumscrie centrul tulburărilor psihotice, în calitate de psihoze endogene. Termenul de psihoză s-a încetățenit la sfârșitul secolului XIX și începutul secolului XX, iar calificativul „endogen” făcea diferența față de tulburările condiționate evident organic cerebral. Nici Kraepelin, nici psihiatrii primei generații ai secolului XX nu s-au străduit să dea o definiție riguroasă psihozelor endogene. Dar a existat un consens unanim că prototipul psihozei poate fi considerată schizofrenia. Iar deoarece boala maniaco – depresivă era principalul partener al acesteia, nimeni nu și-a pus problema că ea ar fi altceva decât o psihoza endogenă.

Spre sfârșitul secolului XX, în atmosfera psihiatrică din S.U.A care a pregătit și apoi a dezvoltat DSM III, s-a propus o diferențiere. Termenul de psihoză a fost acceptat în continuare, adjectival, pentru tulburările halucinator delirante, dezorganizarea pronunțată, catatonia și alte simptome caracteristice schizofreniei, dar nu pentru tulburarea maniaco-depresivă. Aceasta a fost descrisă ca putând avea episoade maniacale și depresive cu „aspecte (*features*) psihotice”, adică delirant halucinatorii.

Abordarea DSM-III, ce se menține până în DSM-5 (2013) ridică probleme doctrinare ce vor fi comentate. Reținem pentru început opțiunea sistemului DSM de a nu atribui adjectivul de „psihotic” tulburărilor dispoziționale și de a le exclude din cele 5 clase sindromatice acceptate prin convenție tacită în capitolul Tulburărilor psihotice. În același timp ne plasăm pe poziția că, atât argumentele ce au funcționat în intuiția specialiștilor timp de peste 20 de veacuri cât și argumente terapeutice, evolutive și psihopatologice, pledează pentru plasarea episodului maniacal (agitat) și a depresiei majore în indiscutabilă tangență sau chiar includere în „orbita psihotică”, pe care intenționăm să o degajăm psihopatologic. În plus, cazul tulburărilor dispoziționale este de la început exemplar pentru problema continuumului între normalitate și psihopatologie pe care doctrina spectrelor maladive o relevă. Ele aduc în față întrebarea privitoare la „locusul” de ruptură sau discontinuitate, pe care mutația spre psihoză îl semnalează. În sfârșit, tulburările dispoziționale oferă ocazia comentării felului în care se constituie structurile funcționale de tip „modular” psihopatologic, ce ajung să se impună în prim plan la persoane vulnerabile, aparent „endogen”, decontextualizând psihismul și lăsându-l în seama unei „funcționări”

anormale, rigide, dediferențiate și dezadaptative. Din toate aceste perspective, anormalitatea psihopatologică a dispozițiilor maniacale și depresive este instructivă pentru cazul, indiscutabil psihotic, al delirului. Ea constituie în același timp o introducere adecvată pentru problema psihozelor în general.

MANIA ȘI DEPRESIA ÎN SISTEMUL MEDICO-PSIHIC DE DIAGNOSTIC AL MANUALULUI DSM-5

DSM-5 este ultima versiune, apărută în 2013, a sistemului de diagnostic și statistică DSM III, apărut în 1980. Sistemul DSM în ansamblu este un manual dedicat medicilor psihiatrii pentru a ghida un diagnostic reproductibil, sprijinind consensul dintre diferiți specialiști în vederea terapiei, statisticii, cercetării, învățământului. Făcând parte din câmpul medicinei, diagnosticul psihic presupune ca manualul ce îl ghidează să prezinte un sistem complet și ordonat al tulburărilor (bolilor), iar fiecare dintre acestea să fie caracterizată clar, univoc, prin criterii explicite, care se referă predominant la simptome. Sistemul DSM-5 folosește definiții operaționale, prototipice: dintr-un număr de simptome expuse, un minimum trebuie să fie prezente pentru un diagnostic pozitiv; iar uneori, câteva pot fi obligatorii. Se consideră conform principiului categorial, că orice tulburare prezentată e distinctă de altele. Dar se acceptă comorbidități. Plasarea unor tulburări în anumite capitole sugerează o afinitate între ele, fapt exprimat în unele cazuri explicit prin expresia de „spectru” sau „tulburări corelate” din titlul capitolelor. Limbajul tinde să fie cât mai univoc și clar, bazat pe aspecte observaționale. Criteriile înșirate la fiecare categorie nu pretind că epuizează sindromul; ci doar că fac parte din cele importante.

Fiind un manual de diagnostic al tulburărilor psihice, DSM-5 nu poate prezenta explicit și nuanțat aspectul dimensional al trecerii spre normalitate și/sau echivalentul unui sindrom în psihismul normal, echilibrat, adaptativ și creator. În ideea continuumului psihopatologic sunt prezentate totuși și categorii de diverse intensități, inclusiv de intensitate mică.

În continuare, se va prezenta pe scurt felul cum sunt comentate mania și depresia în DSM-5, unde sunt descrise în capitolele 3 și 4, împreună cu episodul ciclotim și distimic, cu Tulburarea Bipolară I, II, Tulburarea Depresivă și alte tulburări corelate.

Criteriile pentru Episodul maniacal și Episodul depresiv major sunt prezentate în chenarele 9 și 10. Criteriile pentru Episodul hipomaniacal sunt aceleași ca pentru episodul maniacal dar exprimate mai puțin intens. Astfel, durata poate fi și de câteva zile, iar simptomul nu determină o deficiență marcată în funcționarea socială sau ocupațională, sau internare.

În caracterizarea episodului depresiv (când nu e specificat ca major) se cere de asemenea ca obligatorii manifestări simptomatice de cel puțin 2 săptămâni cu prezența dispoziției depresive și a scăderii interesului și plăcerii. Se mai cere prezența a cel

puțin trei simptome din următoarele 7: scădere marcată în greutate din cauza inapetenței, insomnie sau hipersomnie, agitație sau inhibiție psihomotorie, oboseală sau lipsă de energie, sentimentul lipsei de valoare sau vinovăție și preocupări suicidale.

Chenar 9

Episodul maniacal în DSM-5

Pentru diagnostic pozitiv sunt necesare următoarele:

A. O perioadă distinctă în care e prezentă o dispoziție (mood) elevată, expansivă sau iritabilă și o anormală și persistentă activitate orientată spre scop sau energie; durata trebuie să fie de peste o săptămână și fenomenele să persiste cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi; sau, orice durată; spitalizarea e necesară.

B. În perioada de tulburare dispozițională și creștere a activității și energiei să fie prezente trei sau mai multe din următoarele 7 simptome (minimum 4 dacă dispoziția e doar iritabilă), cu o intensitate semnificativă și reprezentând o modificare notabilă față de comportamentul uzual: **1.** O stimă de sine crescută sau grandiozitate; **2.** O nevoie scăzută de somn (e.g. se trezește și nu mai readorme după 3 ore de somn.); **3.** E mult mai vorbăreț decât de obicei sau simte nevoia (presiunea) de a vorbi; **4.** Fuga de idei sau sentimentul subiectiv ca gândurile nu pot fi controlate; **5.** Distractibilitate (e.g. atenția e ușor dăstrasă de stimuli externi irelevanți sau neimportanti) observată sau relatată; **6.** Creșterea activității orientate spre un scop (fie social, la munca sau la școală, sau sexuală) sau agitație psihomotorie (i.e. tendința spre activități nedirecționate spre un scop); **7.** Implicare în activități cu mare potențial de consecințe nefavorabile (i.e. implicarea în cheltuieli excesive, indiscreții sexuale, investiții bănești aberante).

Criteriul C precizează că tulburarea e suficient de gravă pentru a crea deficiențe importante în funcționare iar criteriul D. că episodul nu poate fi atribuit efectelor fiziologice ale unor substanțe/medicamente sau altor condiții medicale.

Chenar 10

Episodul depresiv major în DSM-5

Pentru diagnostic pozitiv sunt necesare următoarele:

A. Prezența a 5 (sau mai multe) din următoarele 9 simptome cel puțin 2 săptămâni, reprezentând o schimbare a funcționării anterioare; cel puțin unul trebuie să fie din primele două: **1.** Dispoziție depresivă cea mai mare parte din zi, aproape în fiecare zi, indicată fie prin raportări subiective [e.g. a se simți prost (*sad*), gol sau lipsit de speranță] sau prin observația făcută de alții (e.g. apare ca plin de lacrimi). N.B. la copil sau adolescent poate fi o dispoziție iritabilă.; **2.** Scădere marcată a interesului și plăcerii pentru toate, sau aproape toate activitățile, majoritatea zilei, aproape în fiecare zi (indicat fie prin raportare subiectivă, fie prin observație); **3.** Scădere marcată în greutate fără a ține o dietă de slăbire (e.g. mai mult de 5% din greutate într-o lună) sau scăderea sau creșterea apetitului aproape în fiecare zi; **4.** Insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi; **5.** Agitație sau inhibiție psihomotorie (observabilă de alții); **6.** Oboseală sau lipsă de energie aproape în fiecare zi; **7.** Sentiment de lipsă de valoare sau vinovăție excesivă sau neadecvată (ce poate fi delirantă) aproape în fiecare zi; **8.** Scăzută abilitate de a gândi sau se concentra, sau indecizie aproape în fiecare zi (atât resimțita subiectiv cât și observabilă de alții); **9.** Gânduri recurente de moarte (nu doar frica de moarte), ideatie recurentă suicidală fără un plan specific sau tentativă de sinucidere sau plan specific de a se sinucide.

Criteriul B precizează că sindromul conferă o semnificativă stare de distres sau deficiențe în funcționare, iar criteriul C că episodul nu e consecința directă a consumului de substanțe/medicamente sau a altor condiții medicale.

DSM-5 mai descrie ciclotimia și distimia. Ciclotimia presupune ca cel puțin doi ani să existe multiple episoade cu simptome hipomane ce nu întrunesc criteriile pentru un episod hipoman și numeroase episoade cu simptome depresive care nu întrunesc criteriile pentru un episod depresiv major; nu există mai mult de două luni consecutive fără simptome. Distimia constă în prezența aproape continuă a unor simptome depresive timp de peste doi ani; fără intervale libere mai lungi de două luni; dar nu se cere prezența anhedoniei (lipsa de plăcere), sentimentul de vinovăție și a ideatei de moarte.

În afara acestor circumscrieri, în capitolul consacrat Tulburării bipolare sunt menționate „specificări” care se referă la:

1. Prezența distresului anxios: ușor, moderat, moderat sever, sever;
2. Episoade maniacale sau hipomaniacale cu simptome mixte, depresive; episoade depresive mixte, cu simptome maniacale;
3. Tulburarea cu cicluri rapide: cel puțin 4 în 12 luni;
4. Episod depresiv cu trăsături melancolice: acesta prezintă simptome ca lipsa plăcerii și a reactivității, calitate aparte a dispoziției depresive cu sentiment de gol interior, rău și trezire matinală, agitație sau inhibiție psihomotorie marcată, scădere în greutate, sentiment de neadecvare și vinovăție;
5. Cu aspecte atipice: se menționează: reactivitate dispozițională specială și cel puțin 2 din: creștere semnificativă în greutate, hipersomnie, rejecție și senzitivitate interpersonală;
6. Cu aspecte psihotice: acestea pot fi deliruri și halucinații congruente cu dispoziția afectivă sau incongruente (de menționat că psihoza se reduce aici la delir cu eventuale halucinații); cu anhedonie;
7. Cu debut peripartum;
8. Cu pattern sezonala: simptomatologia maniacală și/sau depresivă se instalează în funcție de sezon.

Mai sunt menționate unele aspecte de manifestare puțin intensă, precum:

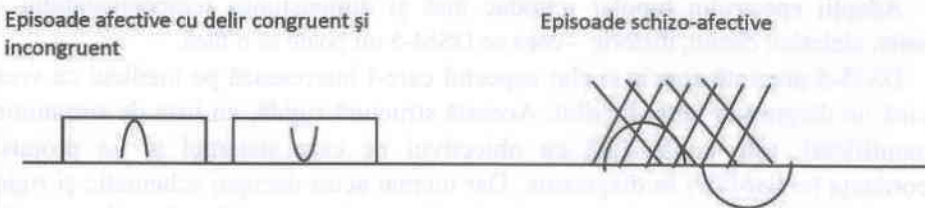
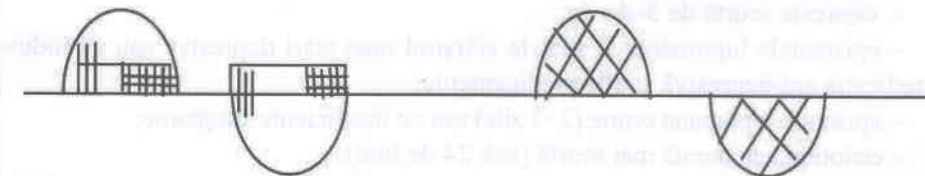
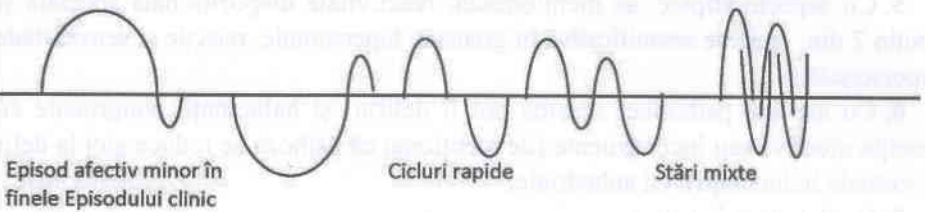
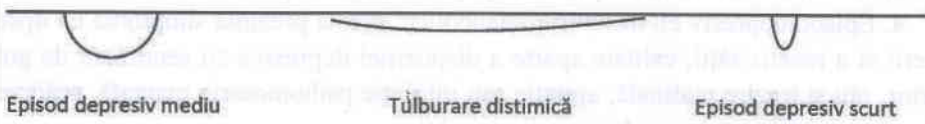
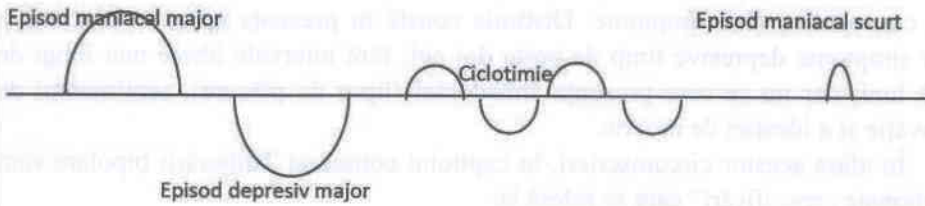
- depresia scurtă de 3–4 zile;
- episoadele hipomane ce apar la sfârșitul unei stări depresive sau ca induse de medicația antidepressivă și alte medicamente;
- episoade hipomane scurte (2–3 zile) sau cu insuficiente simptome;
- ciclotimia cu durată mai scurtă (sub 24 de luni).

Adeții spectrului bipolar introduc însă și dimensiunea temperamentului – depresiv, ciclotim, distim, disforic – ceea ce DSM-5 nu poate să o facă.

DSM-5 prezintă concis și clar aspectul care-l interesează pe medicul ce vrea să pună un diagnostic reproductibil. Această structură rigidă, cu liste de simptome și cuantificări, este consonantă cu obiectivul pe care sistemul și l-a propus: concordanța (*reliability*) în diagnostic. Dar tocmai acest decupaj schematic și rigid aduce în lumină faptul că procesul de diagnostic e mediat întotdeauna de instrumentul de lectură. În cazul de față, de instrumentul teoretic al manualului. În urma aplicării sale se poate releva doar ceea ce instrumentul permite a se releva.

Chenar 11

Manifestări clinice ale episoadelor afective



MANIA ȘI DEPRESIA CA ȘI CAZURI ROBOT

Rămânând în cadrul psihopatologiei descriptive – dar formulând în același timp intenția de a sonda bazele antropologice ale psihozei, pentru care sindromul maniaco-depresiv și depresia majoră sunt o poartă de intrare, e nevoie de o prezentare mai nuanțată a acestor sindroame. Se poate apela pentru aceasta la manualele didactice de psihopatologie descriptivă în care sindroamele sunt comentate de obicei din perspectiva cazului tipic ideal (**Nota 1**). În chenarele 12 și 13 se prezintă astfel de „cazuri robot”, pentru manie și depresie, construite prin sumarea simptomatologiei de la cazuri variate ca manifestare și intensitate. O astfel de prezentare poate face un loc mai amplu și simptomatologiei subiective pe care sistemul DSM III-5 o reduce la minimum. Ea e importantă, deoarece evidențiază specificul antropologic al manifestării, ușurând astfel corelarea cu normalitatea și subliniind mai clar specificitatea de sindrom a simptomatologiei. Descrierea episodului maniaco-depresiv și a celui depresiv ca sindroame, presupune abordarea lor ca entități coerente și distincte, diferite de altele și de normalitate, organizate în jurul unui nucleu.

Chenar 12

Sindromul maniaco-depresiv în varianta sa euforică se caracterizează prin: dezinhibiție generalizată, tahipsihia expansivă, euforie megalomană, atitudine prosocială gregară. Orientarea centrală e spre proiecte de acțiune susținute de încrederea în sine aberantă.

Din punct de vedere subiectiv se constată: o bună dispoziție afectivă euforică, o veselie ce se transmite celor din jur și pe care împrejurările nu o pot schimba; subiectul afirmă de obicei: „mă simt foarte bine, excelent, sunt fericit”. E hedonic, se interesează de lucruri plăcute, se bucură din orice. Părerea despre sine e foarte bună: simte că are multă energie, că deține capacități și abilități deosebite, stima de sine e crescută, are sentimentul că poate rezolva totul, elaborează nenumărate proiecte fiind convins că le va rezolva, – informându-i pe alții asupra acestui lucru – are mare încredere în viitor.

Subiectul trăiește într-un prezent pe care-l percepe cu acuitate dar fragmentar, dată fiind hipermobilitatea atenției; interesul principal este de fapt față de viitor, pe care-l simte deschis spre toate posibilitățile pozitive; trecutul nu-l interesează.

Celelalte persoane nu-l preocupă, considerându-se superior lor. Totuși, se manifestă intens prosocial: e deschis spre comunicare cu oricine, fără diferențiere, în cadrul unei hipersociabilități gregare, contaminând cu propria sa bună dispoziție pe ceilalți; se comportă cu alții fără reticență, ignorând normele ierarhiei sociale; consideră că ceilalți ar trebui să-l admire; nu manifestă atașament constant sau reacții emotive în raport cu alții.

Procesele cognitive se derulează rapid și fără persistență coerentă. Vigilitatea e crescută, atenția hipermobilă cu mari deficiențe de concentrare și persistență; percepția e intensificată, memoria poate fi crescută, dar e nefuncțională, datorită derulării rapide a cursului ideativ; prezintă o spontaneitate ideatică crescută cu presiune a gândirii, ideatie rapidă cu schimbarea bruscă a ideilor și cursului gândirii, „fugă de idei” (asocieri ideative rapide, imediate dar superficiale, prin asemănare și asonanță lingvistică, subiectul sare de la o idee la alta). Comportamental: se mișcă și vorbește foarte mult, cu viteză crescută, logoree; inițiază multe acțiuni în urma unor decizii pripite, cu minimă elaborare și evaluare a posibilităților reale de realizare și a consecințelor; persistență redusă în acțiune cu schimbare rapidă a obiectivelor; se angajează ușor în activități riscante sau care pot avea consecințe nefavorabile (e.g. tranzacții, cheltuirea banilor, jocuri de noroc, relații și aventuri erotice, condusul periculos al mașinii etc.).

Aspectul expresiv poate fi strident, ca îmbrăcăminte și podoabe, vorbirea e dezinhibată, neadekvată situației, cu schimbări frecvente a temelor; uneori pomolalică; poate glumi, cânta, dansa, improvizează și recită versuri, râde ușor.

Somnul e redus, energia crescută, dezinhibiție instinctuală globală, mai ales sexuală, uneori agresivitate crescută, predominant verbală.

Veselia și buna dispoziție euforică poate fi înlocuită sau dublată de o stare disfonică de iritabilitate ostilă și anxioasă.

Chenar 13

Sindromul depresiv în varianta sa inhibată se caracterizează prin: bradipsihie inhibată generalizată, cu blocarea acțiunii și cu repliere pe sine, astenie anergică și tristețe autodepreciativă, orientată spre neființă. Subiectiv, individul trăiește o stare neplăcută, negativă, tristă, anhedonică; simte că nimic nu-i face plăcere și nu-l bucură, nu-l atrage și interesează; această blocare afectivă poate să se manifeste uneori ca și incapacitate de a simți, trăită neplăcut. Părerea despre sine este negativă, se simte incapabil și lipsit de valoare, de rost și utilitate, golit interior, anergic, astenic, lipsit de orice putere, orientat spre boală, suferință, moarte, neființă.

În perspectivă temporală se manifestă lipsa de speranță: viitorul e lipsit de suport, sens sau nici nu poate fi conceput; subiectul nu-și face nici un plan de viitor, prezentul e neatractiv, lipsit de interes și plăcere; trecutul îl mai poate interesa prin evenimentele ce-i amintesc de vinovăție.

Retragerea din prezent este și o retragere socială, din orice contact sau coparticipare cu alții; de obicei se simte vinovat. Se decide greu, nu se poate mobiliza pentru acțiune, orice efectuare îi pare foarte problematică, lipsindu-i motivul, decizia și motivația: mișcările sunt lente, activitatea e redusă spre inactivitate totală. Vorbirea e redusă cantitativ, rară, cu intensitate scăzută. Majoritatea timpului stă nefăcând nimic; poate intra în inhibiție stuporoasă cu negativism.

Cogniția e inhibată și lentă. Atenția e redusă ca și concentrare, persistență, mobilitate, percepția e diminuată, hipomnezie globală, ideaije redusă cantitativ, curs ideativ lent, ideaije săracă cu perseverare.

Inhibiție instinctivă alimentară cu scădere în greutate și inhibiție sexuală; somn redus cu trezire matinală, stare de rău matinal. Ceneopatii cu senzație de greutate și disconfort corporal; spasme pe organele cavitare.

Sindromul depresiv poate avea și variante agitate, iritabile, însoțite de disforie și anxietate; varianta inhibată, în ipostaza sa majoră, ajunge la stupor catatoniform.

Dată fiind multitudinea de simptome prezente în sindromul maniacal cât și în cel depresiv considerate ca și cazuri robot, considerăm utilă o schemă care să diferențieze între cele predominant observabile, corelate cu biologia și cele subiective, detectabile prin interviu, subliniindu-se astfel specificitatea lor antropologică.

Prezentarea simptomatologiei maniei și depresiei majore așa cum e înfățișată ea în DSM-5 și în manualele de semiologie, menține caracterul de configurație coerentă, de „câmp” a acestor sindroame, care se extind, ca „fenomene”, până în viața de zi cu zi a oamenilor, din care par a deriva. Nu e dificil să gândim aceasta articulare dacă avem în vedere doliul pentru depresie și dezinhibiția euforică a sărbătorii pentru manie. Stările de tristețe inhibată și de retragere socială și cele de dezinhibiție expansivă prosocială, sunt firești în viața de zi cu zi în anumite manifestări și între anumite limite. Ele pot fi considerate ca un echivalent în normalitatea adaptativă a episoadelor psihopatologice depresive și maniacale. Privitor la dispozițiile afective normale și patologice s-a manifestat în ultimul timp un interes crescând din partea psihopatologiei evoluționiste (Nota 2). Direcția de abordare pare fructuoasă dacă evoluționismul e înțeles într-un sens larg, cuprinzând și perioada istorică, culturală a omenirii. Comentarea acestei perspective presupune un excurs privitor la dispozițiile psihice în genere.

Sistematizarea simptomelor maniei și depresiei în vederea unui diagnostic comprehensiv

A. Simptome biopsihologice predominant observabile

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

B. Simptome psihoantropologice subiective detectabile prin interviu

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

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

B₁. Trăiri și convingeri subiective tematizabile delirant

MANIE	DEPRESIE
<p>se consideră o persoană de excepție ce poate rezolva orice, cu calități și capacități deosebite realizări și poziție socială aparte (invenții, creații, misiuni speciale)</p> <p>Adoptă noi identități megalomane (om istoric, erou din legende mitico-sacrale, relații deosebite, descendență specială)</p> <p>stârnește invidia și atitudinea ostilă a celorlalți</p>	<p>se consideră o persoană fără valoare, care nu merită să trăiască</p> <p>e vinovat pentru suferințele altora și ale umanității</p> <p>ruină și catastrofă generală</p> <p>are boli grave și incurabile</p> <p>negație: organele nu funcționează, e mort, condamnat să sufere în eternitate</p> <p>alții îl consideră vinovat pe bună dreptate</p>

EXCURS DESPRE DISPOZIȚII ÎN GENERAL

Comentarea dispozițiilor afective anormale și a delirului (în capitolul următor) sunt ocazii pentru a trece de la perspectiva medicală înțeles în sens restrâns, la înțelegerea derivării stărilor psihopatologice psihotice din structuri psihopantropologice normale și adaptative. De aceea, la acest nivel se face trimitere la stările psihice dispoziționale în general, care stau la baza articulării subiectului de situațiile problematice ale lumii umane în care el trăiește (**Nota 2**). Cadrul dispozițiilor externalizate poate fi considerat ca zonă de referință în normalitate pentru episoade maniacale; iar cel al dispozițiilor internalizate, ar juca același rol pentru episoadele deprive majore.

Noțiunea psihologică de „dispoziție afectivă” („stimmung” în germană, „mood” în engleză) derivă din conceptul mai larg a stărilor dispoziționale ale oamenilor (**Nota 3**). Aceasta se articulează cu tema generală, cea a potenței dispoziționale, care face posibil comportamentul efectiv, eficient. Dispozițiile afective psihopatologice, mania și depresia în primul rând, se cer înțelese în acest cadru antropologic general, în deschiderea căruia se afirmă.

Expresia de dispoziție e folosită în viața de zi cu zi cu înțelesuri firești pentru simțul comun. Cineva poate să aibe în anumite împrejurări, o dispoziție adecvată pentru a se distra sau glumi; și/sau, sa nu aibe dispoziția necesară pentru a lucra performant, pentru a se confrunta cu altul sau a merge la un spectacol. Se vorbește într-un sens mai general de stări de indispoziție și de bună dispoziție. Dar și de dispoziție beligerantă, de luptă, sau împăciuitoare.

Sensul cel mai comun pentru o dispoziție psihologică ar fi, în primă instanță acela de a fi disponibil, predispus și pregătit pentru un anumit comportament de raportare; atitudine ce se menține până ce situația are loc, se desfășoară și se încheie. Starea dispozițională exprimă o anumită orientare a subiectului față de împrejurările date, o poziționare, o atitudine ce întreține un mod de comportare specific, adaptativ. Dispozițiile constituie pentru psihismul uman pânza de fond, filtrul prin care se realizează raportarea subiectului la situațiile actuale, la „prezentul său trăit” „scena” ce susține această raportare.

Un exemplu de stare dispozițională, comună omului și animalului, poate fi anxietatea ce se instalează în cursul explorării unui teritoriu necunoscut marcat de pericole. Psihismul și corporalitatea se află în tensiune: mușchii au un tonus crescut, mirosul, auzul și privirea sunt acordate la maximum, atenția este crescută și mobilă, starea de vigilitate e amplificată, metabolismul crește determinând tahicardie. Capacitatea individului de a intra în starea anxioasă precede însă instalarea acesteia, ca o „disponibilitate” care este apelată și se montează dacă împrejurările o cer; pentru a se demonta când pericolul a trecut. Actualizarea acestui model de comportament în absența unei situații care să-l justifice, se manifestă la om, ca anxietate generală anormală.

Ideea de bază care va fi susținută în continuare este că stările dispoziționale, ca mod de manifestare nu sunt „create” de semnificația situației trăite. Aceasta

„cheamă”, solicită un „mecanism funcțional” prezent printre capacitățile psihice prealabile ale individului, cu care se conjugă. Prin această conjuncție subiectul ajunge să trăiască subiectiv și expresiv comportamental un eveniment, în cursul căruia starea sa dispozițională e anxioasă, combativă, euforic expansivă, inhibat depresivă, suspicioasă etc. În cadrul evenimentului trăit, disponibilitatea, care acum a devenit dispoziție, se întretese cu datele situației, care o concretizează într-un mod determinat de manifestare.

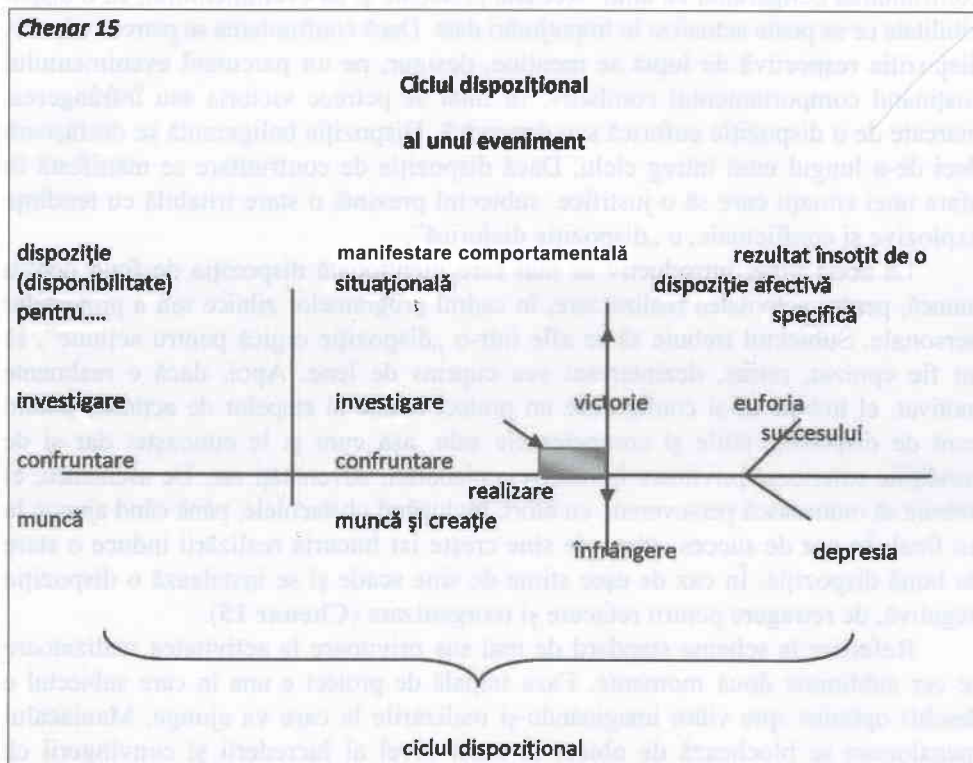
O dispoziție diferită de cea anxioasă poate fi considerată orientarea spre confruntarea beligerantă cu altul. Aceasta preexistă și ea evenimentului, ca o disponibilitate ce se poate actualiza în împrejurări date. Dacă confruntarea se petrece efectiv, dispoziția respectivă de luptă se menține, desigur, pe tot parcursul evenimentului susținând comportamentul combativ. În final se petrece victoria sau înfrângerea, marcate de o dispoziție euforică sau depresivă. Dispoziția beligerantă se desfășoară deci de-a lungul unui întreg ciclu. Dacă dispoziția de confruntare se manifestă în afara unei situații care să o justifice, subiectul prezintă o stare iritabilă cu tendințe explozive și conflictuale, o „dispoziție disforică”.

La acest nivel introductiv se mai cere menționată dispoziția de fond pentru muncă, pentru activitatea realizatoare, în cadrul programelor zilnice sau a proiectelor personale. Subiectul trebuie să se afle într-o „dispoziție ergică pentru acțiune”, să nu fie epuizat, retras, dezinteresat sau cuprins de lene. Apoi, dacă e realmente motivat, el trebuie să-și configureze un proiect realist al etapelor de acțiune, ținând cont de disponibilitățile și competențele sale, așa cum și le cunoaște; dar și de condițiile exterioare privitoare la resurse, colaborări, adversități etc. De asemenea, el trebuie să muncească perseverent, cu efort, învingând obstacolele, până când ajunge la un final. În caz de succes, stima de sine crește iar bucuria realizării induce o stare de bună dispoziție. În caz de eșec stima de sine scade și se instalează o dispoziție negativă, de retragere pentru refacere și reorganizare (**Chenar 15**).

Referitor la schema standard de mai sus privitoare la activitatea realizatoare se cer subliniate două momente. Faza inițială de proiect e una în care subiectul e deschis optimist spre viitor imaginându-și realizările la care va ajunge. Maniacalul megaloman se blochează de obicei la acest nivel al încrederii și convingerii că poate realiza orice. Al doilea moment deosebit intervine înaintea finalului, când rezultatele se anunță apropiate și pozitive. Subiectul se poate mobiliza acum într-un efort final susținut de entuziasm, punând în joc toate disponibilitățile sale. Această fază are elemente comune cu dispoziția inspirației creatoare, ce se însoțește și ea de standarde înalte ale funcționării psihice: asociații de idei rapide și neuzuale, percepții, amintiri și reprezentări pregnante, ideație nouă și sintetică, lipsă de oboseală, sentiment de elafie și entuziasm, uneori trăiri extatice. Stările maniacale pot avea frecvent și unele dintre aceste caracteristici. Cât privește trăirea pozitivă a succesului, acesta se poate amplifica într-o euforie sărbătorească. Iar eșecul, într-o stare depresivă.

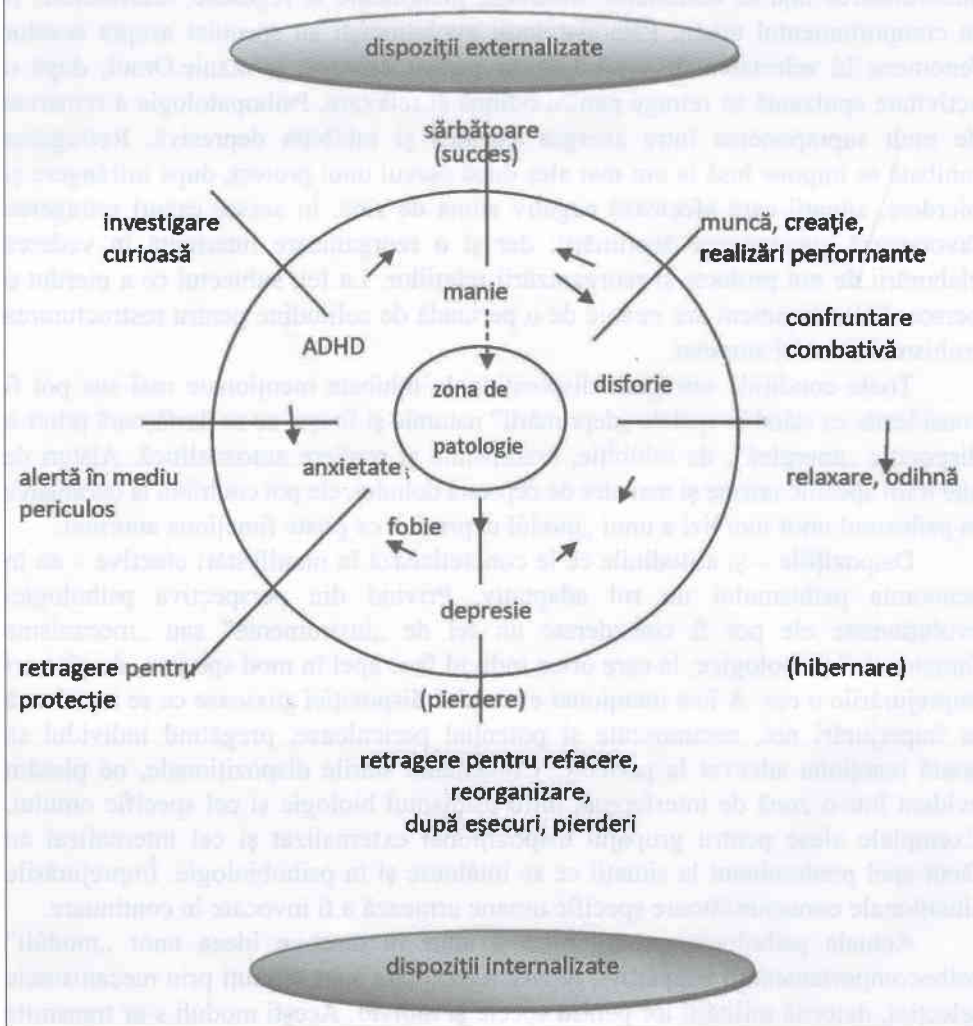
La fel ca în cazul confruntării beligerante, disponibilitatea și dispozițiile subiectului în cursul activității realizatoare se înscriu într-un ciclu, din care face parte și consecința dispozițională indusă de finalul lor. Stările dispoziționale în

ansamblul lor, atât cele ce stau în spatele raportărilor active – de investigare, confruntare, realizare – cât și cele predominant afective – ca anxietatea, disforia, euforia, depresia – pot fi caracterizate prin „metafora câmpului”, în înțelesul în care aceasta e aplicată în fizică: câmp magnetic, câmp gravitațional, câmpul ce menține electronii în jurul nucleului atomic etc. Caracteristica de „câmp” a dispozițiilor afective, care se articulează de viziunea psihologiei configuraționiste a secolului XX, dublează caracteristica secvențial discretă pe care orice acțiune – inclusiv de raționament cognitiv – o presupune.



Dispoziția confruntării beligerante și cea din acțiunea realizatoare mobilizează energiile și orientează expansiv subiectul spre lumea ambientală; motiv pentru care le putem numi externalizate. În biologie, perioada de rut potențează și ea manifestări externalizate, orientate spre favorizarea activității sexuale de reproducere. Există însă la unele animale și modelul comportamental opus, al hibernării, cu retragere inhibată, pentru protejarea resurselor energetice în perioada în care acestea sunt reduse. Și la om putem întâlni multiple dispoziții ce susțin comportamente de retragere inhibată, „internalizate”, cu valențe adaptative, de protecție și refacere. Ele se pot corela cu acțiunea, apărând după eșec sau epuizare; sau după pierderi și alte situații specific umane. S-ar putea extrage din multitudinea orientărilor și afirmărilor dispoziționale ale omului un grupaj semnificativ, care să fie sistematizat printr-un circumplex (**Chenar 16**).

Modalități dispoziționale de raportare la situație



Câteva direcții dispoziționale bio-psiho-antropologice pot fi considerate orientate deci „internalizat”, în direcția unei retrageri inhibitate. Psihopatologia evoluționistă a sugerat că unele, care au și rădăcini biologice, ar putea fi considerate ca precursori ale „modului de depresie” la om.

Dispoziția și atitudinea pentru protecție și apărare poate fi corelată anxietății și fricii. Aceasta presupune cunoașterea și reprezentarea situațiilor fobogene, care sunt evitate. Pentru universul uman situațiile sunt multiple, incluzând paranoia. Retragerea inhibată poate fi protectivă în condițiile unor resurse reduse, ca în cazul hibernării. Psihiatrii evoluționiști au indicat că ea este utilă și în regenerarea rănilor

și diverse boli. Inhibiția sumisivă a unui individ slab sau neajutorat în fața unui agresor îl poate salva de la moarte. Faptul se produce atât în relațiile interspecifice prin „reflexul de mimare al morții”; cât și în confruntările intraspecifice prin subordonarea față de dominator. Modelele menționate se regăsesc, reformulate, și în comportamentul uman. Psihopatologii evoluționiști au speculat asupra acestor fenomene în selectarea disponibilităților pentru depresie și manie. Omul, după o activitate epuizantă se retrage pentru odihnă și relaxare. Psihopatologia a remarcat de mult suprapunerea între anergia astenică și inhibiția depresivă. Retragerea inhibată se impune însă la om mai ales după eșecul unui proiect, după înfrângere și pierdere, situații care afectează negativ stima de sine. În aceste cazuri retragerea favorizează consumarea deprimării; dar și o reorganizare interioară în vederea elaborării de noi proiecte și reorganizării relațiilor. La fel, subiectul ce a pierdut o persoană de atașament are nevoie de o perioadă de solitudine pentru restructurarea psihismului astfel amputat.

Toate condițiile retragerii dispoziționale inhibate menționate mai sus pot fi considerate ca stând în spatele „deprimării” naturale și firești, ce se desfășoară printr-o dispoziție „anergică”, de inhibiție, bradipsihie și repliere autoanalitică. Alături de alte trăiri specific umane și mai ales de depresia doliului, ele pot contribui la decantarea în psihismul unor indivizi a unui „modul depresiv” ce poate funcționa anormal.

Dispozițiile – și atitudinile ce le concretizează în manifestări efective – au în economia psihismului un rol adaptativ. Privind din perspectiva psihologiei evoluționiste ele pot fi considerate un fel de „instrumente” sau „mecanisme funcționale” psihologice, la care orice individ face apel în mod spontan, de câte ori împrejurările o cer. A fost menționat exemplul dispoziției anxioase ce se instalează în împrejurări noi, necunoscute și potențial periculoase, pregătind individul să poată reacționa adecvat la pericole. Comentând stările dispoziționale, ne plasăm evident într-o zonă de interferență între psihismul biologic și cel specific omului. Exemplele alese pentru grupajul dispozițional externalizat și cel internalizat au făcut apel predominant la situații ce se întâlnesc și în psihobiologie. Împrejurările situaționale corespunzătoare specific umane urmează a fi invocate în continuare.

Actuala psihologie evoluționistă a adus în discuție ideea unor „moduli” psihocomportamentali adaptativi, relativ rigizi, care sunt reținuți prin mecanismele selecției, datorită utilității lor pentru specie și individ. Acești moduli s-ar transmite genetic sub forma unor potențialități de funcționare cerebrală, care se validează și se nuanțează în cursul ontogenezei, prin conjuncția cu situații specifice trăite. Ideea modularității psihobiologice, așa cum a fost ea propusă inițial sub forma unor scheme rigide și încapsulate de comportament, a suferit ulterior reinterpretări și nuanțări. Și anume, în sensul de a se acorda o importanță mai mare variabilității, flexibilității și rolului jucat de învățarea ontogenetică în realizarea schemelor comportamentale. Aplicarea la psihismul uman a ideii modularității, a trebuit să țină seama în plus de o serie de specificități ale acestuia precum: – ontogeneza sa îndelungată postnatală realizată în condiții de maternaj uman; – specificitatea mediului cultural dimensionat prin limbaj, norme și valori; – capacitatea individului de a

opera psihic pe modele probabiliste ale realității; – permanenta implicare a altora și a cadrelor instituționale în rezolvarea situațiilor etc. Totuși, unele aspecte ale ideii modularității bazată pe transmiterea genetic/cerebrală a unor dispoziții și scheme comportamentale s-a menținut putând fi sugestivă pentru psihopatologie (vezi Anexa I, Chenar 86).

În acest sens „funcționalitatea” stărilor dispoziționale poate fi înțeleasă ca adaptativă, în raport cu împrejurările în care se manifestă. În conjuncție cu situații specifice, sunt apelate anumite disponibilități psihice, instituindu-se o stare dispozițională corespunzătoare, care susține un comportament situațional adecvat.

Când o astfel de dispoziție – de tip anxios, internalizat, sau externalizat – apare la stimuli minori, manifestarea apare ca hipermetrică. Dacă o dispoziție anxioasă, expansivă și dezinhibată (de tip maniacal) sau de retragere inhibată (de tip depresiv) se manifestă fără prezența unor stimuli (a unor semnificații) corespunzătoare, situația poate fi considerată anormală. În cazurile de anormalitate e de presupus că însăși structura funcțională dispozițională din fundalul psihismului s-a modificat, s-a dediferențiat, s-a încapsulat, perturbându-se integrarea sa obișnuită în funcționalitatea acestui psihism (**Chenar 18, 22, 86**).

O astfel de schemă generală de interpretare are, desigur, doar o valoare sugestivă, euristică. Ea e însă importantă în programele de studiere a continuum-ului dintre normalitate și psihopatologie. Iar problematica stărilor dispoziționale este adecvată pentru a o aduce în discuție. De aceea prezentăm în acest capitol un model general, în care individul e considerat ca având la dispoziție, în structura funcționării sale, o serie de „moduli biopsihoantropologici” care pot fi apelați de semnificația unor situații. Și pentru care există, în structura psihismului său, modele comportamentale adaptative, comprehensive. Actualizarea acestor moduli la stimuli minori sau funcționarea lor „în gol”, ar reprezenta condiții psihopatologice: în cazul nostru de tip depresiv sau maniacal.

Prezentarea schematică relativ simplă a funcționării dispozițiilor și atitudinilor se cere constant referită la funcționarea creierului. În cele din urmă o stare psihică așa cum e depresia și dezinhibiția maniacală se realizează printr-o anumită funcționare cerebrală, în conformitate cu un model posibil ce se actualizează. Până la un punct s-ar putea lua în considerare anumiți moduli psihocerebrali care susțin, în mod similar cu emoțiile, dispoziții ca anxietatea, combativitatea beligerantă, depresia sau expansivitatea euforică. Comentarea separată a disfuncției cerebrale și psihice – care include subiectivitatea – nu e însă posibilă decât ca artefact metodologic. Baza cerebrală a stărilor dispoziționale, indiferent de intensitatea lor, ar explica și combinațiile, așa cum sunt stările mixte.

DEPRESIA ȘI MANIA CA DISPOZIȚII AFECTIVE ANORMALE

Episodul maniacal și cel depresiv major ar putea fi interpretate ca stări psihice deficitare și disfuncționale, care derivă din structurile dispoziționale

internalizate și externalizate. Subiectul își pierde capacitatea de a se raporta activ și flexibil la situația actuală – de a sintetiza și controla informațiile și problemele situației prezente – fiind absorbit de o dispoziție afectivă ce se manifestă intens, rigid, dediferențiat, centrându-l pe sine, dispoziție care nu-i mai permite reconectarea cu viața cotidiană. „Centrarea pe sine” constă, în cazul maniei, într-o autoevaluare megalomană, de grandiozitate cu autoproiecție ergică într-un viitor al realizărilor deosebite, a toate posibil; subiectul se sprijină doar fragil pe un prezent fragmentar și hedonic, de tip sărbătoresc. Iar în depresie, într-o autodepreciere vinovată ce proiectează subiectul spre propriul trecut, autonegare, autosuprimare; dispare orizontul de așteptare și speranță într-un viitor în care să se reconecteze la firescul vieții comunitare. Aspectul „psihotic” ar consta din incapacitatea de a structura „prezentul trăit”.

Caracterul „afectiv” al dispozițiilor rezultă din specificul psihismului uman dotat cu reflexivitate subiectivă, cu autoevaluarea conștientă a trăirilor resimțite ca pozitive și negative. Acest specific uman diversifică mult diapazonul trăirilor dispoziționale internalizate și externalizate, și prin intermediul relaționării inter-subiective; precum și a valorilor și caracteristicile simbolice ale culturii. Astfel, întâlnim acum depresia doliului și vinovăției; sau, euforia dezlănțuită a sărbătorilor. Doliul e ritualizat social iar cultura oferă șansa manifestării entuziasmului creator și a dezlănțuirii festinurilor carnevești. La om se păstrează însă și moștenirea dispozițiilor internalizate și externalizate din biologie, construindu-se astfel modele variate de raportare la situații, reunite printr-o structură formală de adâncime, în direcția retragerii inhibitate sau a dezinhibiției expansive.

Reluând cele sugerate în paragraful anterior, s-ar putea susține că, în anumite condiții biopsihoantropologice, aceste scheme formale suferă o perturbare în sensul dediferențierii, tendinței spre încapsulare, autonomizare și a manifestării lor rigide, a „ieșirii în scenă” la stimuli minori. S-ar putea considera că acesta e punctul de plecare al episoadelor depresive și maniacale care sunt de obicei comentate de clinica psihiatrică ca și categorii ale tulburării dispozițional afective. Dacă avem în vedere sindromul depresiv și cel maniacal considerate ca și „cazuri robot”, sistematizate astfel încât să se reliefeze specificul lor uman (**Chenar 14**), atunci se poate face o corelație comprehensivă între aceste sindroame și variate condiții psihoantropologice în care se manifestă trăiri de tipul retragerii inhibitate sau a dezinhibiției expansive. O astfel de corelare poate fi utilă pentru o psihoantropologie care vrea să înțeleagă condiția antropologică a psihozelor. Deși varietatea acestor situații psihoantropologice e mare în fiecare din cele două direcții, anumite aspecte se recomandă ca centrale. Așa este pentru depresie situația doliului după pierderea unei persoane de atașament; iar pentru manie, situația sărbătorii dezlănțuite ce urmează de obicei succesului în acțiune, creație, luptă.

- *Condiția psihopatologică a depresiei* poate face trimitere la un ansamblu de fenomene și manifestări biopsihoantropologice care pot fi sistematizate într-un circumplex (**Chenar 17**).

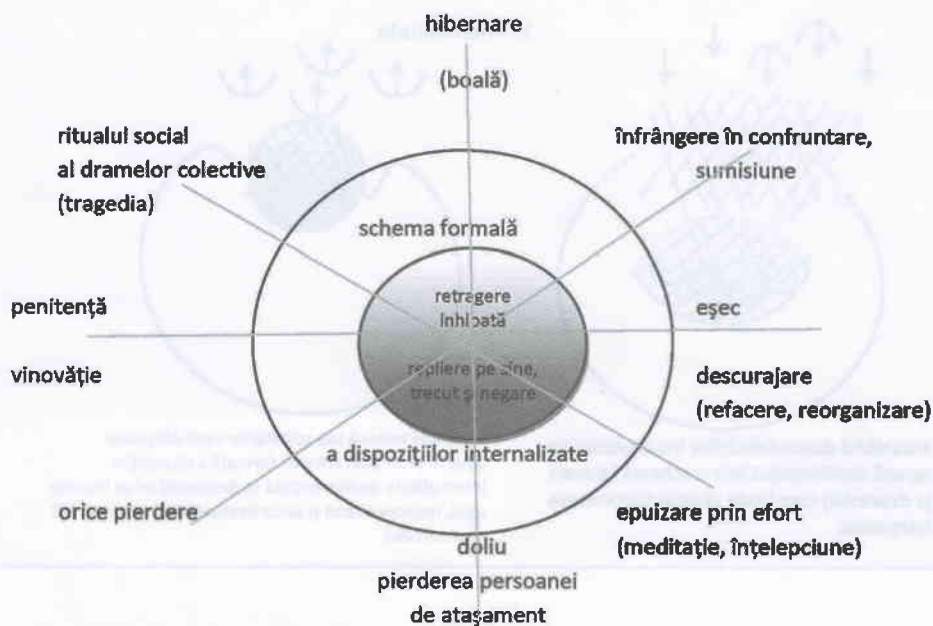
Pentru om, contextul manifestării cadrului dispozițional direcționat spre depresie, este în primul rând cel al pierderilor; acestuia i se atașează eșecul, înfrângerea și vinovăția. Depresia se instalează la capătul unor evenimente, ca o consecință a

acestora. În perspectivă adaptativă, în respectivele împrejurări e necesară o refacere, o reorganizare. Pierderile și eșecul afectează dimensiunea existențială a subiectului și stima de sine. În acest sens acționează și pierderile cu specific omenesc mai accentuat, cum ar fi cea a onoarei, a sensului existențial, a prestigiului, a reputației, condiții ce induc rușinea sau vinovăția. Asumarea vinovăției conduce spre penitență. Tragedia teatrală, pornind de la ideea de destin, a dezvoltat aceste teme. Pierderea averii are aceeași semnificație. Pentru depresia normală, situația prototipică este însă cea a doliului după pierderea unei persoane de atașament. Depresia de doliu a fost luată ca referențial și pentru psihopatologie. Aspectul ei mai deosebit rezultă din particularitățile atașamentului uman și din ritualizarea culturală a doliului.

Atașamentul e un fenomen psihic dezvoltat în biologie, mai ales la mamifere. Copilul uman născându-se prematur petrece o lungă perioadă de viață postnatală în care organismul, creierul și psihismul își realizează ontogeneza sub protecția mamei și familiei. Faptul conduce la o interpătrundere psihică interpersonală importantă, astfel încât „celălalt” – persoana de care subiectul e atașat – e încorporată în propriul psihism. Atunci când moare o ființă iubită, subiectul pierde ceva fundamental din propria dimensiune, se simte „amputat existențial”. De aceea el are nevoie de o perioadă de timp specială pentru a se reface și a se reorganiza afectiv interior (**Chenar 19**).

Chenar 17

Circumplex al modalităților psihoantropologice care configurează schema dispozițiilor internalizate integrate în psihismul normal, ca o „disponibilitate”

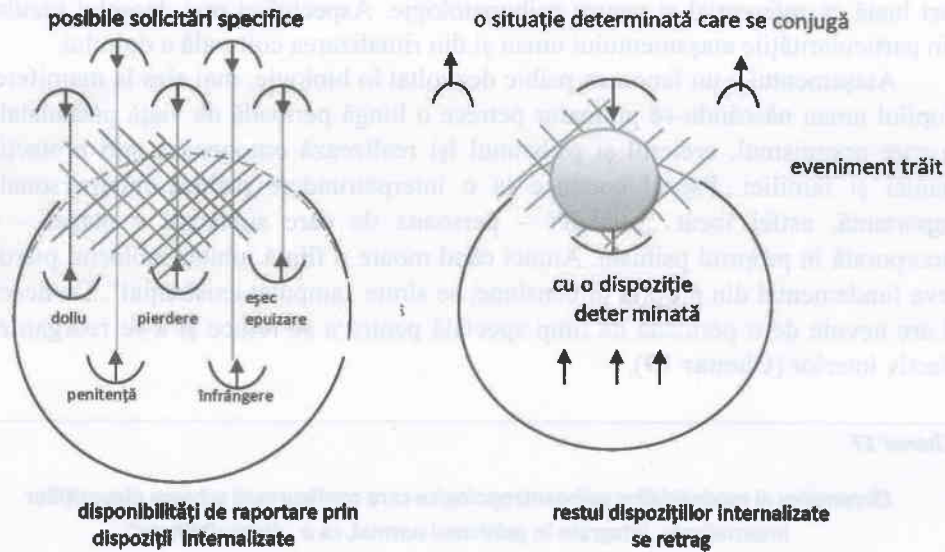


Chenar 18

Dinamica dispozițiilor umane internalizate

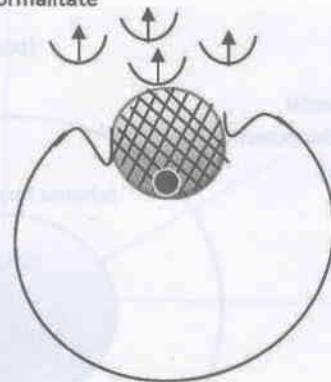
a) Normalitate

Conjunția diferențiată a unei disponibilități cu o situație corespunzătoare



ansamblul disponibilităților internalizate se agregă dediferențiat într-o schemă formală (a depresiei) care tinde să se autonomizeze intrapsihic

b. Anormalitate



o situație minoră sau solicitările vieții obișnuite aduc în prim plan schema formală a dispoziției internalizate dediferențiată (a depresiei) ce se impune rigid, monopolizând și decontextualizând viața psihică a subiectului

Dezvoltarea atașamentului

Atașamentul se dezvoltă între 8 luni și 3 ani, începând cu momentul în care când copilul poate percepe mama ca un întreg semnificativ și persistent. Până la 8 luni se consideră că între mamă și copil legătura se realizează printr-o intersubiectivitate primară, ce se manifestă predominant prin privire. În perioada inițială a atașamentului copilul reacționează neplăcut la plecarea mamei din câmpul perceptiv și la apariția unui străin. Ulterior se dezvoltă o asimilare, o „introjectare” a imagoului matern într-o instanță interioară a psihismului copilului, pe care Bowlby a numit-o „internal working model” (i.w.m.); astfel încât, acesta poate resimți prezența protectoare a mamei și când aceasta nu este de față. Absența unei persoane de atașament după 8 luni conduce la o stare anormală în care copilul e inițial agitat, pare a protesta și solicită prezența cuiva protector; pentru a se trece apoi într-o stare apatică de indiferență și areactivitate (care a fost denumită „depresie anaclitică”).

Instanța intrapsihică menționată – i.w.m. – e cea în care sunt asimilate ulterior și alte imagouri ale persoanelor apropiate, cu valențele lor relaționale față de copil și între ele. Se consideră că această instanță a prezenței, resimțirii și reprezentării afective a altora în interiorul psihismului individual, constituie baza pentru relațiile de intimitate și atașament de la vârsta adultă. Prin relațiile afective stabile, subiectul se dimensionează mai amplu, astfel încât „nu e singur atunci când e singur”; alții sunt prezenți în el, în intimitatea sufletului său; și el e prezent în mintea și sufletul altora.

Relația de intimitate și atașament a adultului se dezvoltă în timp: o persoană străină poate fi cunoscută treptat tot mai bine, intrând în cercul celor apropiați de subiect. Între cei doi se poate stabili o relație de tipul atașamentului, fapt ce conduce la o apropiere intimă și apoi la o interpătrundere sufletească, în cadrul fenomenului dragostei. Situația capătă un contur suplimentar dacă relația e consfințită public, oficial, prin căsătorie. „Celălalt” este astfel asimilat în propria structură psihică, în instanța „i.w.m.”, făcând de acum înainte parte din dimensiune propriului psihism al acestuia. Acest proces se derulează firesc și spontan între membrii familiei, între părinți și copii de exemplu.

Relația de atașament are, deja din perioada formării sale în prima copilărie, două aspecte. Pe de o parte ea este cadrul general formal al configurațiilor protective, care indică faptul de a fi îngrijit, în siguranță și într-o atmosferă a liniștii, a încrederii. Pe de altă parte, în relația de atașament se realizează individualizarea acestei raportări față de o persoană anume: mama, care este recunoscută prin indici specifici; și relația specifică cu această persoană determinată. Acest dublu aspect se regăsește în relația afectivă a dragostei, care în desfășurarea sa normală se bazează pe reciprocitate. Unul din aspectele deficienței psihopatologice constă în pierderea acestei diferențieri, cu menținerea aspectului atitudinal formal. În depresia de doliu subiectul suferă pierderea cuiva anume. În starea psihopatologică, se instituie cadrul formal, dispozițional al depresiei, fără ca el să se coreleze cu specificitatea unui eveniment, cu pierderea unei persoane anume, cu eșecul unui proces personal, cu un eveniment ce afectează subiectul în specificitatea existenței sale unice. Depresia psihopatologică constă în regresia psihismului la un cadru suprapersonal – impersonal – formal, care nu mai face parte din biografia sa. Adică, din ceea ce „este trăit” de către subiect ca eveniment propriu („meinst”), personalizat.

Ritualurile de înmormântare invocă sacralitatea și reunesc comunitatea în jurul celor apropiați, a celor „care l-au pierdut” pe cel decedat. Pe lângă solidaritatea

comunitară, este afirmată acum și memoria colectivă pentru cei morți; astfel încât suferința partenerului e împărtășită. Perioada de doliu e marcată de un statut și un rol special pentru persoana în cauză, solidaritatea grupului manifestându-se timp îndelungat. Ritualizarea doliului contextualizează socio-cultural trăirea depresiei, evidențiind integrarea subiectului într-o rețea de suport social. În mare măsură, doliul este un fenomen supraindividual, al unei colectivități din care subiectul face parte. Situația doliului trimite la ritualuri și valori, la narativitatea ce include istoria unor vieți interconectate, ce există în cadrul unei culturi. Subiectul participă la acest eveniment trăind suferința sa personală și subiectivă. Dar aceasta nu epuizează semnificația „memetică” a evenimentului decesului unei persoane ce aparține unei colectivități.

Faptele reamintite mai sus contrastează cu decontextualizarea ce o trăiește subiectul în depresia majoră anormală, patologică, când retragerea inhibată îl repliază pe sine, pe vinovăția sa, pe trecut, pe negație, pe inexistență; repliere care închide orizontul viitorului, îl rupe de prezentul ambiental, îl decontextualizează. Una din observațiile psihopatologilor fenomenologi a fost că, în raport cu omul trist ce se află în condiția de doliu, se instituie spontan o reacție de empatie la cei ce-l întâlnesc. Pe când în depresia clinică, pacientul poate rămâne neobservat, ca cineva detașat, rupt de lumea din jur, care nu îți atrage atenția prin nimic.

Revenind la scenariul instalării unei stări dispoziționale depresive, se poate considera că în condiții situaționale determinate – pierdere, doliu, eșec etc. – disponibilitatea de retragere inhibată e apelată, avansează și se conjugă cu datele evenimentțiale, realizând o reacție depresivă adoptativă și comprehensivă (**Chenar 18**). Condiția psihopatologică a depresiei s-ar institui când structura funcțională a manifestărilor internalizate, înțeleasă ca o schemă formală, se condensează în interiorul psihismului într-un mod nediferențiat, blocând articularea treptată, nuanțată cu evenimentul situațional, întrepătrunderea adaptativă cu acesta. Și apoi, se impune în afara împrejurărilor adecvate, sub formă de episod psihopatologic depresiv, care suprimă aderența la prezent, închide orizontul viitorului și menține subiectul inhibat și retras într-o condiție desituaționalizantă.

- *Dispoziția afectivă maniacală.* Manifestarea dispozițiilor din aria dezinhibiției expansive ce pot fi corelate cu simptomatologia episoadelor maniacale ar putea fi prezentate într-o schemă în mare măsură similară cu cea a manifestărilor de retragere inhibată (**Chenar 20**). La fel ca în acest caz, ansamblul manifestărilor dezinhibat expansive poate integra și pe cele ce se regăsesc în psihobiologie, așa cum e perioada de rut, investigarea în teritorii noi, confruntarea beligerantă. Pentru om însă, un rol esențial îl joacă proiectul realizator, ergic și sărbătorile. Un proiect poate avea o fază expansivă, de „entuziasm” în momentul conceperii sale, când viitorul se arată promițător. Un alt moment dezinhibat expansiv se produce uneori înainte de final, când succesul se întrevede clar. Reușita proiectului se însoțește de un sentiment de împlinire, de creștere a stimei de sine, satisfacție, bucurie, în

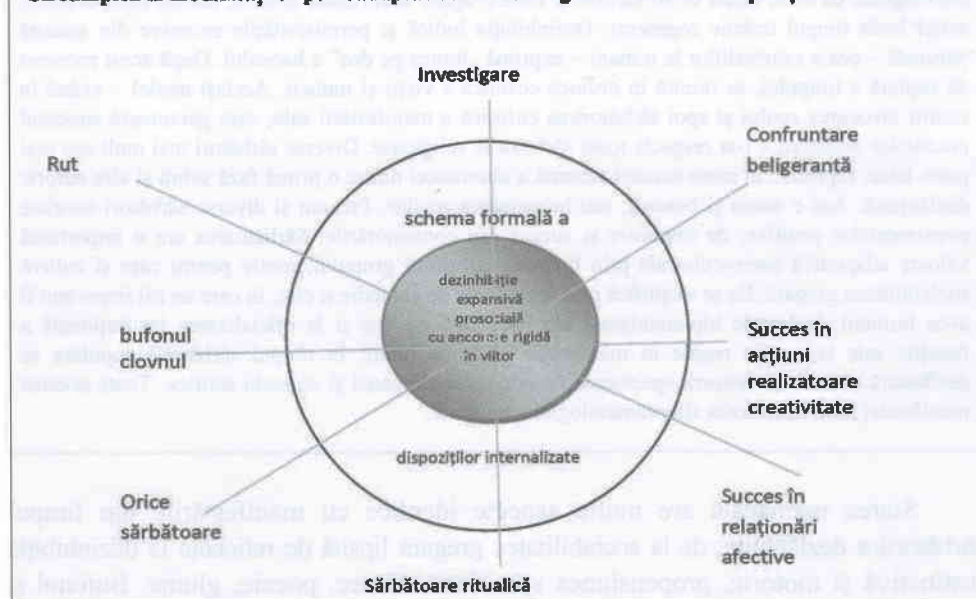
general o dispoziție afectivă pozitivă. Și la fel victoria într-o confruntare. Corelativ realizărilor prin muncă, procesul de creație se caracterizează și el psihic printr-o stare de elafie, cu dezinhibiție expansivă și energie crescută în plan intelectual, spiritual, uneori până la entuziasm. Manifestările corelate proiectului realizator sunt adaptative. La fel, până la un punct, dezinhibiția, expansivitatea, creșterea energiei, – toate caracteristici ale stării hipomaniacale –, pot favoriza reușita. Succesul și victoria ce cresc stima de sine, fac parte din trăirile pozitive, ale „amplificării existențiale”, în sensul lui Spinoza; la fel ca orice „veste bună”. În sfârșit, o dispoziție de tip dezinhibat expansiv o întâlnim în cursul sărbătorilor.

Acestea se instituie după succesul în muncă sau confruntare; și deci, fac prin definiție parte din acest ciclu al efortului realizator, chiar dacă originea sa face trimiteri, prin sărbătoarea religioasă, la transcendență.

Putem concepe starea maniacală ca o structură dispozițională formală ce derivă, prin precipitare dediferențiată din aceste condiții, sub forma unui „modul maniacal”; acesta tinde să se autonomizeze și să se impună. În el se condensează dediferențiat tendințele expansiv dezinhibate ale proiectelor îndrăznețe și megalomane, entuziasmul creației, confruntarea victorioasă, sărbătoarea dezlănțuită ș.a.m.d. Starea dispozițională maniacală proiectează subiectul spre un viitor a toate posibil ce se sprijină pe fragmente de prezent hedonic decontextualizate, cu imposibilitatea articulării cu firescul vieții cotidiene. Subiectul pierde capacitatea de raportare firească la problemele situaționale curente, plasarea acestora pe fundalul unor conexiuni și linii temporale de adâncime. El e absorbit de o temporalitate aplatizată, deschisă spre un viitor nedefinit, decontextualizându-se astfel (Chenar 22).

Chenar 20

Circumplex al modalităților psihoadaptative care configurează schema dispozițiilor externalizate



Deoarece condiția sărbătorii, specifică culturii omenești deși susține o mare parte din modelul dispoziției maniacale este ignorată complet în DSM-5, se va insista puțin asupra acestei condiții.

Sărbătoarea nu are echivalent în biopsihologie. În varianta sa carnavalescă ea se desfășoară într-un registru de bună dispoziție și dezinhibiție globală, potențată deseori de alcool, cu sociabilitate gregară, fiind însoțită de tahipsihie, excесе instinctive, cântece, jocuri, spectacole de comedie și circ. Prezentul circumstanțial al relaționării sociale realizate într-o atmosferă gregară, e acutizat hedonic. Normele vieții de zi cu zi și ale muncii sunt suspendate, împreună cu relațiile ierarhice dintre oameni și cu decența.

Durata evenimentului este însă limitată. Motivația sărbătorii e variată. Dar în esență e vorba de celebrarea unor evenimente importante – sociale sau personale –, și de încheierea cu succes a unui efort de realizare. Eventual, de victoria într-o confruntare personală sau colectivă, de război, așa erau triumfurile romane. Prototipul este însă sărbătoarea religioasă, așa cum subliniază Eliade (**Chenar 21**).

Chenar 21

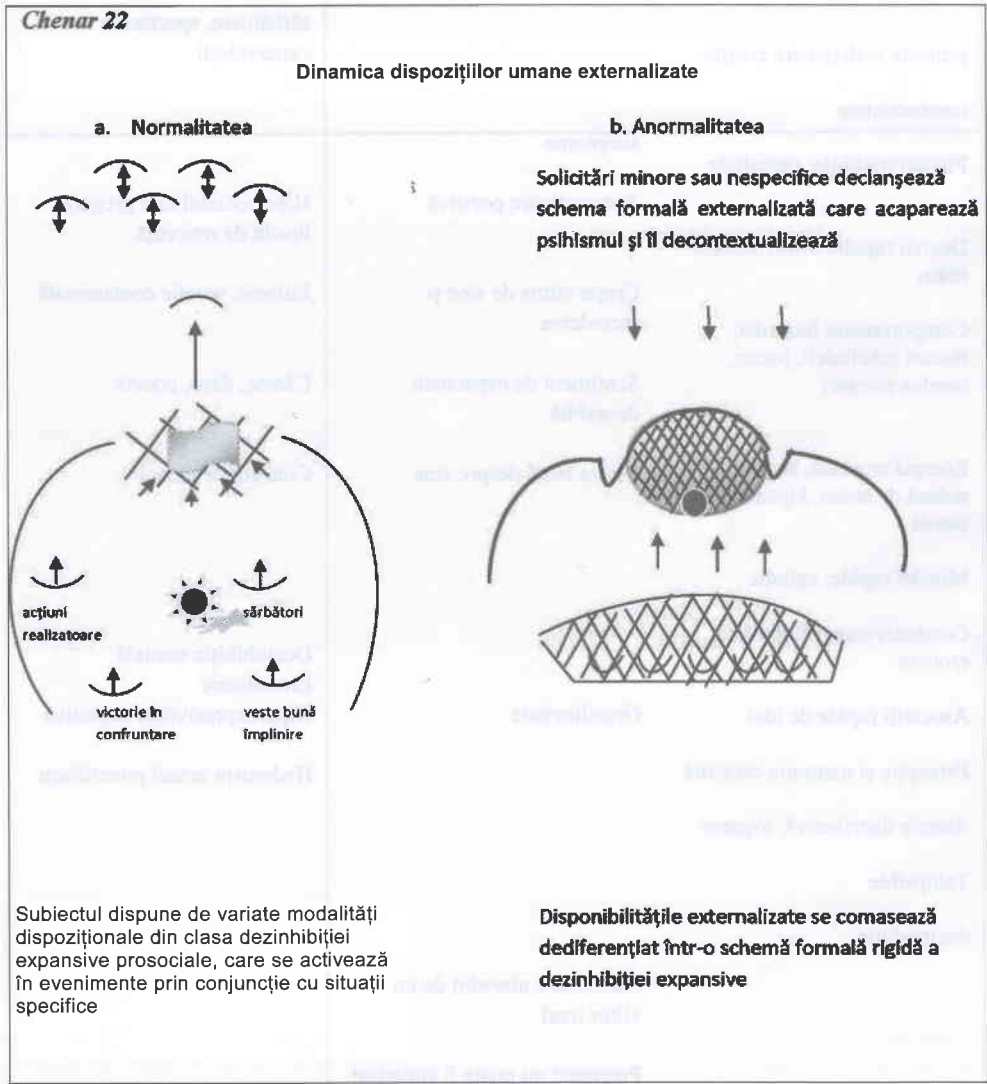
Euforia sărbătorii (după Eliade, 1992)

Eliade subliniază că timpul sărbătorii are în istoria religiilor, două faze. Prima, de invocare a zeului, este sobră, marcată de post și abținere, de rugăciuni și ritualuri. A doua, după ce relația cu zeul s-a împlinit prin teofanie și rugăciunea a fost ascultată, sărbătoarea se manifestă ca bucurie colectivă, dezinhibată. Modelul sărbătorii carnavalești ar fi legat de ciclicitatea timpului mitic, cu convingerea că anul, odată ce se încheie și moare, apare dezordinea amorfă, haosul începuturilor; astfel încât timpul trebuie regenerat. Dezinhibiția ludică și permisivitățile excesive din această perioadă – cea a saturnaliilor la romani – exprimă „lumea pe dos” a haosului. După acest moment de ruptură a timpului, se reintră în ordinea cosmică a vieții și muncii. Același model – având în centru invocarea zeului și apoi sărbătorirea euforică a manifestării sale, care garantează succesul practicilor omenești – l-ar respecta toate sărbătorile religioase. Diverse sărbători mai mult sau mai puțin laice, reproduc în mare aceeași schemă a alternanței dintre o primă fază sobră și alta euforic dezlănțuită. Așa e nunta și botezul; sau încoronarea regilor. Precum și diverse sărbători corelate evenimentelor pozitive, de împlinire și succes sau comemorările. Sărbătoarea are o importantă valoare adaptativă socio-culturală prin întărirea coeziunii grupului; motiv pentru care și cultivă sociabilitatea gregară. Ea se amplifică prin spectacole de comedie și circ, în care un rol important îl avea bufonul. Valențele hipomaniacale ale bufonului au dus și la oficializarea instituțională a funcției sale la curțile regale în mai multe părți ale lumii. În timpul sărbătorii populare se desfășoară cântece și dansuri, spectacole de circ cu saltimbanci și comedii satirice. Toate acestea manifestări intră în recuzita simptomatologiei maniacale.

Starea maniacală are multe aspecte identice cu manifestările din timpul sărbătorilor dezlănțuite, de la sociabilitatea gregară lipsită de reticențe la dezinhibiția instinctivă și motorie, propensiunea spre dans, cântec, poezie, glume. Bufonul și

saltimbacul ce animă sărbătorile carnavelești au o dispoziție hipomaniacală. Ei sunt îmbrăcați strident, fac acrobații, spun glume, induc bună dispoziție. Iar măștile sugerează fragilitatea identitară.

În viața umană sărbătoarea este doar un episod ce se interpune în cursul existenței centrată pe muncă. Manifestările (cvasi) modului dezinhibiției expansive, ce ar putea fi pus în spatele simptomatologiei modului maniacal, ar putea fi derivate din două arii complementare intercondiționate: – derularea unor proiecte sau confruntări ce duc la împlinire, creație, victorie; – și, desfășurarea sărbătorilor. Anumite simptome sunt relativ specifice acestora (**Chenar 23**). Manifestarea maniacală psihotică se alimentează din modalități psihoantropologice adaptative.



Două arii de derivare a trăirilor dezinhibiției expansive

<p>Aria A <i>Aria acțiunii și relaționării</i></p> <p>Se operează pe modelele probabiliste metareprezentationale, implicând evaluarea datelor situației reale</p>	<p>Autoevaluarea subiectului</p> <p>succes</p> <p>victorie</p> <p>creație</p>	<p>Aria B <i>Aria sărbătorii și spectacolelor</i></p> <p>Identificare cu convențiile circumstanțiale ale sărbătorii și cu instanța (timpul) de ficțiune a spectacolului</p>
<p>proiecte realizatoare creație</p> <p>combativitate</p>		<p>sărbătoare, spectacole carnavelești</p>
<p>Planuri multiple, nerealiste</p> <p>Decizii rapide, discernământ redus</p> <p>Comportament hazardat, riscant (cheltuieli, jocuri, condus riscant)</p> <p>Energie crescută, nevoie redusă de somn, hiperactivitate sterilă</p> <p>Mișcări rapide, agitație</p> <p>Combativitate, iritabilitate, erotism</p> <p>Asociații rapide de idei</p> <p>Percepție și memorie crescută</p> <p>Atenție distributivă, logoree</p> <p>Tahipsihie</p> <p>dezinhibiție</p>	<p>simptome</p> <p>Autoevaluare pozitivă</p> <p>Crește stima de sine și încrederea</p> <p>Sentiment de capacitate deosebită</p> <p>Păreră bună despre sine</p> <p>Grandiozitate</p>	<p>Hipersociabilitate gregară lipsită de reticență</p> <p>Euforie, veselie contaminată</p> <p>Cântec, dans, poezie</p> <p>Consum de alcool</p> <p>Dezinhibiție sexuală</p> <p>Erotomanie</p> <p>Hiperexpresivitate captativă</p> <p>Hedonism actual punctiform</p>
	<p>Subiectul e absorbit de un viitor ireal</p> <p>Prezentul nu poate fi sintetizat</p>	

DECONTEXTUALIZAREA TEMPORALĂ ȘI CONDIȚIA PSIHOTICĂ A EPISOADELOR MANIACALE ȘI DE DEPRESIE MAJORĂ

Sugerarea unei originări a sindroamelor psihopatologice depresive și maniacale în structuri dispoziționale adaptative, aduce în discuție diferența între condiția normalității psihice și condiția psihopatologiei psihotice.

Mania și depresia sunt considerate în DSM-5 ca având trăsături psihotice doar prin interferența cu delirul. S-ar putea susține însă că ele pot atinge condiția psihotică prin caracteristici ce le sunt proprii. Nu e vorba de intensitatea simptomelor; ci, din punct de vedere fenomenologic, de o anumită distorsiune a temporalității exprimată prin modificarea ritmului derulării psihismului (tahipsihie, bradipsihie) și ieșirea din timpul prezent. Cu proiecția, prin intermediul instanței metareprezentative, într-un viitor a toate posibil (manie) sau într-un trecut orientat spre negare și neînființă (depresia).

Odată cu alunecarea spre viitor sau trecut, subiectul se dezarticulează de „scena prezentului”, a prezenței sale nemijlocite la situațiile actuale (**Chenar 24, 25**). Depresivul nu se mai simte interesat de nimic din jur, de alte persoane, de solicitări, de dorințe, de rezolvarea problemelor curente ale vieții de zi cu zi. El nu mai reacționează la solicitări, frustrări, amenințări, ofense etc. În retragerea sa, depresivul e desprins de problemele pe care le ridică situația actuală. Maniacalul agitat, deși aparent remarcă cu o atenție împrăștiată detalii ale ambianței situaționale, de fapt doar se sprijină (hedonic) pe acestea; la fel ca cel amețit de vârtejul sărbătorii (Gebaattel a comparat prezența la prezent a acestuia ca un dans săltăreț). Orientarea sa principală este spre posibilele viitorului, ce se desfășoară în plan metareprezentativ, imaginar. Nici el nu mai reacționează efectiv, ci doar circumstanțial și superficial la solicitări; astfel încât, nici în acest caz nu se poate încheia un prezent real, care să aibă în fundal straturi de „profunzime” temporală (**Chenar 26**). Neaderarea de prezent a celor cu patologie afectivă realizează de fapt o detașare de lumea cotidiană comunitară. O alunecare în afara acesteia, deoarece situațiile actuale sunt cele care asigură punerea în legătură efectivă cu lumea.

Trăirea de către subiect a prezentului, în sens de prezență activă la o situație dată cu care el se articulează prin fluxul informațional nemijlocit, implică viitorul și trecutul, de care actualitatea se diferențiază. Trecutul e memorabil și reprezentabil, viitorul e proiectat și sperat, expectat, promis. Din punct de vedere formal, prezentul trăit al cuiva, s-ar putea circumscrie prin implicarea sa în rezolvarea unei situații problematice. Acest modelul este însă doar formal, deoarece raportarea activă actuală se articulează de proiecte și preocupări cu „alte dimensiuni temporale” și de relaționare. Ansamblul acestora asigură „adâncimea temporală” a contextului psihic interior, care învăluie prezentul trăit. La fel cum un obiect perceput este învăluit de un context accesibil (**Chenar 24**).

Prezentul trăit, evenimentul actual la care subiectul participă, are o durată și o dinamică temporală: el începe, ajunge la un punct culminant, apoi se încheie, cu succes sau eșec; atât pentru subiect cât și pentru coparticipanții. De aceea, evenimentul poate fi relatat de martori sub formă de narațiuni. Pentru subiect, el poate intra în memoria sa episodică, biografică, prin intermediul narativității instanței meta-reprezentationale. Din perspectivă subiectivă, evenimentul actual ocazionalizează și afirmarea valorică a persoanei, în și prin situație; aspect asertiv ce e resimțit autoevaluativ, exprimând stima de sine.

În cazul dispozițiilor afective anormale, mobilizarea dispozițională nu mai ajunge să încheie firesc și să susțină scena unui eveniment situațional, la care subiectul să participe efectiv, printr-o acțiune de rezolvare. De fapt „prezentul trăit” de către subiect nu se mai structurează în aceste situații anormale, decontextualizând subiectul. De aceea, perioadele unoe episoade maniacale și de depresie majoră nu se înscriu practic în biografie, rămânând niște „pete albe” în istoria propriei vieți. În depresie și manie, „ieșirea din prezent” cuprinde întreaga dimensiune biopsiho-antropologică a omului, implicând și raportarea la ambianța fizică, spațială. Acest aspect diferențiază aceste sindroame de decontextualizare din patologia delirantă și dezorganizată, care se centrează pe dimensiunea narativ lingvistică și de rol (de personaj) a subiectului.

Distorsiunea temporalității, centrată pe aberațiile de ritm (lentoare sau accelerare anormală), ar putea fi considerată prin ea însăși condiția unei stări psihotice, diferită de cea delirant halucinatorie și dezorganizată.

În depresie și manie e perturbată concomitent și spațialitatea trăirilor psihice bioantropologice.

Faptul e evident, atât în plan fizico-biologic, prin nemișcarea sau lentoarea depresivului sau expansivitatea agitată a maniacalului. Dar mai ales în planul spațialității specific antropologice, a manipulării direcțiilor, traiectoriilor, reperelor, a parcurgerii drumurilor prin care se pot atinge diverse obiective în cadrul lumii umane. Totul apare îndepărtat, dificil de atins la depresivul inhibat. Totul apare „la îndemână”, iluzoriu de ușor de atins, pentru maniacalul expansiv. La fel de perturbată e și spațialitatea relaționărilor interpersonale. Depresivul nu mai are în vedere pe nimeni, retrăgându-se social, la mare distanță afectivă de oricine, inclusiv față de persoanele intime. Maniacalul se apropie rapid, fără reticențe de oricine, eludând structura organizată a relaționărilor interumane ce funcționează pe axa intim public. Structura distanțelor interumane se prăbușește și ea, în această patologie. Cu toată evidența prezentă a acestor perturbări ale spațialității trăite, în patologia dispozițională cel mai pregnant și specific se impune distorsiunea temporalității trăite, fapt ce se exprimă și în tendința la manifestare periodică, ciclică a acestei patologii. Faptul poate fi comentat și din perspectiva unei asimetrii dintre temporalitatea și spațialitatea trăită (Nota 7).

Dezorganizarea spațio-temporală face ca prezentul să nu se sintetizeze efectiv pe scena sa firească. Dar, așa cum s-a menționat, contururile scenei rămân. Iar în acest topos, aproximativ localizat, psihologic, fenomenologic, se manifestă în plan metareprezentational un unic actor: adică subiectul însuși, predispus pentru a trăi și eventual a juca de unul singur, rolul unor hipervalorizări sau devalorizări extreme. Matricea sau structura funcțională a dispozițiilor afective, în varianta lor anormal ratatinată din psihopatologie, e centrată de „trăiri” nemijlocite netematizate. Ea oferă doar o disponibilitate pentru roluri în care subiectul, devenit personaj delirant, își atribuie capacități crescute sau scăzute în cadrul unui scenariu delirant cvasinarativ.

Chenar 24

Prezentul trăit și contextul său

Din punct de vedere formal, prezența în situație, care susține circumscrierea unui prezent trăit, a fost caracterizată prin implicarea subiectului în rezolvarea unei situații problematice, a unui eveniment, pe care ulterior îl poate relata. Această schemă, care subliniază faptul că prezentul trăit are o durată și o structura proprie, este însă doar un model formal, relativ arbitrar și ideal, din mai multe motive.

În primul rând orice activitate actuală se articulează cu alte proiecte și preocupări de mai mare amplitudine, trecute și viitoare; care au și ele variate durate temporale în care se desfășoară. Se adaugă temporalitatea indusă de relaționările interpersonal afective, ale apropierii sufletești, dragostei, despărțirii, doliului, tote făcând parte din ciclurile vieții personale. Ansamblul acestora participă la asigurarea „adâncimii temporale” a contextului psihic interior, care învâluie prezentul trăit. În fundalul acestora s-ar plasa “durata istoriei biografice” care asigură identitatea de fond a sinelui. Apoi, actualitatea personală, e inclusă în „actualitatea comunitară”, socio-cultural, care e și ea structurată pe mai multe paliere, inclusive calendaristice. În al treilea rând, temporalitatea evenimentelor trăite, a proiectelor și preocupărilor proprii, se articulează cu temporalitatea specifică a narativității, ce se desfășoară în alt registru. Poate fi vorba de narațiuni ce se referă la propriile evenimente trăite, relatate de însuși subiect sau de alții; dar și de narațiuni a evenimentelor la care el nu a participat. Narațiuni mai mult sau mai puțin fictive ale istoriilor, epopeilor, romanelor etc. Deasupra acestora se plasează povestea mitico sacrală a religiei în care omul crede; și care invocă un timp special, al originilor și al eternității.

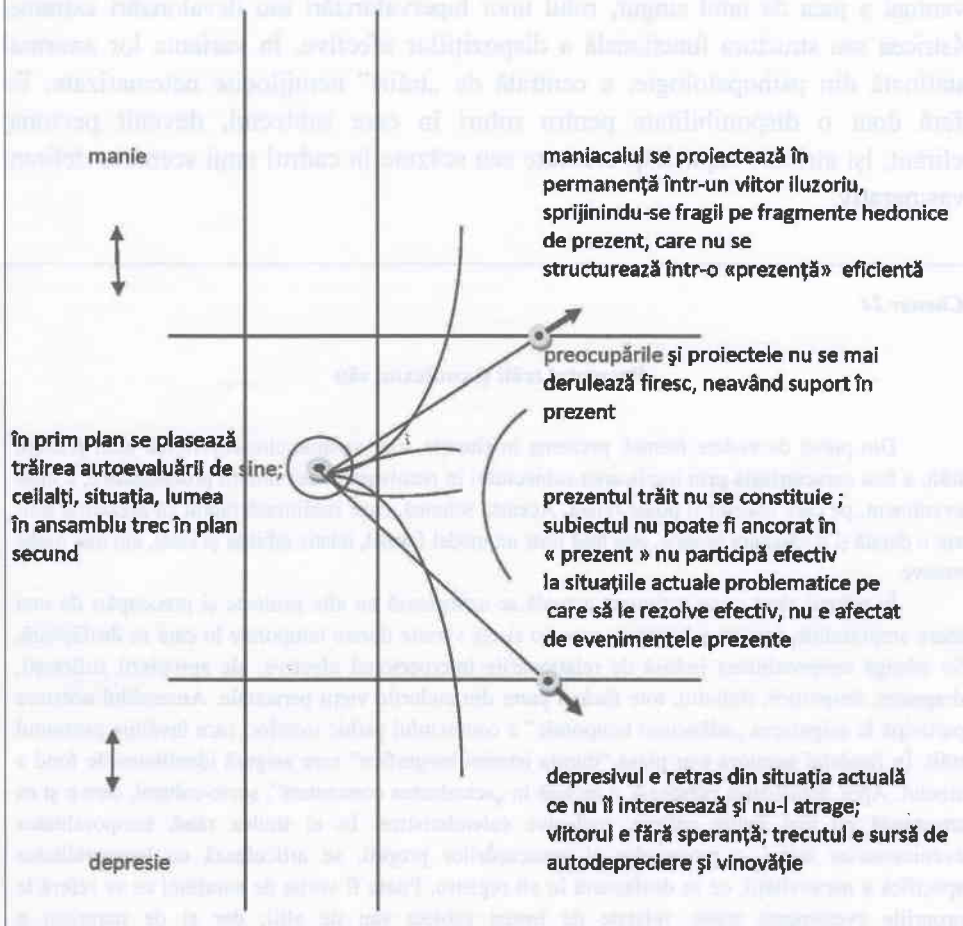
Prezentul trăit al subiectului implică și instanța narativă, inclusiv cea autonarativă; prezentul se constituie și prin relatările sale, lecturi, conexiuni intertextuale, el raportându-se astfel, în prezentul său, și la o multitudine de „lumi fictive”.

Prezentul trăit a unui subiect se impune ca o „figură pe un fond”, inserat într-un larg fundal accesibil al temporalității (la fel cum un pom izolat poate fi perceput pe o câmpie cu un larg orizont).

În dispozițiile patologice ale depresiei și maniei, subiectul se aplatizează și se decontextualizează temporal, trăind în marginea prezentului, pe un ax excentric de temporalitate rigidă: a unui viitor deschis dar ce nu progresează; sau a a unui trecut imobil.

Destructurarea timpului trăit în manie și depresie

fapt ce induce o decontextualizare cu alunecarea specific spre condiția psihotică



Pot exista interferențe între acest aspect psihotic al maniei și depresiei, rezultat predominant din distorsiunea temporalității, și unele manifestări ce se întâlnesc în schizofrenie. În depresie, bradipsihia și anhedonia pot interfera cu „simptomele negative”, ce au fost conceptualizate ca o variantă a schizofreniei. Sărăcirea gândirii și alogia s-ar corela astfel cu inhibiția și lentoarea cursului ideativ. Anhedonia și inhibiția motivațională ar fi apropiate de apatia și avoliția schizofrenă. Cazurile de depresie „melancolică” cu anestezie afectivă, implică depersonalizarea în varianta psihotică a acesteia. Aproximarea de orbita psihozei a episodului maniacal prin tahipsihia fugii de idei, se apropie de dezorganizarea ideoverbală din schizofrenie, exprimată odată cu presiunea gândirii și mentismul. În dezorganizare se manifestă însă o patologie logico-semantică, cu distorsiuni ale semnificațiilor, de obicei în lipsa tahipsihiei.

PERIODICITATEA CICLICĂ A TULBURĂRILOR DISPOZIȚIONALE

Clasica psihoză maniaco-depresivă și actuala tulburare bipolară – sau cea monopolar depresivă – au fost identificate și descrise ca evoluând periodic, ciclic. Faptul implică, în principiu, apariția și dispariția spontană, cu reapariția ulterioară a episoadelor. Este evidentă o dereglare la nivelul biopsihoritmicității, a funcționării „ceasurilor interne”. În acest domeniu probabil se vor face studii mai ample pentru a se cunoaște în amănunțime structurile psihocerebrale și endocrine de care depinde această periodicitate și dereglarea ei psihopatologică.

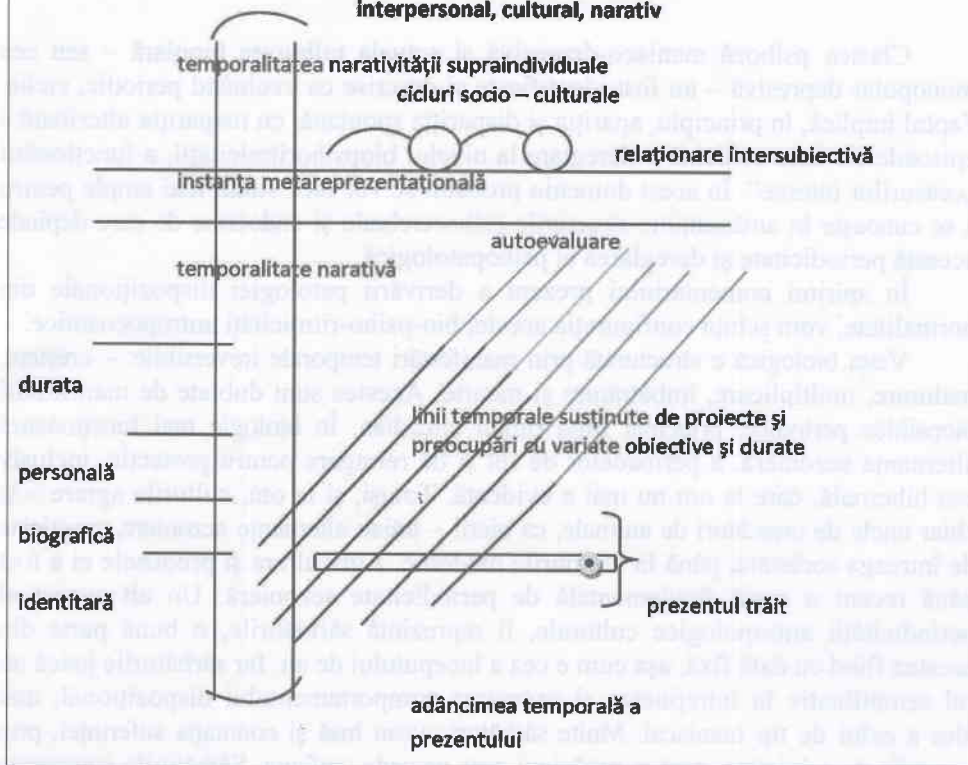
În spiritul comentariului prezent a derivării patologiei dispoziționale din normalitate, vom schița configurația acestei bio-psiho-ritmicități antropocosmice.

Viața biologică e structurată prin manifestări temporale ireversibile: – creștere, maturare, multiplicare, îmbătrânire și moarte. Acestea sunt dublate de manifestări biopsihice periodice, principal fiind ritmul circadian. În biologie mai funcționează alternanța sezonieră, a perioadelor de rut și de retragere pentru protecție, inclusiv cea hibernală, care la om nu mai e evidentă. Totuși, și la om, culturile agrare – și chiar unele de crescători de animale, ca oierii – trăiau alternanțe sezoniere, practicate de întreaga societate, până în vremurile moderne. Agricultură și produsele ei a fost până recent o sursă fundamentală de periodicitate sezonieră. Un alt aspect al periodicității antropologice culturale, îl reprezintă sărbătorile, o bună parte din acestea fiind cu dată fixă, așa cum e cea a începutului de an. Iar sărbătorile joacă un rol semnificativ în întreținerea și exersarea comportamentului dispozițional, mai ales a celui de tip maniacal. Multe sărbători aveau însă și conotația suferinței, prin perioada de sobrietate, post și rugăciuni care precede teofania. Sărbătorile consacrate zeului aveau o legătură directă cu realizările din viața cotidiană a colectivităților, acestea stând sub patronajul ființelor supranaturale, atotputernice, care se cereau invocate.

Trecând în planul uman individual, acesta se împărtășește, desigur, din practicile colective, inclusiv cea a muncii și a sărbătorilor. Deja de mult timp structura săptămânii e marcată la finalul ei de sărbătoare, odihnă, relaxare. Dar, există și o perspectivă individuală a periodicității care poate lua drept referință ciclurile realizărilor și relaționărilor.

Așa cum s-a analizat deja, dincolo de raportările circumstanțiale la situație, existența individului se derulează prin realizarea de proiecte și preocupări identitare relaționale ce au diverse obiective și dimensiuni temporale. Proiectele au o structură ciclică: un început, drumul de realizare, faza finală, rezultatul. Bilanțul poate consta în eșec sau reușită, ambele condiționând stări dispoziționale afective. Ciclul unei acțiuni realizate printr-un proiect, introduce o ritmicitate structurată în stările dispoziționale. Problema traiectoriilor temporale pe care le susțin proiectele, poate fi studiată și analizată pe multe planuri. Ea introduce un ax al temporalității ciclice în apariția și manifestarea stărilor dispoziționale normale, pe care subiectul îl exersează constant de-a lungul vieții.

Prezentul trăit, plasat pe fundalul „adâncimii” temporale a proiectelor și în cadrul temporal interpersonal, cultural, narativ



În perspectiva relaționărilor interpersonale, acestea au și ele ciclurile lor, constând în apropierea dintre oameni, intimitate, bucuriile dragostei, suferința despărțirii și a morții. Depresia condiționată de doliul morții cuiva apropiat are o structură complexă, așa cum deja s-a comentat. Ea este și un eveniment socio-cultural, ce reunește comunitatea, invocă strămoșii și zeii. Privit în ansamblu, fenomenul poate fi considerat ciclic. Iar un om nu pierde o singură persoană de atașament de-a lungul unei vieți.

În concluzie, depresia și mania se manifestă, în esența lor, printr-o distorsiune temporală: ieșirea din timpul prezent, incapacitate de raportare, de prezență structurată la actualitate. Și aceasta, fie prin căderea spre trecut, fie prin proiecția într-un viitor ireal, ficțional. Structura temporală distorsionată a patologiei dispoziționale se articulează însă cu dimensiunea longitudinală, diacronică a existenței personale, care e organizată prin definiție, după modelul periodicității ce dublează etapele ireversibile ale vieții.

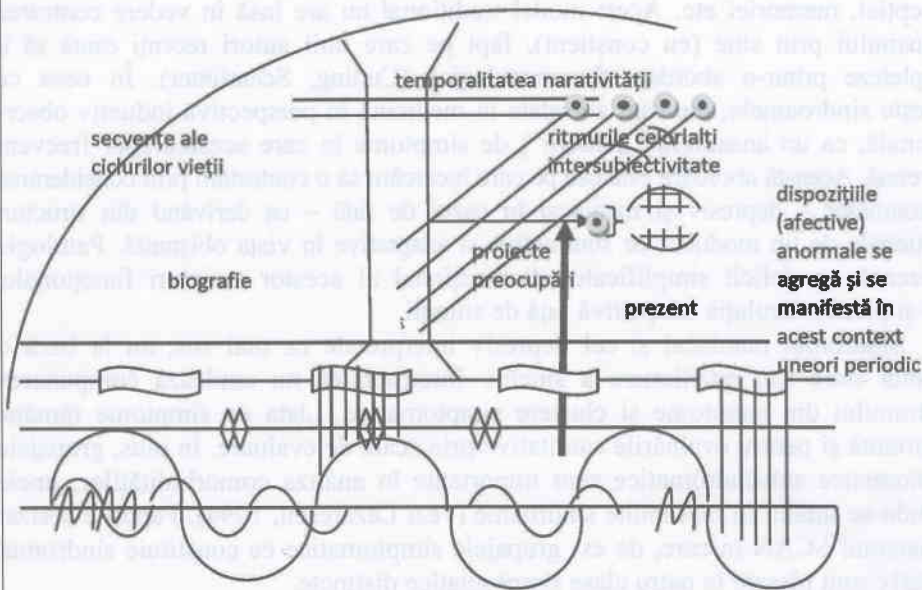
Toate aspectele derulării temporale normale ale vieții omului, care pot fi comentate psihopatologic, au o bază în funcționalitatea bio-psiho-antropologică a encefalului. Modelul modular ce a fost sugerat, susține posibilitatea instalării unui complex sindromatic depresiv și maniacal, prin disfuncție cerebrală directă. Astfel de manifestări se pot exprima cu variate intensități și în diverse succesiuni. Dacă

perspectiva modulară e extinsă la funcționarea cerebrală, pot fi avute în vedere manifestările parțiale ale sindromului maniacal și depresiv, considerate disfuncții psihocerebrale, așa cum întâlnim în stările mixte.

Chenar 27

Psihoritmicitate normală și patologică a persoanei

Ritmicitatea cosmică și culturală



De-a lungul ciclurilor vieții se manifestă în paralel multiple linii ale biopsihoritmurilor antropologice, ce susțin și se articulează cu manifestările subiectului, în cadrul prezentului trăit și transgresându-l în proiecte și preocupări.

În conjuncție cu raportul între factorii stresanți și cei protectori (Nota 13, Cap. 1) în unele cazuri direcțiile dispoziționale expansiv dezinhibate și de retragere inhibată se pot manifesta ca episoade maniacale sau depresive.

În viitor, cercetările psihocerebrale privitoare la condițiile psihopatologice ale depresiei majore și stării maniacale vor avea în vedere nu doar disfuncția generică a neurotransmițătorilor, ci funcționalitatea lor structurată în direcția reglării infrastructurii temporale a existenței umane.

NOTE

Nota 1

Aproape toate psihopatologiile descriptive prezintă stările maniacale și depresive ca sindroame compuse din mai multe simptome, fără a comenta suficient

de clar distincția între simptom și sindrom și fundarea sindroamelor în trăiri normale. Pentru capitolul de față și următoarele menționăm principalele lucrări semiologice de referință: Sims (1988), Oyeboade (2015), Scharfetter (1980), Cutting (1997), Taylor (2009), Fich (Casey, 2009), AMDP (1995), SCAN (1992). Prezentarea din acest capitol se bazează în mare măsură pe sinteza realizată de Lăzărescu (2011). Simptomele sunt comentate de obicei ca modificări disfuncționale a unor aspecte a funcțiilor, care sunt diferențiate în cadrul celor trei facultăți psihice tradiționale: cognitivă, volitivă și afectivă. Astfel, în cadrul cogniției s-ar întâlni funcțiile: atenției, percepției, memoriei etc. Acest model tradițional nu are însă în vedere centrarea psihismului prin sine (eu conștient), fapt pe care unii autori recentți caută să îl completeze printr-o abordare fenomenologică (Cutting, Scharfetter). În ceea ce privește sindroamele, ele sunt abordate în medicină în perspectivă inductiv observațională, ca un ansamblu („pattern”) de simptome în care acestea apar frecvent împreună. Această abordare este cea pe care încercăm să o contestăm prin considerarea sindroamelor – depresiv și maniacal în cazul de față – ca derivând din structuri funcționale de tip modular, ce sunt active și adaptative în viața obișnuită. Patologia realizează un deficit simplificator disfuncțional al acestor structuri funcționale, care-și pierd articulația adaptativă față de situații.

Sindromul maniacal și cel depresiv interpretate ca mai sus, au la bază o anumită stare sau poziționare a sinelui. Interpretarea nu anulează compunerea sindromului din simptome și clustere simptomatice. Lista de simptome rămâne importantă și pentru evaluările cantitative prin scale de evaluare. În plus, grupajele simptomatice subsindromatice sunt importante în analiza comorbidităților, unele putându-se întâlni în mai multe sindroame (vezi Lăzărescu, 1994). Faptul e sesizat de sistemul SCAN în care, de ex. grupajele simptomatice ce constituie sindromul depresiv sunt plasate în patru clase simptomatice distincte.

Nota 2

Psihopatologia a fost interesată de psihologia evoluționistă de la începuturile acesteia. Orientarea biomedicală a sistemului DSM-III a favorizat studiile biologice, mai ales cercetarea disfuncțiilor cerebrale corelate stărilor psihopatologice; astfel încât, disponibilitatea față de această doctrină relativ biologizantă era firească. În conformitate cu principiile evoluționismului s-a încercat identificarea unor comportamente biologice ce se aseamănă cu depresia și mania și ar avea valoare adaptativă. Cel mai mult a fost studiat modelul depresiei, prin comportamentul sumisiv, prin care se evită continuarea agresiunii atât în plan interspecific cât și intraspecific. A mai fost invocat comportamentul inhibat din cursul hibernării și retragerea animalului rănit, utilă nu doar evitării altor agresiuni ci și refacerii biologice. În acest sens pot fi menționate lucrările lui Gilbert (1992), Nesse (2002), O'Connor (2002), Sloman (2004), Wolpert (2001). Interpretarea evoluționistă a depresiei ca și corelată comportamentului adaptativ sumisiv a fost comentată și în corelație cu unele comportamente umane de regresie infantilă, care atrag atenția, îngrijirea și protecția celorlalți, diminuând agresivitatea. Orientarea nu ne permite însă o suficientă diferențiere față de comportamentele etichetate tradițional ca histerice, direcție spre care s-a

orientat mai de mult Kretchmer (1958), invocând reflexul de mimare a morții („Totstelreflex”) ca precursor al leșinului histeric. Mania a fost mai puțin abordată de evoluționiști. Se poate cita interesante lucrare a lui Wilson și Cory (2007) care analizează în perspectivă socio-biologică – în tradiția lui Maynard – Smith – valoarea adaptativă evolutivă a cuplului dominație/sumisiune. Pentru o revizuire recentă a problemei a se vedea Lăzărescu (2009) și Lăzărescu (2011 – f).

Psihismul uman prezintă unele dimensiuni speciale, distinct de cel animal, care intervin în structura sindromului. Așa e atașamentul, ce permite introjectarea cognitiv afectivă a altor persoane în structura propriului psihism, fapt ce stă la baza doliului. Apoi, capacitatea de a se angrena în proiecte de acțiune realizatoare, ce se încheie cu eșec sau succes; precum și condiția sărbătorii. Perspectiva evoluționistă poate fi însă reținută și extinsă la perioada istorică culturală a evoluției omului.

Nota 3

Expresia de „mecanisme funcționale adaptative” a fost introdusă și utilizată de Wakefield (1992, 1999, 2010) în încercarea sa de a introduce concepția evoluționistă în diagnosticul psihiatric, în cadrul dezbaterilor privitoare la polarizarea introdusă de Kendell între: abordarea biomedicală „științifică” și cea socio-politică, ce face apel la valori. Wakefield nu se adâncește însă în biopsihologia adaptativ-evoluționistă ci își culege exemplele din practica clinică, majoritatea fiind la marginea reacțiilor comprehensive în sensul lui Jaspers. Problema psihozelor este ocolită. Depresia este una din principalele teme pe care le abordează; dar, din perspectiva criteriilor mai laxe sau mai rigide de diagnosticare, fapt ce permite etichetarea psihiatrică a unei cazuistici mai largă sau mai restrânsă (Horowitz, 2007). Nu este avută în vedere o „calitate deosebită a trăirilor” în cazul depresiei anormale și nici eventuala atingere a unei „orbite psihotice” prin incapacitatea de structurare a prezentului trăit și desituaționalizare.

Nota 4

Variantele psihotice ale depresiei și maniei, care în DSM-5 sunt acceptate doar în cazul prezenței delirului halucinator, sunt abordate diversificat și nuanțat în monumentală monografie a lui Goodwin și Jamison (2007). Autorii au în vedere și o cazuistică tradițională (uneori azilară) din perioada de dinaintea medicației psihoactive. Aceasta e sugestivă pentru un nivel și un mod de derulare a vieții psihice care e clar decontextualizant și aberant; dar care nu corespunde unei etichetări clare ca delirantă sau halucinatorie. Dincolo de varietatea cazuisticii, comentariul teoretic e obligat la simplificări, uneori schematice. Trimiterea pe care o făceam în text la „desituaționalizare” prin pierderea capacității de structurare a prezentului – cu alunecare și ancorare în viitor și trecut, – este desigur de sorginte fenomenologică. Suntem însă convinși că ea se pretează și la modelări de tip cognitivist, dacă se acceptă o instanță metareprezentatională a psihismului persoanei, care-l plasează astfel într-un spațiu multidimensional.

Nota 5

Preocuparea față de trăirea temporalității în depresie și manie a caracterizat abordările fenomenologice (Fucs, 2010). Acestea folosesc un limbaj uneori metaforic, vorbind despre „blocarea”, înghețarea timpului trăit în depresie; sau despre un timp expansiv, săltăreț de dans în manie. Comentariul fenomenologic dublează însă observația pozitivă privitoare de exemplu la bradipsihia și tahipsihia generalizată. La întâlnirea dintre „perspectiva persoanei întâi” și cea a „persoanei a treia”, nu pare imposibil de a se încerca modelări comprehensive ale funcționării psihismului normal sau aflat în stare psihopatologică.

Nota 6

Stările dispoziționale ale omului sunt foarte variate deoarece ele se referă și la „situații” diferite de varianta standard, a unei acțiuni realizatoare (sau a relaționării semnificative) și a consecințelor acesteia (trăirea pozitivă, a succesului, a sărbătorii, eșecului, epuizării, doliului, tristeții, pierderii etc.). Se pot astfel menționa: dispoziția contemplării estetice, a rugăciunii și extazului, dispoziția observării exacte, cea a meditației, autoanalizei speculative, etc. Pentru psihopatologie au importanță însă dispozițiile cu implicare afectivă. Dintre acestea, alături de euforia expansivă și tristețea retragerii, o poziție aparte ocupă anxietatea fobică și indiferența. Anxietatea implică intens subiectul într-o situație pe care nu o cunoaște și controlează suficient, făcându-l vulnerabil. În afară de anxietatea fobică a paranoidei – în care pericolul este în mare măsură conturat – nefamiliaritatea anxioasă cu ambianța situațională stă la baza „dispoziției delirante” marcată de „centralitate”, de sentimentul că toate datele percepute se referă la el. Dispoziția indiferentă are variante anormale în autism și schizofrenia deficitară. Acum, subiectul prezintă un dezinteres față de situație, lume și sine, ce rezultă din a-personalizarea apato-abulică din simptomatologia psihotică negativă. „Ieșirea din situație” e în acest caz diferită de cea din depresie și manie, care are la bază doar retragerea din prezent, cu o centrare (și trăire) pe hipervalorizarea sinelui (pozitivă sau negativă). Indiferența apato-abulică e condiționată de o destructurare mai profundă a temporalității identitare, cu minimalizarea sau dispariția nucleului, eului, a structurii și conturului acesteia. De aceea anhedonia din simptomatologia negativă a psihozei e diferită de cea din depresie.

Nota 7

Structura („existențialul”) ce organizează și susține „temporalitatea” psihică bio-antropologică, nu e strict simetrică cu cea care susține „spațialitatea” acesteia (Fucs, 2007 a, 2007 b), în sensul sugerat intuitiv de comentarea în fizica relativistă a timpului ca o a patra dimensiune, ce se adaugă celor trei ale spațiului euclidean. În bio-psiho-antropologie, spațialitatea se cere comentată în spiritul original al lui Aristotel, pomind de la topos (topos de emergență și de înrădăcinare a individului); și organizându-se în perspectiva distanțelor, a apropierii și îndepărtării de acest topos de referință. Temporalitatea în schimb, e centrată de prezent, de prezența individului la lume prin intermediul situațiilor ce se detașează pe fundalul ciclurilor vieții (existenței) între naștere și moarte.

CAPITOLUL 3

DELIRUL

Definiția didactică a delirului se menține și în prezent cea a lui Jaspers: o convingere anormală, trăită cu o extraordinară certitudine și evidență, incorigibilă prin argumente și experiență, a cărui conținut e imposibil și/sau neadevărat. Noțiunea de delir, deși mai veche, s-a impus în psihiatria clinică din secolul XIX; iar împreună cu halucinațiile ce au fost descrise în această perioadă, au tins să centreze conceptul de psihoză. Delirul a fost identificat și comentat în diverse contexte psihopatologice astfel încât, odată cu constituirea sistematicii nosologice a psihiatriei la începutul secolului XX, el se distribuie între psihozele condiționate organic cerebral și cele „endogene”. Jaspers, care a adus în discuție reacțiile comprehensibile (normale și anormale) a optat pentru distincția dintre delirul primar și stările „deliroide” ce derivă din trăiri psihopatologice prealabile; sau apar la persoane vulnerabile, prin cumul de stresori și o fază intermediară a ideății prevalente. Delirul primar e pregătit de o dispoziție sau atmosferă delirantă în cursul căreia subiectul se simte invadat de semnificații care parcă i se adresează special, anunțându-l că se va întâmpla ceva important pentru sine. Pe acest fond o percepție banală declanșează brusc „căderea” pe o orbită delirantă, cu manifestarea unor convingeri anormale și transpunerea într-o realitate fictivă. Tot la începutul secolului XX s-a conturat și punctul de vedere care acceptă deliruri sistematizate monotematice ce se instalează lent, progresiv, pornind de la „constituții morbide” (Kretschmer). Delirurile monotematice, predominant cele cu tematică corporală, deși nu sunt foarte frecvente, au importanță deoarece arată că aceeași temă (e.g. dismorfia corporală) se poate manifesta sub forme psihopatologice variate: anxios-fobic, obsesiv, prevalent, delirant. În plus, această cazuistică indică evident că tematica delirantă nu se referă la „stări de fapt” exterioare, ci la preocupări ale subiectului privind starea și poziția sa în raport cu alții, sine și lumea („cum și cine sunt eu?, în ce situație mă aflu?”). Deci, teme ce „afectează” identitar subiectul. Tematica delirantă ce se conjugă cu dispozițiile afective – maniacal expansive sau depresiv inhibitate – exprimă trăiri privitoare la situația identitară, la stima și valoarea de sine: grandiozitate în manie, devalorizare, nimicnicie și vinovăție în depresie.

Delirul cu tematică relațională, e cel mai frecvent în varianta sa paranoidă, ce exprimă atitudinea ostilă a altora. Modul său de manifestare scoate în evidență că relaționarea interpersonal socială se realizează după o diagramă intim-public. Lectura și analiza delirului paranoid are de precizat: felul atitudinii ostile, identitatea persecuțiilor, dar și aspectele sentimentului de supraveghere din partea străinilor („xenopatică”), ce induce un sentiment de „centralitate”.

O variantă aparte este cea a delirului cu tematică religioasă. În acesta apar ființe supranaturale – Dumnezeu, diavolul, spirite – cu care subiectul se simte în relație directă, plasat în intimitatea „lumii” lor, uneori conpenetrându-se cu ei. Deoarece religia este acceptată ca o instanță firească a vieții cotidiene comunitare, familiaritatea cu universul personajelor supranaturale atrage atenția asupra faptului că „lumea delirantului” este în esență o „lume fictivă”. În acest sens devine atractivă sugestia recentă a lui Gallanger care atrage atenția asupra faptului că în normalitate, fiecare om se articulează zilnic cu lumi fictive variate, cum sunt cele ale miturilor, romanelor, teatrului, filmelor, istoriei, din care însă revine spontan la viața cotidiană. Delirantul ar putea fi comparat cu un om ce preia, în mod patologic, rolul unui personaj dintr-un scenariu fictiv, aberant; și nu mai se poate reîntoarce din această lume fictivă în care a căzut, la parametrii vieții curente. Faptul s-ar putea aplica nu doar delirului cu temă religioasă de posesiune sau narativă; ci și delirului paranoid, a celui de gelozie, erotoman etc. Această interpretare face apel la înțelegerea psihismului uman ca având o structură narativă. Și a vieții curente, ca presupunând asumarea și exercitarea unor variate roluri, în cadrul statutelor sociale. Rolurile nu sunt doar cele ale parametrilor demografici; ci integrează și preocupări identitare („cum și cine sunt? În ce situație mă aflu?”). Rezultă deliruri centrate pe tema propriei valori, a aspectului corporal, sănătății, geloziei, persecuției etc.

În concluzie, delirul „desituaționalizează” subiectul scoțându-l de pe scena prezenței, a implicării sale în situații actuale; și îl mută într-un scenariu fictiv dintr-o lume delirantă, ce se desfășoară în instanța metareprezentatională narativă. Situația sa devine cea a unui personaj absorbit de acest scenariu aberant, după regulile căruia joacă.

DELIRUL PÂNĂ LA JASPERS

Delirul e considerat în prezent ca centrând patologia psihotică.

În ultimul secol sindromul delirant a fost comentat prin referință la definiția dată de Jaspers în Psihopatologia Generală (1913). Aceasta etichetează delirul ca o convingere anormală, trăită cu o extraordinară certitudine și evidență, incorrigibilă prin argumente și experiențe, a cărui conținut e imposibil și/sau neadevărat, fals. În toată această perioadă s-a acceptat și comentat și diferența jaspersiană între delirul propriu-zis – instalat nemijlocit, ca delir „primar”, în urma unei percepții delirante – și stările deliroide (Wahnaft), secundare unor dispoziții patologice ca mania și depresia; sau a trăirii unor evenimente deosebite de către persoane vulnerabile. Aceste precizări au ajuns să cantoneze nucleul delirului jaspersian în aria schizofreniei. Interpretarea sindromului delirant ca și convingere patologică (teoria doxatică) este tot mai mult comentată critic în ultimul timp (**Nota 1**).

Sindromul delirant se întâlnește în multe entități clinice psihiatrice, de la cele condiționate organic cerebral prin condiții medicale variate sau consum anormal de substanțe toxice, până la întreaga patologie etichetată tradițional ca „psihoze endogene”, incluzând tulburările dispoziționale. Tema delirului preocupă în mod special cercetătorii în ultimul timp, realizându-se periodic și sinteze teoretice, cum ar fi cea a lui Oltmans (1988), Spitzer (1989) și a lui Bortolotti (2009). În atenție se află și continuumul cu normalitatea prin intermediul preocupărilor și convingerilor prevalente („ideația supraevaluată”) sau a scurtelelor episoade delirante (și halucinatorii) întâlnite mai ales reactiv la persoane cu tulburări de personalitate. De aceea, comentarea strict sindromatică a delirului se poate face doar până la un punct. Totuși, studiile cognitiviste, acceptând o relaxare în selecționarea cazuisticii, au elaborat câteva modele interesante ale disfuncției preluării informației în delir (**Nota 2**).

Aspecte istorice. În raport cu venerabila tradiție a conceptelor de manie și melancolie, delirul e un termen mai recent, ce se impune în modernitatea raționalistă a Europei și câștigă teren în psihiatria clinică a secolului XIX. Termenul e latin, derivând de la „deliró”, cu semnificația agrară inițială, de ieșire a plugului din brazdă; dar și de la „deludo”, a înșela. În Enciclopedia franceză el semnifică eroarea de judecată, corelată cu o condiție medicală, eventual însoțită de febră. În cultura britanică Hume și Locke folosesc termenul „delusion” în perspectiva deficitului asociației de idei. În germană expresia echivalentă „wahn” derivă din semanteme ce semnifică lipsa de sens și aspirație. În secolul XIX, odată cu instituirea „clinicii psihiatrice” și dezvoltarea semiologiei psihopatologice, conceptul de delir se impune ca o patologie a facultății cognitive, comentându-se faptul că mania și melancolia – ulterior depresia – se pot manifesta și „fără delir”. Ca și tulburare a capacității de înțelegere,

delirul a fost identificat ca fiind frecvent asociat cu halucinațiile, a căror circumscriere semiologică se realizează în prima jumătate a acestui secol XIX. În perioada ce urmează, se manifestă pe de o parte tendința de difuzare a conceptului de delir spre semnificarea tulburării psihice în general („folie”, „déraison”, „madness”, „insanity”, „vesania”, „verrückheit”), ajungându-se la interpătrunderea cu conceptul de psihoză ce se lansează la mijlocul secolului XIX. Pe de altă parte, apare și tendința de individualizare a unei psihopatologii predominant sau exclusiv delirante, orientare ce se manifestă mai ales în Franța odată cu afirmarea termenului de paranoia. Această tendință s-a conturat mai ales la începutul secolului XX, ca o reacție față de tendința nivelatoare a conceptului kraepelian de schizofrenie. Disfuncția cognitivă pe care o implică delirul e distinctă de deficitul deteriorativ al demenței și de cel developmental al idiotiei.

Din istoria, până la un punct paralelă a conceptului de delir și de paranoia, se pot menționa: Esquirol comentează în 1838 „monomania rațională”, situație ce se referă la un sistem delirant dedus prin raționament logic; Grissinger (1845) vorbește despre o tulburare mentală parțială („partiale Verrückheit”) care e centrată pe idei delirante fixe, distinctă de manie și melancolie: „Pacientul se crede persecutat, supravegheat de poliție, torturat prin electricitate de inamici secreți, amenințat de francmasoni, posedat de diavol și condamnat la torturi eterne”. În 1852, Lasegue descrie delirul de persecuție; în 1863, Kahlbaum comentează paranoia la persoane ce nu se deteriorează; în 1886, Magnan descrie „tulburarea delirantă cronică cu evoluție sistematică”, ce trece prin patru stagii, ultimul fiind demența. Patologia delirantă paranoidă ce conduce la deteriorarea personalității a fost inclusă de Kraepelin în conceptul de „demență precoce”. Reactiv față de sinteza kraepeliană, în literatura franceză Sérieux și Capgras publică în 1909 lucrarea: „Nebunia raționantă și delirul de interpretare” („Les folies raisonnantes: le délire d’interprétation”); în 1910, Dupré „Delirul de imaginație” și în 1911, Ballet „delirul cronic halucinator”. Aceste elaborări ale psihiatrilor francezi se referă la patologia centrată pe un delir cu tendință la cronicizare adăugându-se conceptului de „Bouffée délirante”, elaborat la sfârșitul secolului XIX tot în Franța, în școala lui Magnan; și care a avut o istorie prelungită în secolul XX, până la elaborarea ICD-10 (1992).

Patologia psihică centrată pe conceptul de delir a continuat să fie susținută în secolul XX în paralel cu ascensiunea noțiunii de schizofrenie. În această linie istorică se menționează: articolul din 1910 a lui Jaspers privitor la gelozia patologică, în care diferențiază între dezvoltarea anormală a personalității și „procesul psihopatologic”; erotomania comentată de Clerambault; delirul de relație senzitivă a lui Kretschmer; precum și alte tematici delirante nerelaționale.

Termenul de paranoia, se referă în mod direct la tulburarea funcției de cunoaștere, a raționamentului sau „rațiunii”, el derivând din conceptul grecesc de „nous-noein” prin care Aristotel diferențiază psihismul omenesc de cel animal. Pe măsură ce patologia etichetată ca „delirantă” s-a diferențiat tematic, paranoia s-a referit predominant la convingerile de persecuție. În acest sens s-a ajuns să se vorbească de „constituții caracteriale” paranoide (**Chenar 28**). Iar ulterior, de „tulburări de personalitate paranoide, caracterizate prin suspiciune exagerată și tendința pacientului de a interpreta constant faptul că se organizează comploturi

Se mai cere menționată diferența între ceea ce în limba engleză se exprimă prin „delusion” în raport cu „delirium”. Ultimul termen se referă la o tulburare a vigilității conștiente cu o stare „confuzivă” de dezorientare temporo-spațială, asemănătoare stărilor intermediare între veghe și somn. Pe acest fond se pot manifesta trăiri „oneiroide”; adică stări de tipul halucinațiilor vizuale (eventual și de altă natură) marcate uneori de convingeri delirante. Francezii au etichetat aceste trăiri prin expresia de stări confuzo onirice. Ele sunt condiționate de o patologie somatică generală sau toxică. Corelația dintre episodul de delirium și psihopatologia propriu zis delirantă ce nu se desfășoară pe un fond de obnubilare, rămâne neprecizată. Ipoteza formulată la mijlocul secolului XX de Ey privitor la o corelație între „destructurarea câmpului de conștiință” și psihopatologia psihotică, nu a avut consecințe semnificative.

În capitolul de față se vor prezenta diverse aspecte ale psihopatologiei delirante, începând cu delirul monotematic și trecând prin aria delirurilor cu tematică afectivă, relațional paranoidă, religioasă și narativă. Schema delirului primar sugerată de Jaspers, care se referă la „căderea pe orbita psihotică” a delirului prezintă însă multe aspecte, ce vor fi abordate succesiv până în capitolul 7.

DELIRUL PRIMAR A LUI JASPERS ȘI DELIRUL DE RELAȚIE SENZITIVĂ A LUI KRETSCHMER

Delirul pe care l-a comentat Jaspers și care prin definiția dată de el a rămas modelul de referință pentru circumscrierea acestui sindrom psihopatologic, este centrat pe delirul primar, caracteristic schizofreniei. De aceea, se și făcea referință la conținutul său „imposibil”. Într-adevăr chiar dacă nu ținem seama de dezorganizarea ideo-verbală și general psihică din schizofrenie, ciudățenia afirmațiilor delirante ale acestor suferinzi iese în relief. De exemplu, pacientul poate afirma că: „organele sale au fost furate de extraterestri, creierul înlocuit cu un aparat infernal prin care i se introduc în cap gânduri de la agenții secreți de pe planeta Marte, că toți Dumnezeii s-au coalizat împotriva sa și îl persecută fabricându-i vise cu dublă semnificație, soția e înlocuită de o vrăjitoare iar el trăiește practic într-o lume paralelă, fecundând cu gândul său toate femeile din China ș.a.m.d.”

Tematica delirului paranoid din schizofrenie nu e totdeauna chiar așa de absurdă, dar persecuția de la distanță, de către entități abstracte, acțiunea asupra propriei minți, sau depersonalizarea corporală cu sentimentul devitalizării și pierderii limitelor, sunt frecvente. De fapt, pentru Jaspers caracteristica specifică psihopatologiei schizofrene nu era delirul înțeles în sens restrâns, ci acela care se instituie în modalitatea delirului primar ca alterare fundamentală a conștiinței de sine. Or, acesta exprimă patologia eului conștient (Ichstörung) constând din: (Bürgy, 2008, Scharfetter, 2003): perturbarea delimitării acestuia față de lumea exterioară și alte persoane; tulburarea agenției, adică a originării în sine a propriilor gânduri și acțiuni;

pierderea sentimentului identității cu sine de-a lungul timpului; alterarea sensului unității și coerenței eului, a faptului de a fi una și aceeași persoană. Având în centrul său o mutație identitară, delirul se plasează în centrul acestei patologii a eului conștient.

Pentru Jaspers schizofrenia se impune ca prototipul psihozei ce se instituie prin „proces psihopatologic”. Delirul primar se instalează „nemijlocit” în urma unei „dispoziții delirante”, pe fondul căreia se încheagă brusc în urma unei percepții sau intuiții delirante (așa cum s-a menționat în capitolul 1, Chenar 3).

Dispoziția delirantă are o caracteristică de „centralitate atmosferică” (Berner 1991, Raballo 2006), manifestată printr-o depersonalizare/derealizare, cu sentimentul unei nefamiliarități stranii și anxioase în raport cu ambianța, însoțită de invazia unor semnificații ascunse, incomprehensibile, care îl vizează. Pe acest fond o percepție banală – sau o intuiție – duce la coagularea bruscă a unui delir constituit, în cadrul căruia subiectul se simte plasat ca erou în centrul unui scenariu aberant, într-o lume în mare parte fictivă. Această variantă de trăire a instalării delirului, trimite explicit la o „ruptură de nivel”, la saltul sau „căderea” pe o altă orbită existențială, desprinsă sau paralelă cu viața cotidiană. Universul delirant – schizofren în esență – s-a pretat și se pretează unei interpretări ce consideră că pacientul trăiește o depersonalizare specială, retrăgându-se într-o lume proprie, autistă, dereistă ce nu se mai conjugă și nu se mai integrează în lumea comunitară. Lumea idio-sincrazică a schizofrenului delirant și autist a fost comparată uneori cu visul, fiind în principiu o lume ficțională, cu alte reguli decât cele ce funcționează în viața curentă. În prezent mai potrivită apare comparația cu un scenariu de ficțiune, cum ar fi cel a unui rol aberant într-o piesă bizară ce se desfășoară pe o scenă desprinsă de realitatea cotidiană. În această direcție s-au încercat interpretări fenomenologice încă de la mijlocul secolului XX, ghidate de sintagma introdusă de filosoful Heidegger privitoare la *faptul-de-a-fi-în-lume* (Binswanger, 1971).

Direcția imprimată de Jaspers studierii delirului cu punct de plecare în delirul primar și patologia schizofrenă, nu e însă singura posibilă. O alternativă bazată pe tradiția paranoiei a dezvoltat în aceeași perioadă Kretschmer.

Kretschmer publică, în 1918, cartea sa privitoare la delirul senzitiv de referință (*Der sensitive Beziehungswahn; ein Beitrag zur Paranoiafrage und zur psychiatrischen Characterlehre*), în care susține un alt punct de vedere. El acordă importanță evenimentelor trăite în geneza delirului de tip paranoiac, punând un accent deosebit asupra vulnerabilității specifice a personalității. La începutul secolului XX, în urma doctrinei „degenerescenței” susținută în Franța mai ales de Magnan, s-au descris o serie de „constituții” anormale, marcate uneori de „stigmat”. Se considera că aceste persoane au o predispoziție genetică pentru a dezvolta mai ales anumite boli psihice. Delirul senzitiv de relație se instituie pe fondul unui temperament senzitiv, care se caracterizează printr-o redusă capacitate de relaționare socială, cu tendințe astenice și depresive, hiperimpresionabilitate: subiectul reține intrapsihic trăirile nefavorabile nereușind să le exprime. Senzitivul e în mod specific sensibil la evenimente care afectează stima de sine, în primul rând la rușine. Evenimente minore, practic ne semnificative, decontextualizate și hipersemnificate ca importanță, ajung să fie

resimțite și prelucrate mental cu mare intensitate, în sensul rușinii și auto-culpabilizării. Poate fi vorba de evenimente pe care alții nici nu le percep – e.g. masturbația – dar pe care pacientul le proiectează imaginativ, metareprezentational, în agora cunoașterii publice. El are impresia că este în centrul atenției celorlalți, e convins că alții îl privesc cu interes, „în mod special”, discută despre el nefavorabil, râd și își bat joc de el.

Delirul senzitiv de relație a lui Kretschmer se plasează în continuitatea a ceea ce autorul numea „reacții ale personalității” (*Persönlichkeitsreaktion*). Pe lângă reacțiile comprehensive anormale pe care le-a descris Jaspers – și care ar putea fi completate cu „reacțiile primitive suprapersonale” așa cum ar fi stările explozive sau leșinul histeric, ce seamănă cu reflexul de mimare a morții din biologie – Kretschmer atrage atenția asupra faptului că unele persoane, datorită constituției, caracterului și biografiei lor, au o sensibilitate specială pentru unele evenimente și trăiri, care li se potrivesc „ca și cheia la broască”. Evenimente care pe alții îi lasă indiferenți. Reacția senzitivă de relație ce apare la persoanele senzitive în raport cu evenimente ce implică rușinea sau umilirea ar face parte din această clasă. Iar astfel de reacții ale personalității se pot prelungi, în cadrul unui continuum, până la o variantă delirantă. În același sens ar putea fi comentat „delirul de interpretare” descris tot la începutul secolului XX de către Serieux și Capgras (**Chenar 29**).

Chenar 29

Delirul de interpretare (după Lanteri Laura, 1985)

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 incubație, 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 exemplu 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 ce clarifică situația 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, pacientul 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 sau statut și reducând universul preocupărilor firești ale vieții curente.

Delirul senzitiv de relație a fost comentat de Kretschmer ca un delir monotematic. El nu s-a validat însă ulterior în această direcție, la fel ca alte deliruri monotematice cum ar fi cel de gelozie, erotoman, dismorfofob etc. Tematica senzitivă de relație s-a dovedit a fi în schimb aproape constant prezentă în ansamblul delirurilor paranoide, subliniind aspectul trăirii „centralității”, ca o marcă specifică a alunecării subiectului spre psihoză.

Varianta delirului care se instalează prin procesul psihopatologic al delirului primar și cea a alunecării lente spre delir a persoanelor vulnerabile, comentată de Kretschmer, sunt de fapt două modele euristice care acoperă fiecare o realitate clinică. În cazul analizei clinice ele trebuie să țină cont însă de o serie de alte realități psihopatologice. Prima are de descifrat delirul propriu-zis din mixtura psihopatologică pe care el o realizează de obicei cu tulburările perceptivă, cu fenomenele de supraveghere, transparență și influență xenopatică, să țină seama de depersonalizarea și derealizarea specifică psihozei, de interferența cu patologia dispozițională; și, mai ales, de prezența simptomatologiei dezorganizante și deficitare. Conjunția și mixtura între toate aceste aspecte psihopatologice, configurează tabloul psihotic polimorf al schizofreniei tradiționale. De aceea, delirul schizofren nu poate fi considerat nici ca „pur” nici ca „specific” pentru sindromul delirant, în măsura în care se are în vedere specificitatea acestuia.

Cea de a doua variantă, a ajungerii la delir pornindu-se de la personalitățile vulnerabile și trăirile reactive mai mult sau mai puțin specifice și cumulate, ridică și ea o serie de probleme. Dintre acestea, una importantă e cea a continuumului cu patologia reactivă, anxios fobică, obsesiv compulsivă și prevalentă; și astfel, a pragului începând de la care convingerile prevalente pot fi considerate delirante. Această cazuistică, pe care Jaspers o considera „deliroidă”, are însă avantajul de a indica cum convingerile delirante derivă din preocupări firești ale subiectului, privitoare la starea și poziția sa în raport cu sine, alții și lume. Se poate astfel avansa în direcția comprehensibilității delirului. Mai ales dacă se are în vedere faptul că aceste stări și „poziționări în lume” de care subiectul e preocupat, se corelează cu anumite statute și roluri sociale.

În viziunea lui Jaspers, tot tulburări deliroide ar urma să fie considerate și delirurile congruente din manie și depresie. Reflexia asupra acestora relevă însă și ea trăirea unor situații și poziționări speciale a subiectului în raport cu sine și lumea, atrăgând astfel atenția asupra identificării pacientului delirant cu un anumit tip de personaj. Analiza delirului paranoid relevă, în complexitatea sa, zona de tranziție între cele două variante ale delirului. În sfârșit, delirul cu tematică religioasă atrage atenția asupra faptului că orbita psihotică pe care o pretinde saltul delirului primar, presupune și o mutație identitară a delirantului în condiția unui personaj dintr-o realitate sau lume fictivă, supranaturală. Această lume aparte – lume în care delirantul trăiește în paralel cu prezența sa în viața cotidiană – se evidențiază cu pregnanță și în delirurile cu caracteristici narative, în care calitatea de „personaj” a delirantului se impune.

Acceptând ideea că delirul din schizofrenie se poate comenta doar după analiza spectrală a tuturor condițiilor orbitei psihotice, se va trece în continuare la abordarea succesivă a claselor tematice menționate.

DELIRURILE SISTEMATIZATE CU TEMATICA SOMATICĂ ȘI DE FILIAȚIE

Tradiția psihopatologiei clinice a adus în prim planul semiologiei delirante tematica relațională a persecuției paranoide și cea autoevaluativă anormală din manie și depresie. În a doua jumătate a secolului XIX și prima din secolul XX s-au descris însă și alte teme, care, deși nu ignoră raportarea la ceilalți, derivă mai ales din preocupări aberante privitoare la propria stare corporală, valorică și identitară, manifestându-se monotematic. De altfel și tematica relațională de persecuție, de gelozie sau erotomană se pot manifesta monotematic. Deși nu sunt foarte frecvente, acestea prezintă o importanță deosebită în conturarea problematicii psihopatologice a delirului.

Între delirurile cu tematică „somatică”, adică cu preocupări speciale față de propria stare corporală, se poate menționa în primul rând cel „dismorfofobic”, ce poate fi luat ca model (vezi **Chenarul 30**). Delirul dismorfofobic constă în convingerea într-un aspect neagreabil, nearmonic, urât. În subsidiar există și o preocupare relațională, subiectul făcându-și probleme în legătură cu evaluarea sa negativă social. El simte că se plasează în clasa celor stigmatizați, disprețuiți, marginalizați. Din acest motiv, multe din cazuri solicită operații estetice (Philips, 2005). O preocupare similară față de corporalitate se reîntâlnește în patologia etichetată ca „anorexia mentală a tinerelor fete”, în care ideea centrală este de nu se îngrășa; motiv pentru care pacienta ține dietă, utilizează catabolizante, diuretice purgative, practică vomismente etc. Mai recent s-a descris un sindrom similar la tinerii băieți, constând în preocuparea aberantă pentru un corp muscululos, însoțită de exerciții fizice excesive și utilizarea de anabolizante („sindromul Adonis”), Pope (2002). O altă temă descrisă mai de demult este cea privitoare la faptul că propriul corp emană un miros urât. Uneori pacientul afirmă că percepe acest miros, fiind prezentă deci o halucinație însoțitoare. Toate aceste teme se pot manifesta în variate grade și modalități: anxios fobic, obsesiv, prevalent, sau efectiv ca delir monotematic sistematizat. În acest ultim caz preocuparea centrează și absoarbe cvasicomplet gândurile și comportamentul subiectului. E prezentă și o implicație senzitivă relațională. Faptul argumentează pentru subiect evitarea prezenței sale în față necunoscuților, acțiuni preventive și de asigurare a unei apariții adecvate în societate, conducând de obicei la retragere socială marcată; și la acordarea unui timp îndelungat încercării de „mascare” a presupusului defect. Delirurile centrate pe propriul corp se mai pot referi la preocuparea față de sănătate, temă care evoluează frecvent cu aceleași variante formale menționate mai sus, care au ca primă etapă preocuparea anxios fobică și obsesivă. Se poate ajunge astfel la convingeri prevalente sau delirante hipocondriace, întreținute sau nu de cenești, alții sau simptome minore de boală reală. O temă mai particulară în aceasta direcție o reprezintă delirul de infestație, ce constă din convingerea pacientului că sub piele circulă mici insecte (delirul dermatozic Eckborn). Preocupările impulsiv obsesive ca tricotilomania și gratajul patologic pot căpăta la unele cazuri caracteristici delirante.

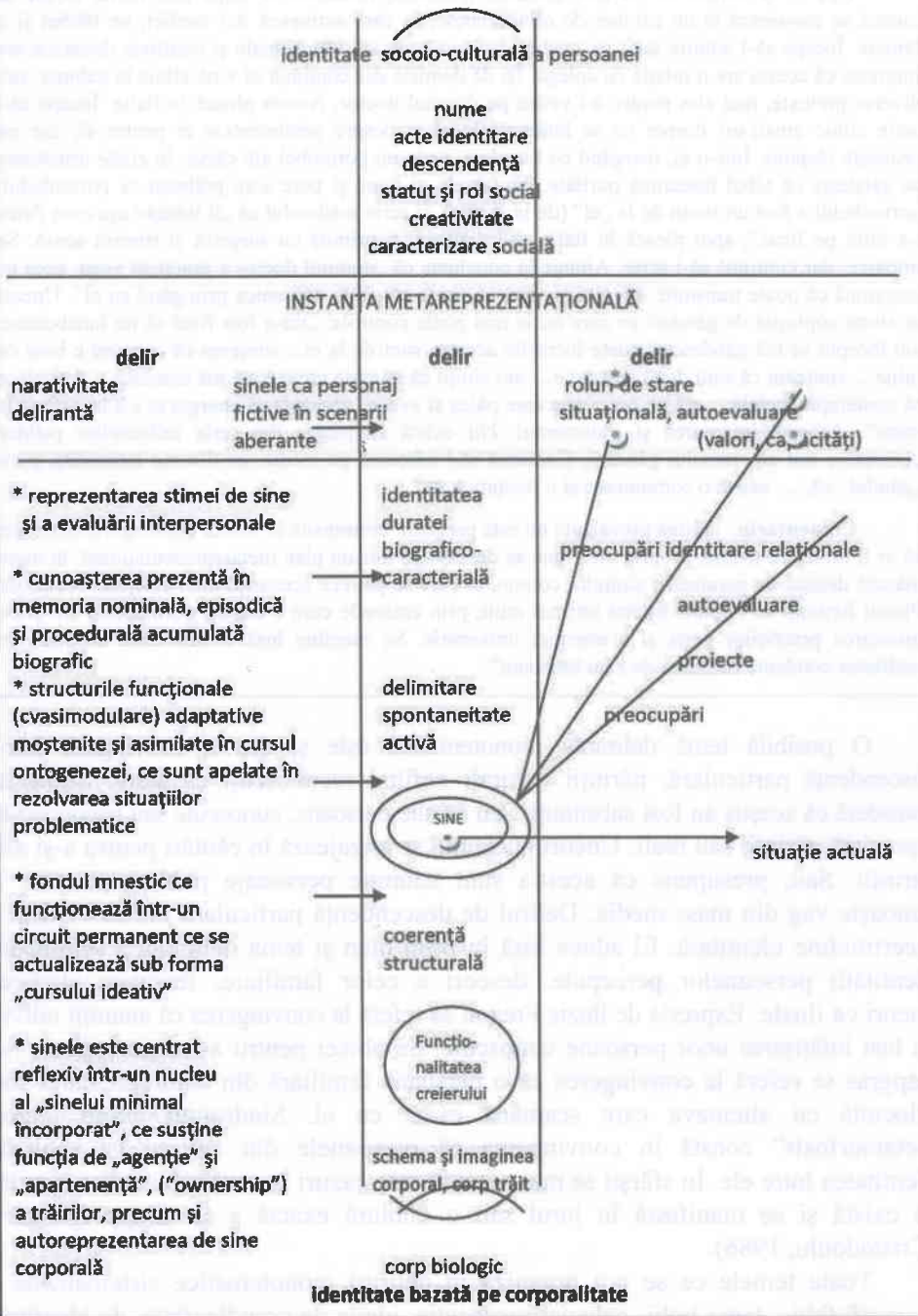
Patologia dismorfic corporală

Preocuparea față de aspectul corporal vizibil și expresivitatea sa, mai ales prin față și mâini, este un fapt firesc și normal, acestea fiind importante în derularea curentă a vieții sociale; ele joacă un rol deosebit în comunicare, atractivitate, prestigiu, capacitatea de a influența pe alții. De aceea grija pentru imaginea corporală face parte din preocupările zilnice, la fel ca alimentarea, igiena corporală și ordonarea preajmei. Se poate lua în considerare și alunecarea ei spre anormalitate. Astfel, dacă o persoană mai sensibilă și emotivă trăiește o situație în care alții o comentează negativ în public, în relație cu o eventuală diformitate corporală sau o ținută neglijentă, ea poate trăi un sentiment penibil intens. Adică, dezvoltă o reacție depresiv anxioasă și ruminativă, care uneori poate fi anormală ca intensitate și durată. Aceasta mai ales dacă stima de sine e fragilă în general sau circumstanțial. Evenimente repetate de acest tip pot conduce la o trăire anxios fobică prelungită, constând în preocuparea de a nu atrage atenția cu ocazia aparițiilor publice, în perspectiva unor comentarii negative. Trăirea anticipativă metareprezențională a unor astfel de eventualități conduce la conduite de evitare și asigurare fobică, la strategii de compensare și supracompensare a eventualelor defecte și particularități corporale reale sau supraevaluate interpretativ. În continuare se poate avea în vedere situația în care preocuparea dismorfofobică se manifestă obsesiv compulsiv, fără legătură evidentă cu un eveniment trăit sau anticipat. Subiectul devine preocupat constant de aspectul său corporal, facial mai ales, se autoobservă în mod repetat în oglindă, acordă atenție crescută unor detalii corporale pe care le decontextualizează și le investește cu valoare negativă. Trăirile sunt resimțite acum în manieră obsesivă, subiectul dându-și seama lucid de nerealitate sau neimportanța lor; dar neputând opri și înlătura gândurile ce îi apar pe această temă. Ideea că este urât și neatractiv revine constant, fără voia sa. Pot apare conduite compulsive, de verificare și supracompensare cvasistereotipă a presupuselor defecte.

Dacă critica – *insight*-ul – dispare și preocuparea ajunge să centreze existența subiectului, se poate vorbi în schimb de o dezvoltare prevalențială axată de o idee supraevaluată. De obicei, preocuparea dismorfofobică se însoțește de solicitări a unor operații estetice, uneori repetate și absurde. De la un moment dat se poate evalua că suntem în fața unei patologii delirante monotematice sistematizate, dismorfic corporală. Subiectul se identifică acum cu un personaj grav dismorf, marginalizat social, disprețuit și rejectat, pe care nu îl ajută nimeni iar chirurgii esteticieni acționează agravându-i situația. Delirul capătă caracteristicile paranoiei, ale delirului de interpretare de tip Serieux și Capgras; sau a celui de relație senzitivă Kretschmer (Ferrieri, 1990).

Reprezentarea de sine realizată prin schema și imaginea corporală este un aspect al identității de sine, dimensiune psihologică ce are mai multe paliere, întinzându-se de la identitatea corporală biologică și corpul trăit subiectiv, până la identitatea socială obiectivă, definită prin nume, origine familială, statut și rol social, recunoașterea și caracterizarea subiectului de către alții. Identitatea de sine resimțită subiectiv, ca fundal a tuturor raportărilor actuale la situație, implică apoi durata biografică și structura caracterială, autoevaluarea și stima de sine, reprezentarea pe care subiectul și-o face privitor la raportarea, atitudinea sau evaluarea altora în raport cu sine (**Chenar 31**). Toate aceste aspecte ale structurii identității de sine – care se referă la „cum” și „cine” sunt?, „în ce situație mă aflu?” – se pot manifesta ca teme delirante. În acest sens s-au descris deliruri sistematizate de grandiozitate centrată pe ideea de invenție, descoperire. Subiectul e convins că a descoperit perpetuum mobile, remediul cancerului, esența adevărului; el se poate considera inițiatorul unei misiuni spirituale care va face omenirea fericită, un om de excepție care are misiune soteriologică. Așa cum s-a menționat delirul monotematic poate fi centrat și pe teme relaționale, cum ar fi cele de gelozie, persecuție, „erotomanie”. Sau privitoare la identitatea ce derivă din filiație.

Structura identității sinelui persoanei ca suport al patologiei delirante



Cazuistică

Dezvoltare prevalențial afectivă (erotomană) prevalențială ce interferează cu delirul

Caz 5. O femeie de 34 ani, asistentă medicală, necăsătorită, după mai multe locuri de muncă se angajează la un cabinet de oftalmologie, în care activează doi medici, un bărbat și o femeie. Începe să-l admire tacit pe medic, dar apoi apar stări tensionale și conflicte deoarece are impresia că acesta are o relație cu colega. Își dă demisia dar continuă să vină zilnic la cabinet, sub diverse pretexte, mai ales pentru a-l vedea pe domnul doctor. Acesta pleacă în Italia. Începe să-i scrie zilnic email-uri despre ce se întâmplă local și despre sentimentele ei pentru el, dar nu primește răspuns. Într-o zi, mergând cu bicicleta, vede un porumbel alb căzut; în zilele următoare se gândește că albul înseamnă puritate, iar faptele ei bune și pure s-au prăbușit ca porumbelul; porumbelul a fost un semn de la „el” (de la medic). Îi scrie medicului că „îl iubește așa cum Petru l-a iubit pe Iisus”; apoi pleacă în Italia să-l viziteze. E primită cu surpriză și trimisă acasă. Se întoarce, dar continuă să-i scrie. Ajunge la concluzia că „domnul doctor a practicat yoga, ceea ce înseamnă că poate transmite imagini și vise, ea simte că poate comunica prin gând cu el”. Uneori se simte copleșită de gânduri pe care nu le mai poate controla: „mi-a fost frică să nu înnebunesc, am început să mă gândesc că toate lucrurile acestea sunt de la el... simțeam că ceva nu e bine cu mine... simțeam că sunt două persoane... am simțit că energia universală 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”. Acceptă internarea și tratamentul. Nu există simptome din seria tulburărilor psihice perceptivă sau ale cursului gândirii. Continuă să-l iubească pe medic, cu diverse intensități și cu „gândul , că, ... există o comunicare și o reciprocitate”.

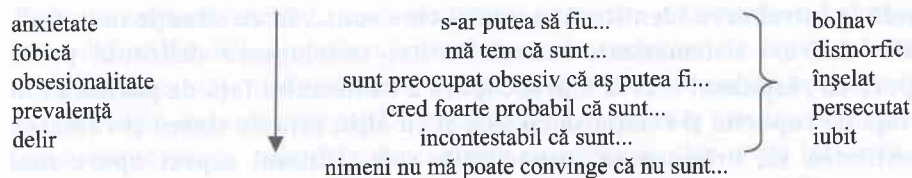
Comentariu: Trăirea prevalentă nu este pregnant erotomană în sensul convingerii asistentei că ar fi iubită de medic; propria afecțiune se desfășoară într-un plan metareprezentational, în mare măsură detașat de parametrii simțului comun, în care se petrece scenariul unei afecțiuni reciproce. Planul ficțiunii se impune treptat tot mai mult, prin episoade cum e cea cu porumbelul alb și cu invocarea practicilor yoga și a energiei universale. Se menține însă o suficientă ancorare în realitatea cotidiană cu „frica de a nu înnebuni”.

O posibilă temă delirantă monotematică este și cea a convingerii într-o descendență particulară, părinții naturali nefiind recunoscuți ca atare. Subiectul consideră că aceștia au fost substituiți. Sau că alte persoane, cunoscute sau necunoscute, reprezintă părinții său reali. Uneori pacientul se angajează în căutări pentru a-și afla părinții. Sau, presupune că aceștia sunt anumite personaje publice pe care le cunoaște vag din mass media. Delirul de descendență particulară indică evident o incertitudine identitară. El aduce însă în prim plan și tema delirantă a schimbării identității persoanelor percepute, deseori a celor familiare, fenomen etichetat uneori ca iluzie. Expresia de iluzie Fregoli se referă la convingerea că anumiți indivizi au luat înfățișarea unor persoane cunoscute, de obicei pentru a-l supraveghea; Sd. Capgras se referă la convingerea că o persoană familiară din anturajul său a fost înlocuită cu altcineva care seamănă exact cu el. Sindromul numit „intermetamorfosis” constă în convingerea că persoanele din anturaj își schimbă identitatea între ele. În sfârșit se mai notează rare cazuri în care subiectul e convins că există și se manifestă în jurul său o dublură exactă a sa (*Doppelgänger*). (Cristodoulu, 1986).

Toate temele ce se pot organiza în deliruri monotematice sistematizate – dismorfofobic, tema bolii, gelozia, persecuția, ideile de grandiozitate, de identitate

schimbată – pot fi prezente în cadrul unor deliruri halucinatorii polimorfe sau în schizofrenie. Condiția de delir monotematic are însă o importanță principială care va fi comentată în continuare pornind de la delirurile somatice.

Tematica corporală somatică, exemplificată prin dismorfofobie, relevă destul de pregnant faptul că subiectul e centrat de o *preocupare*, ce se poate manifesta, înainte de varianta *convingerii* delirante, în modalități relativ firești: anxios fobice, obsesiv compulsive sau prevalente. S-ar putea imagina o schemă în acest sens, deschisă între posibilitate și certitudine.



Schema tranziției spre delir imaginată și prezentată mai sus prin coborârea unor trepte înainte de plasarea pe orbita deficitar delirantă, este diferită de modelul brutal, procesual din delirul primar. Faptul a fost comentat de la început chiar de Jaspers, care rezerva cauzisticii de acest tip eticheta de „deliroidă”. Refuzul său de a încadra în „delirul propriu-zis” patologia care alunecă sau se dezvoltă după acest model, pornind de la preocupări privitoare la sine, era argumentată prin caracterizarea stării delirant psihotice ca „incomprehensibilă”. Dacă se revine însă și se caută refacerea drumului spre această incomprehensibilitate, nu există motive de a se refuza eticheta de delir cauzisticii cu convingeri delirante monotematice sistematizate în măsura în care ea trece un prag, plasându-se pe orbita delirantă, prin deficitul psihic structural ce „decontextualizează” subiectul. Reîntorcându-ne la tematica delirurilor monotematice se poate accepta că majoritatea acestora pot apare ca un *răspuns aberant față de unele preocupări firești* ale subiectului, ce se referă la situația sa identitară. Adică încearcă să răspundă la întrebările: „cum sunt?... în ce stare sau situație mă aflu?... cine sunt?... sau, mai determinat: „care este starea mea de sănătate?... cât de atractiv este aspectul corpului meu?...cum e relația mea cu partenerul?... dar cu ceilalți oameni din jur?... sunt oare un om valoros?... am calități și capacități performante?... care e valoarea mea?... care e filiația mea?”... ș.a.m.d. Răspunsul delirant la astfel de întrebări este însă unul rigid, ieșit din cursivitatea flexibilă a existenței. El mută îngrijorările subiectului într-o certitudine tematică decontextualizantă, transformându-l în personaj.

Trecerea în revistă a temelor delirante invocate până acum, permite să se comenteze un aspect pe care Jaspers și cei ce l-au urmat nu l-au abordat. Și anume: la ce se referă convingerea delirantă?; în ce constă ideea delirantă, conținutul său intențional?

În primul rând se poate comenta despre ce **nu** e vorba în convingerea delirantă. Ea nu se referă la o stare de fapt perceptibilă sau la un adevăr pozitiv

teoretic. Convingerea că afară plouă când de fapt nu plouă, sau că soarele se învâрте în jurul pământului, nu intră în orbita convingerilor delirante. De asemenea, convingerea în adevărurile matematice, filosofice sau științifice. Dacă acestea apar în conținutul unui delir, patologia se cere căutată în altă direcție. De exemplu, în opinia subiectului în raport cu sine, dacă nu cumva el se consideră un descoperitor genial care a revoluționat cunoașterea omenească. Nici convingerile politice sau religioase nu intră direct în discuție. **Convingerea delirantă se referă întotdeauna la subiect, la auto-evaluarea stării sale, a valorii sale, la o situație relațională și identitară specială în lumea în care el există. Ea încearcă să răspundă la întrebarea identitară: „cum și cine sunt... în ce situație mă aflu”.** În multe deliruri sistematizate monotematice, convingerea delirantă poate deci apare ca răspunsul cert la o preocupare a subiectului față de poziția sa în lume, față de raportul și relația sa cu sine și cu alții; față de starea și valoarea sa, identitatea sa, originea sa, capacitățile sale. Ultimul aspect apare mai pregnant la delirurile dispoziționale congruente. Desigur, e în joc și convingerea privitoare la relaționarea altora în raport cu sine. Convingerea delirantă se referă la o temă „care privește” sau „afectează” subiectul, care îl definește identitar, pentru sine și în relaționare. Iar această convingere delirantă transformă subiectul într-un personaj, într-un erou dintr-un scenariu particular, de obicei excentric, uneori dereistic. Personaj care acaparează preocupările și comportamentul său, desituaționalizându-l într-o modalitate specifică. Lumea umană în care delirantul se plasează, se abate – „iese din brazdă, „sare din direcția drumului” – în raport cu parametrii lumii comunitare în care el trăiește în viața e zi cu zi. Poziționarea sa tematică, rolul de care el aderă cu convingere sau de care este absorbit, îi închid orizontul preocupărilor, comunicării și integrării interpersonal sociale. Delirantul ajunge să fie lipsit de o perspectivă deschisă, nemai fiind receptiv la varietatea solicitărilor care-l întâmpină. Relațiile sale reciproce cu alții și cu lumea se perturbă. Prezentul său trăit nu se mai articulează firesc cu cel cotidian comunitar.

Înțelegerea delirurilor monotematice ca derivând din preocupări ale subiectului privitoare la starea, valoarea și identitatea sa, atrage atenția asupra unei dimensiuni, transactuale, trans-situaționale a psihismului persoanei: cea orientată spre preocupări (identitar/relaționale) și proiecte. În discuție sunt acum preocupările, proiectele de acțiune având alt referențial psihopatologic. Fascinația de către tematica unei preocupări aberante, delirante, perturbă raportarea firească, prezența integrată în actualitatea vieții comunitare, în altă modalitate decât imposibilitatea constituirii unui prezent autentic, ca în tulburările dispozițional afective. Caz în care se petrece alunecarea într-un trecut al negației sau într-un viitor a toate posibil. Pornind de la acest nivel, al fascinației de către tematica unei preocupări aberante, poziția de „personaj” a delirantului se poate muta în sfera ficțiunii. Totuși, toate temele delirurilor monotematice fac parte din – sau derivă din – preocupări firești, normale, identitare ale persoanei.

DELIRURILE DISPOZIȚIONALE CONGRUENTE

În viziunea lui Jaspers în zona tulburărilor „deliroide”, distincte de starea instalată în urma „delirului primar”, se plasează și convingerile delirante congruente din manie și depresie.

Pentru a comenta relația tulburărilor dispoziționale cu delirul, e util să fie subliniată ideea conform căreia prin delir s-ar înțelege acea modalitate psihopatologică în care subiectul își asumă – sau mai precis e absorbit de – un anumit rol identitar dintr-un scenariu aberant; noua identitate, pe care o trăiește cu o convingere de nemodificat. În delirul maniaco-megaloman, de grandiozitate, subiectul e convins că identitatea sa se definește prin calități și capacități deosebite, astfel încât el se consideră un personaj aparte. De exemplu, un inventator sau un scriitor celebru, actualmente sau pe cale de a deveni. Sau un personaj care poate influența mersul evenimentelor politice, e în stare să rezolve criza economică mondială, care cunoaște gândurile altora, care poate influența mersul evenimentelor naturale sau internaționale. În delirurile maniacale religioase, pacientul se simte apropiat de Dumnezeu, uneori se identifică cu acesta, primește de la el misiuni sau puteri excepționale.

Starea maniacală propriu-zisă, pe lângă dezinhibiția și tahipsihia generalizată, buna dispoziție și sociabilitatea gregară, se însoțește și de *trăirea* unei stime de sine crescută, cu amplificarea sentimentului valoric al sinelui, a capacităților sale de acțiune și relaționare, inclusiv afective. Aceste trăiri sunt însă imersate de obicei în structura de ansamblu a dispoziției afective pozitive. În mania nedelirantă autoevaluarea pozitivă e *trăită nemijlocit*, dispersată în toate raportările circumstanțiale și *netematizată*. În mania delirantă, ea ajunge să fie *tematizată* iar subiectul devine un personaj special.

Sentimentul propriei capacități și valori face parte din repertoriul trăirilor oricărui subiect. De aceea el poate fi tematizat delirant prin reprezentarea de sine ca personaj a unui scenariu ce poate fi narat. Aceasta e situația maniei cu delir congruent. Dar tematica delirantă de grandiozitate poate fi însoțită de minime simptome ale sindromului maniaco-megaloman (dezinhibiție, tahipsihie etc.). Există și o grandiozitate solipsistă, ce poate fi trăită narcisic sau în deliruri neafective. După cum există și episoade maniacale în care apare schița unei tematici delirante – de exemplu erotomane – care însă nu se amplifică până la intențitatea și structura unui delir propriu-zis.

La fel pot fi comentate lucrurile și în ceea ce privește relația dintre depresie și delirul congruent. Depresia se caracterizează, în specificul ei, prin dispoziție tristă, anhedonie, desprinderea de prezent cu lipsa de speranță în viitor și alunecarea spre trecut și neînțelegere; bradipsihia și inhibiția generalizată caracterizează formele nucleare. Stima de sine scăzută, sentimentul lipsei de valoare, autonegația și vinovăția, fac parte ca *trăiri* din sindromul depresiv în general. Autoevaluarea de sine trăită, poate deveni delirantă în condițiile în care subiectul se raportează la sine ca la un personaj dintr-un scenariu, în care el e eroul central, în calitate de om nevaloros și incapabil: „nu merit să stricați medicamentele pe mine căci sunt cel mai lipsit de valoare și vinovat om, nu merit să fac umbră pământului”.

Cazuistică

Delir de grandiozitate, fundal hipoman

Caz 6. 49/1985

O femeie de 32 ani, după o ușoară stare de retragere depresivă dezvoltă (1985) convingeri delirante de grandiozitate. Este probabil nepoata Regelui Mihai, e spioană internațională, dar colaborează în special cu Uniunea Sovietică unde ocupa 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 face omenirii". În perioada delirantă prezintă bună dispoziție și deschidere spre sociabilitate dar nu tahipsihie dezinhibată, deranjantă, comportament perturbant sau planuri de acțiune fanteziste.

Comentariu: Amploarea convingerilor delirante nu e paralelă cu intensitatea simptomelor maniacale (în sens de dezinhibiție, tahipsihie, hiperactivitate agiatată etc.); delirul e corelat (probabil) și cu capacitatea imaginativă de autoplasare în scenarii ficționale.



Tulburare bipolară cu debut psihotic și episoade erotomane moderate

Caz 7. 76/1985

O femeie de 21 de ani se internează (1985) pentru o simptomatologie psihotică constând din: idei senzitive de relație, false recunoașteri, inserția și răspândirea gândirii, halucinații auditive comentative, derealizare și depersonalizare, ușoară dezinhibiție cu somn redus, energie crescută și logoree. Episodul durează sub 3 luni și este urmat în anul următor (1986) de o recădere cu simptome asemănătoare dar cu dispoziție depresivă. În următorii ani are repetate internări cu episoade maniacale și depresive, fără simptomatologia psihotică de la primul episod. În fazele depresive are vagi idei de otrăvire iar în câteva din episoadele maniacale a prezentat o idee afectiv-erotică particulară: se îndrăgostește de câte un bărbat și are idei erotomane în sensul că e convinsă că și acesta o iubește; comunică cu „iubiții” prin telepatie. În ultimul an e îndrăgostită de un violonist de la Filarmonică – merge constant la concerte – și e convinsă că acesta o iubește, fapt pe care-l deduce din priviri. De menționat că în toată această perioadă și-a menținut funcția de educatoare, având uneori mici conflicte cu colegile; între 1998–2007 a fost căsătorită.

Comentariu: Debutul psihotic halucinator delirant și cu SPR e frecvent în patologia bipolară; primele două episoade, etichetabile după ICD-10 ca Tulburare psihotică acută și tranzitorie, prezintă simptome dispoziționale minore; ulterior, episoadele afective se însoțesc intermitent de idee marginal delirantă.



Trecerea de la trăirea nemijlocită a autodevalorizării, ca element a complexului sindromatic depresiv, la delirul cu tematică micromană, presupune intervenția dimensiunii narative, în care subiectul intră în rolul unui personaj cu determinării speciale.

Angrenarea unui subiect în direcția scenariului narativ delirant s-ar cere considerată, a fi deci, din principiu distinctă de condiția patologiei dispoziționale. Și aceasta cu toată existența articulației cu trăirea dispozițională specifică și cu tot

diapazonul cazurilor intermediare. Delirul de grandiozitate se poate întâlni atât în schizofrenie cât și în delirurile sistematizate. De exemplu, într-un delir de invenție în care pacientul e convins că a descoperit perpetuum mobile, leacul cancerului sau elixirul nemuririi, „esența Adevărului”. Aceste teme se pot dezvolta pe un fundal dispozițional care să nu fie nici măcar exaltat. Scala EASE din Copenhaga ce studiază „experiențele anormale” din unele cazuri prodromale schizofreniei, are în vedere ideea de grandiozitate într-o suită de variante, inclusiv ca și „grandiozitate solipsistă”. Și alte deliruri sistematizate, de exemplu de misiune religioasă, care au de obicei în spate o dispoziție pozitivă de autoapreciere și încredere în sine exagerată, pot avea un tonus afectiv pozitiv, dar fără tahipsihia, dezinhibiția și hipersociabilitatea maniacală. Aceeași dispoziție poate sta în spatele unui delir erotoman. La fel cum, delirul de gelozie e de obicei flancat de o dispoziție disforic suspicioasă.

În ceea ce privește tematica „micromană”, aceasta e articulată cu stima de sine scăzută, negația și vinovăția, ruina, catastrofa. Poziția de „personaj”, de erou a unui scenariu, e acum mai puțin diferențiată, prin minimalizarea tuturor atributelor eului. Câteva teme se pot totuși dezvolta. Astfel, subiectul se poate resimți purtătorul de cuvânt al ruinei și catastrofei generale ce va cuprinde omenirea. Ca personaj de scenariu, el poate proiecta suferința sa insuportabilă asupra altora. Idee care poate susține, în rare cazuri, omorârea celor apropiați urmată de suicid, pentru a-i feri de nenorocirea care urmează să vină. Negația existenței corporale este afirmată în sindromul delirant Cotard, considerat ca făcând parte din spectrul depresiv: subiectul e convins că propriile organe nu mai funcționează, corelând ideea cu suferința veșnică pe care o conferă imortalitatea. Vinovăția extremă poate să se instituie și ea ca temă delirantă, uneori în conjuncție cu ideea hipocondriacă: „sunt bolnav de Ebola și vinovat căci am infestat întreaga țară”. În toate cazurile menționate se evidențiază faptul că subiectul adoptă un rol special într-un scenariu fantastic.

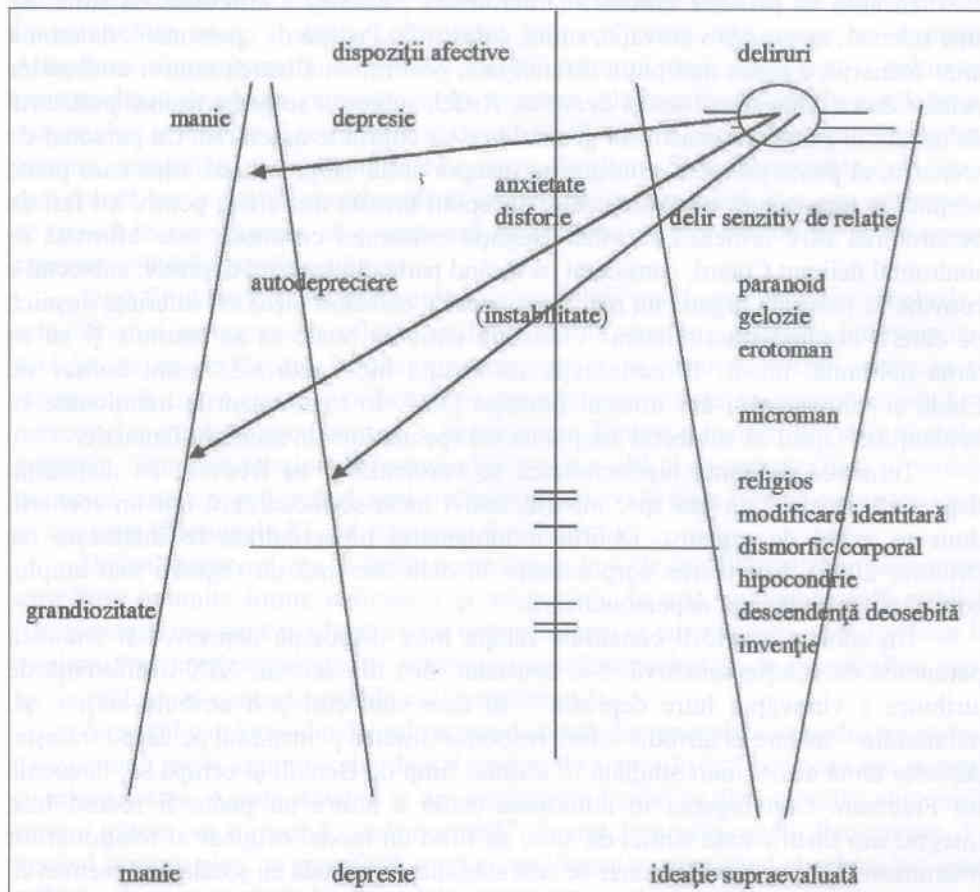
Tematica delirantă hipocondriacă se corelează și ea frecvent cu dispoziția depresivă. Boala e un pas spre moarte, astfel încât se încadrează într-un scenariu dintr-un astfel de registru. Delirul monotematic hipocondriac se întâlnește rar (Munro, 2008). Implicarea corporalității în delir are însă un registru mai amplu, corelat și cu sindromul depersonalizării.

Un subiect aparține constituie relația între dispoziția depresivă și tematica paranoidă de relație senzitivă. S-a constatat încă din secolul XIX o diferență de atribuire a vinovăției între depresie – în care subiectul și-o atribuie sieși – și paranoide – în care el atribuie altora responsabilitatea pentru răul pe care-l trăiește. Aceasta temă a fost mult studiată în ultimul timp de Bentall și echipa sa, în școala lui Freeman. Convingerea în atitudinea ostilă a altora nu poate fi redusă însă integral din insuficiența stimei de sine, ea fiind un model original al relațiilor interumane. Dar, cu această ocazie se cere subliniat, împreună cu școala lui Freeman că patologia psihică cu tematică paranoidă are și ea un fundal dispozițional afectiv distorsionat.

Tematica delirantă paranoidă se corelează cu dispoziția anxietății fobice, a fricii, a așteptării unui pericol ce vine din partea altora, a amenințării de către o instanță străină, xenopatică. Dispoziția anxioasă este una din cele fundamentale, coborând adânc în biologie. La om anxietatea e prezentă în normalitate ca factor

adaptativ. Ea se manifestă și în psihopatologie cu diverse intensități. Importanță devine însă anxietatea fobică mediată de instanța metareprezentatională. În plan relațional, ea se poate manifesta în varianta nepsihotică ca anxietate socială: subiectul problematizează eventuala sa evaluare negativă în cadrul manifestărilor publice. Trăirile senzitive de relație în care subiectul se simte în centrul atenției și comentariilor altora, se desfășoară și ele pe un fundal dispozițional de obicei anxios. Anxietatea fobică se manifestă însă psihotic mai ales în context paranoid, când subiectul se simte vizat și amenințat de alții, astfel ca devine suspicios. Sentimentul unei capacități reduse de ripostă în contextul unei supravegheri anormale, potențează anxietatea. Rareori, el ripostează totuși, agresiv.

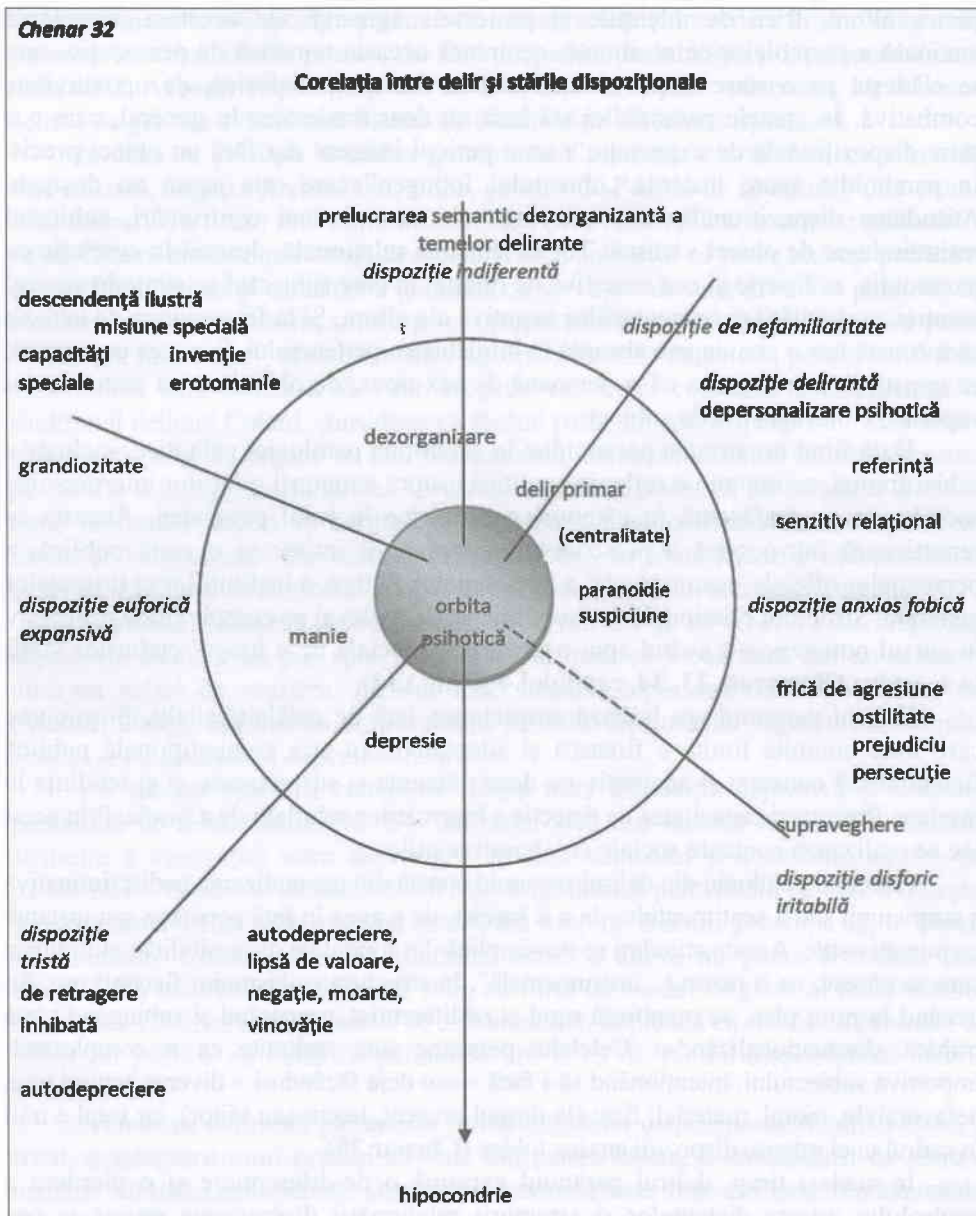
Relația între delir și dispozițiile afective



În paranoizie, dispoziția afectivă de fond este deci, predominant anxioasă. Aceasta se poate combina frecvent cu dispoziția depresivă și chiar cu cea maniacală. Convingerea în scenariul tematic paranoid, la fel ca în cazul tematicii de grandiozitate sau microman, poate avea diverse nivele de intersecție cu dispoziția (atitudinile) afective. Faptul se poate remarca în delirurile cu un pronunțat caracter narator

fabulator. De asemenea, tematica delirant paranoidă poate să persiste pe fundalul unei dispoziții indiferente, ca în cazurile în care predomină simptomatologia negativă.

Relațiile între delir, înțeles ca absorbția trăirii identitare de un personaj dintr-un scenariu al unei lumi fictive și dispozițiile afective, înțelese ca poziționări atitudinale ale sinelui în raport cu lumea, este unul de întretesere (Chenar 32). Sunt zone de congruență și zone de intersecție. Dispoziția delirantă clasică, ca trăire anxioasă a nefamiliarității raportării la lume, ocupă o poziție specială.



DELIRURILE RELAȚIONALE. PARANOIDIA

Tematica delirantă relațională implică explicit și direct alte persoane, personaje sau instanțe exterioare subiectului, ce sunt cuprinse în scenariul convingerilor aberante a cărui principal erou devine pacientul. Cea mai frecventă e tematica paranoidă, care constă în convingerea subiectului că alții îl persecută, îl amenință, complotează, vor să îi facă ceva rău sau deja i-au făcut. Suspiciunea, perceperea unei ostilități din partea altora, frica de intențiile și proiectele agresive ale acestora, așteptarea anxioasă a pericolelor ce se anunță, centrează această tematică de persecuție, care se clădește pe o stare dispozițională anxios fobică și disforică, de opozitivitate combativă. În spatele paranoidiei stă însă nu doar anxietatea în general, care e o stare dispozițională de expectație a unui pericol iminent dar fără un obiect precis. În paranoidie apare instanța „obiectului fobogen” care este acum un dușman. Atitudinea dispozițională se precizează sub semnul unei confruntări, subiectul resimțindu-se de obicei victimă. Tot în tematica relațională, deseori în corelație cu paranoidia, se înscrie și cea senzitivă de relație, în care subiectul se simte în centrul atenției, curiozității și comentariilor negative ale altora. Și la fel tematica de gelozie care constă într-o convingere absurdă în infidelitatea partenerului. Sau, cea erotomană, ce constă în convingerea că o persoană de sex opus, de obicei cu un statut social superior, e îndrăgostită de subiect.

Dată fiind importanța paranoidiei în economia patologiei psihotice, inclusiv a schizofreniei, se impune o reflexie analitică asupra structurii relațiilor interpersonal sociale, ce se desfășoară în câmpuri concentrice în jurul persoanei. Aceasta se repartizează într-o zonă a persoanelor apropiate și intime și o zonă publică, a persoanelor oficiale, necunoscute, a personajelor fictive, a instituțiilor și instanțelor generale. Structura relațională intim/public se dezvoltă și se complexifică progresiv în cursul ontogenezei, având apoi o dinamică specială de-a lungul ciclurilor vieții (a se vedea **Chenarele 33, 34**, capitolul 4 și Anexa I).

Delirul paranoid are la bază suspiciunea față de celălalt/ceilalți. Suspiciune care între anumite limite e firească și adaptativă. În aria competițională publică funcționează constant și adaptativ nu doar reticența și suspiciunea, ci și tendința la înșelare. Precum și capacitatea de detecție a încercărilor celorlalți de a înșela. Prin acest joc se realizează contacte sociale colaborative utile.

Aspectul patologic din delirul paranoid constă din generalizarea nediscriminativă a suspiciunii sau a sentimentului de a fi înșelat, de a avea în față persoane sau instanțe cu intenții ostile. Aceste atitudini se des-implică din fondul de disponibilități atitudinale care se găsesc, ca o rezervă „instrumentală”, în structura psihismului fiecărui om. Și, trecând în prim plan, se manifestă rigid și nediferențiat, acaparând și subjugând viața psihică, desituționalizând-o. Celelalte persoane sunt resimțite ca și complotând împotriva subiectului, intenționând să-i facă – sau deja făcându-i – diverse acțiuni rele, nefavorabile, moral, material, fizic (la timpul prezent, trecut sau viitor), iar totul e trăit în cadrul unei intense dispoziții anxios fobice (**Chenar 35**).

În același timp, delirul paranoid exprimă o de-diferențiere și o pierdere a controlului asupra distanțelor și structurii relaționării dintre zona intimă și cea

publică, tulburare ce se însoțește de un sentiment de „centralitate” (Raballo, 2006). Subiectul are impresia și apoi convingerea că se află în centrul atenției altora, că aceștia îl privesc deosebit, îl urmăresc, îl supraveghează. Sentimentul supravegherii din partea unor instanțe exterioare poate fi resimțit și în zonele intime, cu impresia că e realizat cu aparate speciale (camere de luat vederi, ascultarea telefonului, microfoane plasate în casă, observare prin TV și internet); sau, prin substituie de persoane. Dincolo de un anumit prag psihologic, subiectul poate trăi sentimentul transparenței gândirii și a influenței exterioare asupra gândurilor și acțiunii, fenomene ce se inseră în așa-zisele „simptome de prim rang” (Schneider).

Chenar 33

Diagrama relațiilor interpersonal sociale

Raportările interpersonal sociale ale subiectului se pot diferenția între doi poli. La o extremă se plasează persoanele intime și apropiate, cu care se întrețin legături constante și există o strânsă interpătrundere afectivă. La cealaltă se plasează zona relațională publică, oficială și a străinilor.

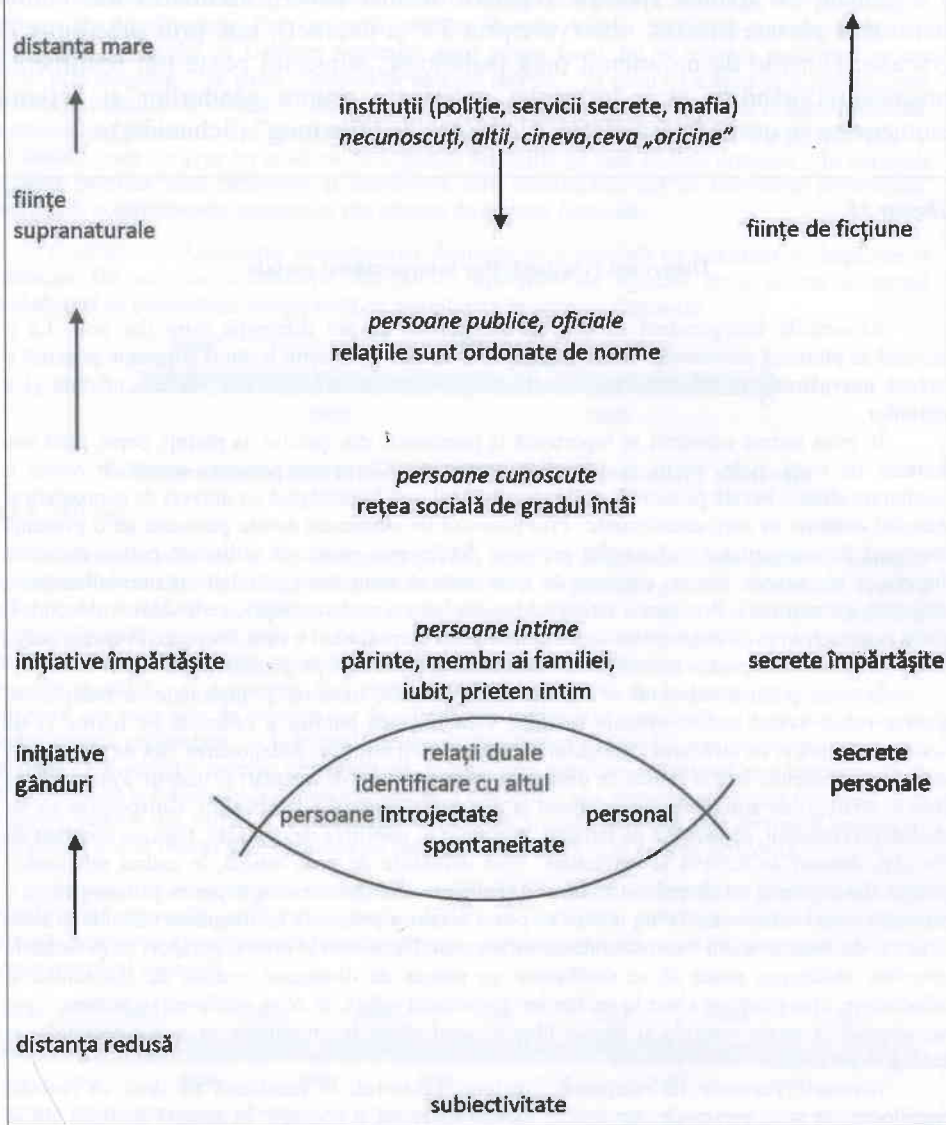
În zona intimă subiectul se raportează la persoanele din familie, la părinți, copii, iubit sau partener de viață, rude, vecini și cunoștințe apropiate. Cu aceste persoane există de obicei o colaborare strânsă bazată pe încredere și raport mutual, toți împărtășind un univers de cunoaștere și atitudini comune în care conviețuiesc. Prin procesul de atașament aceste persoane au o prezență constantă în interioritatea psihismului personal. Înțelegerea reciprocă utilizează puține elemente lingvistice discursive; fiecare cunoaște în mare măsură intimitatea celuilalt iar interinfluențarea reciprocă e importantă. Persoanele intime se înscriu într-un cerc concentric ce învăluie subiectul. E vorba în principiu și de o apropiere fizică constantă, a cărei simbol e casa, locuința. Prezența cuiva străin și nechemat în casă, e resimțită ca o imixtiune în atmosfera propriului spațiu intim.

În zona publică subiectul se raportează la oameni, instituții și personaje ce îndeplinesc diverse roluri având statute oficiale definite. Comunicarea publică e ordonată de norme și de limbajul discursiv, cu utilizarea dialogului și argumentării retorice. Relaționarea față de persoanele străine, necunoscute, este orientată de distanțele interpersonale, de așteptări și intenții. Pot funcționa diverse strategii de apropiere sau de ținere la distanță și control a relaționării. Colaborarea cu un altul puțin cunoscut, se bazează pe tatonări, precauție în stabilirea de contacte, flancate constant de evaluări, deseori de rezervă și suspiciune. Spre deosebire de zona intimă, în cadrul relaționării publice funcționează tot timpul autocontrolul și elaborarea exprimării. Apropierea psihologică de o persoană inițial necunoscută e un proces ce poate conduce progresiv la integrarea acestuia în zona intimă și de atașament, cu interpătrunderea sufletească. După cum și invers, în raport cu persoanele apropiate sufletește, poate să se desfășoare un proces de distanțare, marcat de suspiciune și neîncredere, ajungându-se chiar la ieșirea lor din această orbită, în zona indiferenței. Subiectul are sentimentul că poate controla și decide liber accesul altora la intimitatea sa, cea a secretelor și deciziilor personale.

Diversele persoane de relaționare, inclusiv subiectul, se manifestă nu doar ca realități nemijlocite, ci și ca personaje cuprinse în variate narațiuni și scenarii. În această ipostază ele se întâlnesc cu personajele narațiunilor publice; atât cu cele transmise curent prin mass-media; cât și cu personajele istorice sau de ficțiune, transmise de exemplu prin povestiri, istorii, legende, filme, romane. În sfârșit, sunt prezente la acest nivel pentru întâlniri speciale cu subiectul, personajele narațiunii mitico sacrale ale religiei.

Relaționarea intim public se mai diferențiază și prin polarizarea individual/general. Persoanele de relaționare intimă au caracteristici individual concrete. În zona publică intervine generalitatea nedeterminată a lui „alții”, „cineva” „ceva”.

Diagrama intîm public și distanțele interpersonale

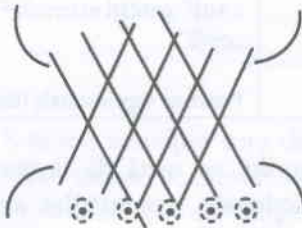


Deliul paranoid are astfel două componente ce se manifestă și evoluează în paralel: – Atitudinea ostil agresivă, negativă, care într-un fel este opusul atitudinii de apropiere, interpătrundere și fuziune afectivă pozitivă, de sprijin colaborativ întru împlinire. – Și, atitudinea de supraveghere a intimității și de manipulare, de către persoane și instanțe străine. Care este și ea opusul familiarității destinse, de încredere și sprijin mutual.

Desimplicarea psihopatologică ce decontextualizează

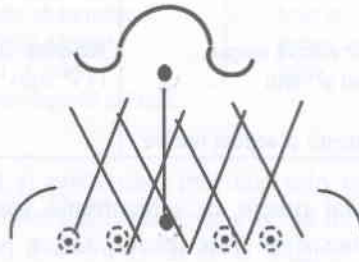
Deficitul psihopatologic psihotic poate duce la des-implicarea unor trăiri determinate din structuri de ansamblu, în care sunt integrate ca elemente și aspecte potențiale; ele trec în prim plan, se conștientizează și domină viața psihică, decontextualizând subiectul

Un eveniment relațional la care subiectul participă presupune multiple trăiri implicite, care nu ajung în prim planul conștiinței



- Faptul de a fi observat și monitorizat
- Presupoziția înșelării și atitudinii ostile
- Propria intenție agresivă
- Acceptarea tacită de sugestii din partea altora
- Împărtășirea tacită a ideilor cu alții

În psihopatologie unele trăiri se des-implică din structura sintetică a trăirii relaționale, trec în prim plan, autonomizându-se, conștientizându-se și monopolizând rigid psihismul



- * „toată lumea mă privește curios”
- * „alții vor să îmi facă rău”
- * „îmi vine să-mi omor copilul”
- * „alții mă dirijează”
- * „alții îmi cunosc gândurile”

Cele două aspecte ale delirului paranoid sunt în mod firesc interrelate. Accesul altora, a străinilor, la zona intimității, în imediata apropiere a secretelor și deciziilor intime ale subiectului, permite controlul, intervenția și manipularea. Faptul e cunoscut în viața socială prin practica spionajului, în război și în economie. Obținerea de informații detaliate despre adversar, despre cunoștințele și intențiile sale, posibilitatea de intervenție la nivelul factorilor de decizie, conferă un important avantaj asupra acestuia. De aceea, persoana care știe că i se cunosc secretele, se simte vulnerabilă. Un al treilea aspect îl reprezintă identitatea agresorilor.

Lectura delirului paranoid ar trebui realizată folosindu-se deci o grilă ce are în vedere cele trei aspecte.

Delirul paranoid, cu cele trei fațete ale sale ce se cer identificate, se întâlnește în diverse categorii clinice psihiatrice, acute și prelungite, singur sau împreună cu alte teme delirante și simptome psihopatologice. El e prezent în categoriile ICD 10: „Psihozele scurte și tranzitorii”, „Tulburări delirante persistente”, „Tulburări bipolare”, „Depresie monopolară”, în „Episoadele schizoafective” și în „Schizofrenie”. În schizofrenie elementele specifice ale delirului paranoid capătă însă anumite particularități.

Grila de lectură a delirului paranoid

Tipul de acțiune ostilă intenționată sau realizată	Supravegherea	Identitatea agresorilor
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 Personaje ficționale (extraterestri etc.)
Acțiuni nocivă asupra corpului și vieții	Referințe în mass media (TV, ziar)	„Alții”, entități exterioare „ceva”...
Alte intenții și acțiuni nocive		Persoane supranaturale (diavolul)

Mai precis, în schizofrenie identitatea agresorilor se mută de la persoanele cunoscute spre zona instituțiilor, a personajelor ficționale, a entităților abstracte, impersonale sau supranaturale. Supravegherea la rândul său avansează în interioritatea eului, manifestându-se prin forma descrisă de Schneider ca simptome de prim rang, constând în transparență și influență xenopatică asupra ideății, deciziilor și acțiunilor. La acestea se adaugă deseori instalarea prin modalitatea delirului primar, derivat din trăirile de referință. Și în plus, sunt prezente simptome ale depersonalizării devitalizante și ale dezorganizării psihice.

Chenar 36

Simptomele de prim rang Schneider (= SPR) (pentru diagnosticarea schizofreniei)

Simptomele de prim rang Schneider (pentru diagnosticul schizofreniei) = SPR, constau dintr-un set de trăiri subiective ce se referă la atitudinea și acțiunea psihică a altora („străină,” „xenopatică”) asupra intimității subiectului: halucinații auditive comentative, gândire sonoră, audibilă, transparența psihică (cunoașterea, ghicirea, citirea, supravegherea, răspândirea gândirii), influențarea gândirii (insertie, retragere, modificare), control asupra deciziei și comportamentului (dirjarea acțiunii, substituirea mișcărilor și vorbirii, impunerea emoțiilor), influențarea stării somatice. Se adaugă percepția delirantă. Subiectul pierde sentimentul de agenție și de apartenență la sine („ownership”) a propriilor trăiri intime.

Manifestările SPR, la fel ca și atitudinea paranoid ostilă, sunt de obicei atribuite xenopatic, unor persoane, personaje, sau instanțe xenopatic.

Delirul paranoid poate fi deci întâlnit în majoritatea stărilor psihopatologice etichetate ca psihotice. Totuși manifestarea sa pregnantă se realizează mai ales în

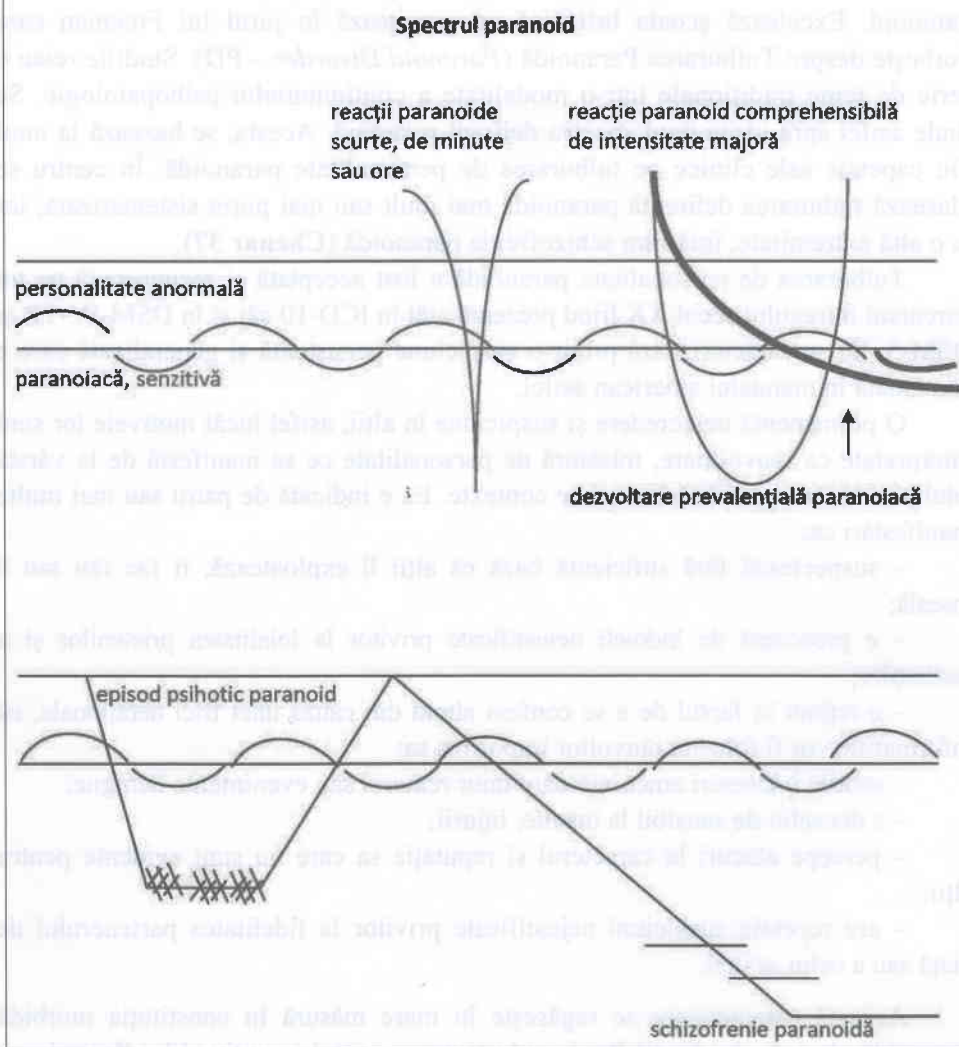
cadrul Categoriei ICD 10 Tulburare delirantă persistentă (F22). În ultima perioadă a crescut interesul clinicienilor și cercetătorilor pentru studierea, distinct de schizofrenie, a entităților clinice centrate pe delir; și mai ales de delirul paranoid. Excelează școala britanică ce gravitează în jurul lui Freeman care vorbește despre Tulburarea Paranoidă (*Paranoid Disorder* – PD). Studiile reiau o serie de teme tradiționale într-o modalitate a continuumului psihopatologic. Se tinde astfel spre ideea unui spectru delirant paranoid. Acesta, se bazează la unul din capetele sale clinice pe tulburarea de personalitate paranoidă. În centru se plasează tulburarea delirantă paranoidă mai mult sau mai puțin sistematizată; iar la o altă extremitate, întâlnim schizofrenia paranoidă (**Chenar 37**).

Tulburarea de personalitate paranoidă a fost acceptată și recunoscută pe tot parcursul întregului secol XX fiind prezentă atât în ICD-10 cât și în DSM-IV-TR și DSM-5. Ea se caracterizează printr-o suspiciune persistentă și generalizată care e comentată în manualul american astfel:

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 în faptul 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.

Această caracterizare se regăsește în mare măsură în constituția morbidă paranoidă clasică a lui Genil-Perrin și în temperamentul senzitiv al lui Kretschmer (**Chenarul 28**). Amândouă aceste temperamente erau considerate ca deschise spre reacții și dezvoltări prevalențiale anormale, marginale delirului; sau în interferență cu acesta. Tot în această direcție au fost descriși în secolul XX „persecuții persecutori” și „procesomanii” (Munro, 2008). Cu această cazuistică suntem în aria în care, procesul psihopatologic în sensul lui Jaspers nu apare în prim plan, ci mitigat. Dar în spatele numitorului comun al suspiciozității paranoide, se pot identifica două modalități polare de poziționare atitudinală față de alții. Pe de o parte modelul megaloman și dominator al cazuisticii lui Genil-Perrin; pe de altă parte cel retras, inhibat și sumisiv, al senzitivului lui Kretschmer.



Cercetările actuale iau în considerare și manifestările paranoide scurte, de obicei de câteva ore, mai rar de câteva zile, ce pot avea caracteristicile „ideației delirante paranoide” tranzitorii. Astfel de scurte episoade, declanșate de obicei reactiv dar nu totdeauna comprehensibil, au fost descrise de mult. Ele sunt menționate în DSM IV-5 ca putând apărea la unele tulburări de personalitate: paranoică, schizotipală, schizoidă, dar și borderline, antisocială sau altele. Cel mai des e vorba de trăiri (convingeri) senzitiv relaționale, de atitudine ostilă, complotare. Studiile epidemiologice efectuate cu diverse scale, mai ales cele inițiate de echipa lui van Os, au indicat o frecvență crescută, de aproximativ 15% în populația generală a unei

astfel de „ideeții paranoide delirante”. E de presupus că nu e vorba doar de cazuri cu tulburări de personalitate. Ci, că o importantă parte a populației are în diverse împrejurări idei delirante paranoide tranzitorii. Fapt ce nu e inexplicabil, de vreme ce suspiciunea e definitorie și adaptativă pentru psihismul uman. Un eventual inventar al situațiilor de viață stresante prin care trece fiecare om în cursul vieții, ar putea releva că există suficiente împrejurări, într-o societate competitivă, pentru trăiri paranoide (Nota 5).

La acest nivel merită readusă în discuție ideea conceperii delirului ca o „cădere” sau „mutație” a derulării psihismului pe un alt nivel, „psihotic” de funcționare, cel puțin pentru o durată limitată de timp. Scurtele „incursiuni” într-o astfel de zonă psihopatologică probabil că nu ar trebui etichetate ca patologie propriu zis delirantă – adică, ca un episod psihopatologic delirant paranoid. Ci ca indicând o vulnerabilitate pentru o astfel de patologie. „Delirul propriu-zis” a lui Jaspers ar trebui poate menținut în atenție, nu ca și caracteristic neaparat schizofreniei. Ci ca un model pentru un episod psihotic ce se desfășoară un timp considerabil, pe „orbita psihotică”, printr-o „cădere”. Orbita psihotică delirantă poate fi concepută ca o zonă a minusului psihopatologic identitar unde patologia de tip delirant se poate întâlni cu alte manifestări psihotice, așa cum sunt:

- Tulburările perceptivă ce includ fenomenele de referință, halucinațiile și pseudohalucinațiile.

- Sau, cu simptomele de transparență și influență xenopatică care, în conjuncție cu perturbările cursului gândirii participă la configurația „simptomelor de prim rang (Schneider) (SPR).

- Tot pe această orbită psihotică se pot întâlni interferențe cu tulburările dispoziționale, ce extrag subiectul din prezența la situațiile actuale.

- Și la fel cu depersonalizarea psihotică, cu dezorganizarea ideoverbală sau cu simptomatologia deficitară a anonimizării.

Delirul poate fi, deci elementul central al unui episod psihotic. Din punct de vedere clinic principala cazuistică de acest tip abordabilă în prezent, se încadrează în categoria Tulburare delirantă persistentă (TDP – cod F 22.8 în ICD-10).

Cazuistică psihotică în care predomină delirul (paranoid) halucinator; delirul se mixtează uneori cu supravegherea, depresia, mania; simptomatologia SPR, cea deficitară și dezorganizarea nu se manifestă evident

Caz 8. 1175/2000

O femeie de 49 ani, muncitoare, văduvă, prezintă brusc (în câteva zile) convingeri delirante de urmărire și sensitive de relație, însoțite de halucinații auditive simple și apelative („vecinii vorbesc despre mine că sunt prea slabă, oamenii din mașini se uită la mine”... vecinii bat în perete... răspândesc fire de păr prin casă”); internări cu aceeași simptomatologie.



Caz 9. 1096/1999

O femeie de 55 ani prezintă (1997) un delir cu tematică de urmărire, persecuție, supraveghere, halucinații auditive relaționale (aude cum alții își bat joc de ea); încă 5 internări similare până în 2010.



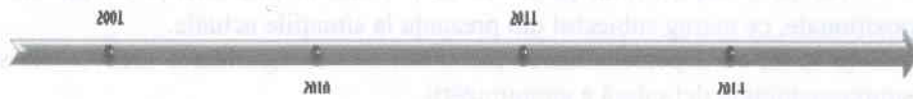
Caz 10. 1102/1999

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 otrăvit”) 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 vrăjire din partea vecinilor care o persecută; ideile senzitiv-relaționale și depresie sunt constante la toate internările.



Caz 11. 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 care sunt semne ale vrăjilor; halucinații olfactive: simte miros de tămâie.



Caz 12. 1505/2003

O femeie debutează în 3 săptămâni (2003) 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, cu recăderi ulterioare similare.



Caz 13. 878/1997

O femeie de 30 ani, muncitoare, căsătorită, debutează insidios (1997) cu delir cu tematică senzitivă de relație: *colegele de serviciu o bârfesc, își fac semne, o urmăresc, vor să îi facă rău*; dispoziție anxioasă; recăderi ulterioare.



Caz 14. 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.



Caz 15. 1282/2001

O femeie de 30 ani, muncitoare, văduvă, după un eveniment de viață minor (1996) începe să se simtă persecutată, prejudiciată, urmărită pe stradă, privită și comentată „pe stradă alții râd de mine”, supravegheată acasă „am impresia că în casă sunt microfoane și că mi-e ascultat telefonul”; internări cu aceeași simptomatologie până în 2014.



Caz 16. 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.



Caz 17. 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; în 1999: are impresia că tot timpul cineva e în spatele ei și vrea să o înjunghie cu un cuțit; în 2002: delir de urmărire, persecuție, halucinații vizuale: vede pitici sclipitori; „o umbră mare”. 2003: vede umbre, halucinații tactile: „cineva o apucă de mâini, de păr”; halucinații auditive: zgomote, pași, copii țipând, tropăit... La internările ulterioare simptomatologia e similară.



Caz 18. 1574/2004

O femeie de 49 ani, angajată, căsătorită cu 1 copil, prezintă progresiv (într-un 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.



Această patologie e considerată în plan internațional ca distinctă de schizofrenie. OMS, prin ICD-10, face un loc mai larg acestei patologii: pe când sistemul american DSM III-5 tinde să o reducă la clasică paranoia. De menționat că Tulburarea delirantă persistentă e distinctă de Tulburarea psihotică acută (și tranzitorie în ICD-10). În aceasta din urmă, trăirile delirante, deși joacă un rol important, sunt mixtate nu doar cu halucinații; ci și cu tulburări dispoziționale afective variate, predominant anxioase, cu trăiri din seria depersonalizării/ derealizării (în sens DSM-5), cu simptome schizoforme, uneori fiind prezente și modificări ale vigilității conștiente. Debutul brusc și oscilațiile frecvente ale simptomatologiei fac ca tulburarea psihotică acută să sugereze o tulburare ce indică o „cădere” tranzitorie, puțin specifică, pe nivelul – sau circuitul – psihotic general, prezent latent la pacient. De aceea, Tulburarea psihotică acută și Tulburarea delirantă persistentă, care totuși e centrată pe delir, se cer comentate separat. Deși tulburarea delirantă persistentă (T.D.P.) nu a beneficiat decât de puține studii centrate pe ea și având ca loturi de comparație schizofrenia și tulburările afective (Grover, 2006, Ibanez-Casa, 2012), ea merită comentată distinct, urmărind ideea sugerată mai de mult de Kendler (1982). Prezentăm un portret robot al acestei cazuistici, bazat și pe experiențe personale a Registrului de cazuri pentru psihoze ce funcționează în Timișoara din 1985.

Tulburarea delirantă persistentă e centrată de obicei de o tematică paranoidă însoțită de fenomene de supraveghere în corelație cu persoane cunoscute. Sunt prezente unele halucinații, trăiri depresiv anxioase și unele fenomene de depersonalizare derealizare. Esențială e raportarea la persoanele din anturaj, familie, vecini, colegi, cunoștințe. Aceștia apar uneori mai „deosebiți”, altfel ca de obicei, „schimbați” ca aspect. În această variantă de psihoză nu intervin decât marginal instituții (poliția) sau organizații (biserica sectanților). Subiectul e suspicios, e convins că i s-au făcut sau e pe cale să i se aducă un prejudiciu moral sau material; mai poate fi invocat un complot, intenția de otrăvire, de suprimare. De obicei motivația e precizată: pentru a fi moștenit, sau din cauza infidelității partenerului, combinația cu gelozia fiind relativ frecventă. Halucinațiile cele mai frecvente sunt gustative și olfactive, eventual cenestezice. Halucinațiile auditive pot fi simple, apelative, injurioase, imperative dar și comentative, mai ales în corelație cu trăirile senzitive. Cele vizuale sunt rare. Pot fi prezente percepții „reliefate” (*salience*) cu o semnificație deosebită pentru subiect; dar care nu se înscriu de obicei în tensiunea unei dispoziții sau „atmosfera delirante”.

Fenomenul de centralitate și supraveghere se manifestă cel mai frecvent prin simptomele de relație senzitivă: subiectul se simte în centrul privirii, a atenției și comentariilor persoanelor cunoscute, vecinilor, colegilor, uneori și a persoanelor necunoscute. Se adaugă sentimentul de urmărire. Supravegherea mai detaliată a intimității, cu aparate, nu e frecventă. Comentariile referențiale de la TV pot apare izolat, fără a juca un rol important în tabloul clinic. Halucinațiile auditive uneori simple pot fi injurioase, apelative și chiar comentative, corelate cu atitudinea nefavorabilă a celorlalți. Se pot astfel diferenția aceste halucinații de cele care

comentează gândurile și actele subiectului, prezente în cadrul simptomelor de prim rang (Schneider) din schizofrenie.

Se întâlnesc destul de frecvent trăiri din seria depersonalizării corporale, în sensul sentimentului de modificare a feței, a privirii, cu verificare în oglindă. Cel mai des este însă invocat sentimentul de „vrăjire”, care corelează o acțiune xenopatică cu sentimentul de modificare a propriei persoane și ambianței.

TDP e centrată pe o dispoziție anxios depresivă. Anxietatea se poate însoți de iritabilitate în cadrul unei disforii, care crează tensiuni și probleme adaptative. Depresia poate avea diverse intensități, uneori întrunind criteriile pentru episodul depresiv major. Pentru o importantă cazuistică, diferențierea dintre TDP cu depresia majoră și Tulburarea Depresivă cu delir incongruent e dificilă. Dispoziția euforică e mai rară, de obicei corelându-se cu o tematică mistică.

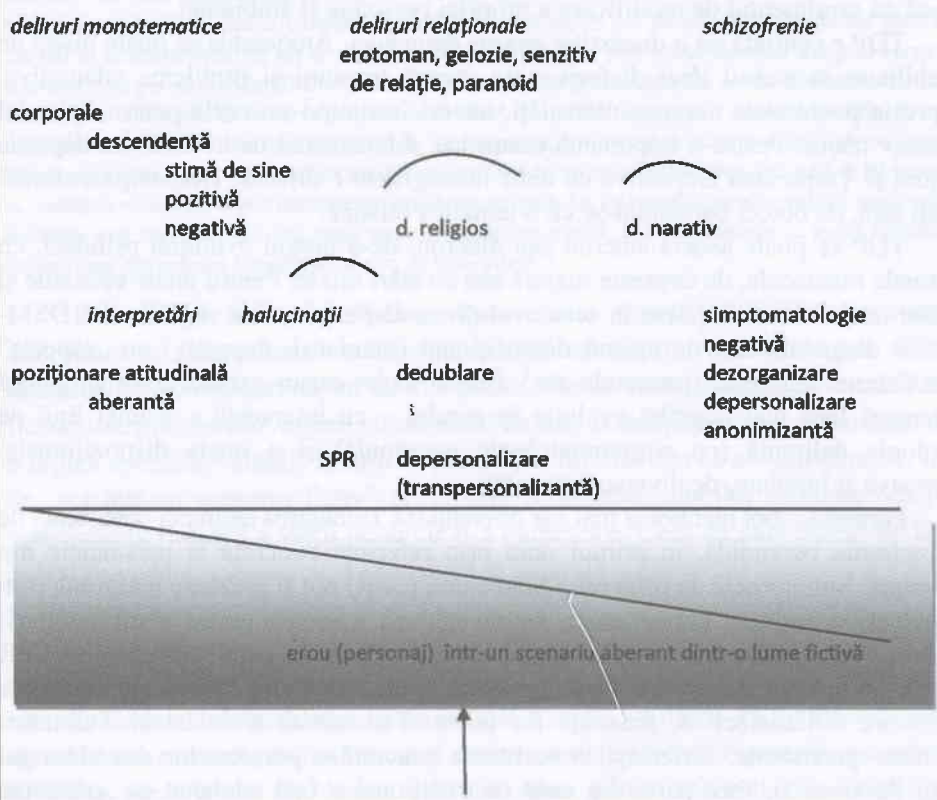
TDP se poate asocia sincron sau diacron, de-a lungul evoluției psihozei, cu episoade maniacale, de depresie majoră sau cu stări mixte. Pentru unele episoade și pentru unele cazuri, înțelese în sens evolutiv, s-ar putea aplica sugestia din DSM-IV-5 a diagnosticului de episod dispozițional (maniacal, depresiv) cu „aspecte” psihotice necongruente (paranoide etc.). Pentru multe cazuri cazuistica longitudinală sugerează însă mai degrabă evoluția în paralel – cu intersecții – a unei linii de patologie delirantă (cu simptomatologie paranoidă) și a unei dispoziționale, depresive și bipolare, de diverse intensități.

Portretul robot menționat mai sus diferențiază Tulburarea delirantă persistentă de schizofrenia paranoidă, în primul rând prin referința concretă la persoanele din ambianță. Simptomele de prim rang Schneider, (SPR) pot fi prezente marginal, prin halucinațiile auditive comentative, supravegherea mai pronunțată a intimității și percepției cu semnificație mai deosebită. Dar, în măsura în care se acceptă că SPR se pot manifesta și în Tulburarea Bipolară fără a se ajunge la diagnosticul de Tulburare schizoafectivă, prezența lor poate fi acceptată și în cazul Tulburării delirante persistente. Referința la realitatea concretă a persoanelor din anturajul vieții de zi cu zi, face parte din ceea ce tradițional a fost etichetat ca „păstrarea nucleului personalității”.

În ideea continuumului psihotic, se pot accepta cazuri intermediare între Tulburarea delirantă persistentă și schizofrenia paranoidă, mai ales din punct de vedere al evoluției longitudinale. La acest nivel intervine problema continuumului psihopatologic. O manifestare consistentă a TDP împreună cu simptome de referință și mutarea identității agresorilor spre o zonă generală, suprapersonală sau impersonală, poate fi considerată, prin convenție, că se apropie de paranoia schizofrenă. De fapt, ceea ce se impune în majoritatea cazurilor este caracteristica de suprarealitate a orbitei psihotice. Dispoziția maniacală sau depresivă, tematica religioasă și alunecarea spre o identitate narativă, conturează o patologie delirantă ce se îndepărtează de conceptul F 22 din ICD-10, fără a configura neaparat tabloul clasic al schizofreniei, în lipsa simptomatologiei dezorganizante și negativ depersonalizante. Pe măsură ce avansăm spre modelul schizofreniei, se impune tot mai pregnant dezorganizarea expresivă și semantică, alunecarea în ficțiune, abstracții, depersonalizare derealizantă, anonimantă (**Chenar 38**).

Chenar 38

Diagrama psihopatologică a delirului în calitate de colector al simptomatologiei psihotice



Delir = certitudine privitoare la o preocupare anormală în ceea ce privește starea, valoarea, originea, identitatea.

DELIRUL ȘI XENOPATIA

Delirurile cu tematică relațională și în primul rând paranoia exprimă convingerea într-un scenariu în care alte persoane, entități umane sau supra-personale, străine de subiect, se raportează la acesta, de obicei exprimând o atitudine negativă și de supraveghere. „Alteritatea xenopatică” – adică străină de subiect – e cel mai des identificată și precizată ca fiind „cineva” sau „ceva” ostil, ce acționează (negativ) asupra pacientului. Toate modalitățile delirului relațional, în esență paranoid, au această caracteristică. Atenția deosebită ce i se acordă, urmărirea, persecuția,

atitudinea ostilă, de otrăvire, de prejudiciu etc., toate sunt atribuite cuiva mai mult sau mai puțin personalizat: partenerului, rudelor, vecinilor, colegilor de serviciu, oamenilor de pe stradă, poliției, serviciilor de informație, mafiei ș.a.m.d. Sau, intervin instituții și organizații, secrete sau fantastice. În această poziție se află, de asemenea, entități și ființe supranaturale: vrăjitori, extraterestri, spirite, duhuri, energii, diavolul. Dumnezeu și cei apropiați lui pot intra și ei în universul delirant. Relația cu aceștia e marcată însă mai puțin de caracteristica faptului de a fi străin, de obicei funcționând sentimentul de apropiere, până la o identificare transpersonalizantă. Diavolul, deși e resimțit ca străin, se poate totuși introduce în intimitatea corpului, inducând sentimentul de dedublare psihică.

Ansamblul relațiilor menționate se referă, așa cum s-a precizat în caracterizarea paranoidiei, nu doar la atitudinea și intenția ostilă ci și la supraveghere, la cunoașterea intimității. Din această perspectivă o situație aparte apare în fenomenele de transparență/influență (control) din SPR. În ansamblu, instanța xenopatică persecutorie din paranoidie se opune sinelui nuclear, minimal. Adică acelui centru personalistic în care subiectul se resimte „el însuși”, „înrădăcinat în sine”. Centru din care izvorăsc gândurile și acțiunile care-i „aparțin lui însuși” (ipseitate). În cadrul fenomenelor de transparență/influență, distincția dintre polul sinelui și polul xenopatic se reduce până la dispariție, apărând fenomene de cunoaștere și citire a gândirii, de inserție și retragere a gândirii, de influență asupra deciziilor și comportamentului. Astfel de trăiri pot fi resimțite ca venind din partea tuturor instanțelor xenopatică menționate.

În cazul simptomatologiei SPR, de transparență, influență, control, subiectul își explică fenomenul prin acțiuni psihologice paranormale (telepatie, hipnoză la distanță), prin acțiune cu aparaturi speciale (unde radio, laser etc.) sau prin practici oculte (vrăji, blesteme, descântece). În cazul referirii la ființele supranaturale – Dumnezeu, diavolul, energii, spirite – acestea sunt considerate ca având în mod firesc acces la intimitate. Totuși, diavolul intervine de obicei prin posesiune, localizare în corp. Dumnezeu apelează uneori la îngeri; spiritele și energiile sunt considerate ca putând avea o acțiune difuză la distanță, după modelul „câmpului fizic” sau a undelor electromagnetice ce penetrează peste tot. Aceste interpretări evidențiază apelul ce se face în delir la instanța „teoretică culturală”, la narativitatea mitică, de ficțiune și la interpretarea teoretico-științifică a lumii în cadrul unei socio-culturi.

Sentimentul atitudinii ostile din partea unor instanțe xenopatică, de urmărire, supraveghere și control al intimității – inclusiv prin transparență influență – poate fi însă trăit în delir și „ca atare”, nepersonalizat, neatribuit unei instanțe determinate. Subiectul afirmă: „mă simt urmărit... persecutat... vor să îmi facă rău, să mă distrugă, să mă omoare..., mi se citesc gândurile... mi se introduc gânduri ce nu sunt ale mele... ș.a.m.d.”, fără a putea preciza „cine”, „ce instanță” e responsabilă de aceste intenții și acțiuni. Dispoziția sau „poziționarea atitudinală” paranoidă, se manifestă în aceste cazuri doar prin orientarea fenomenologică a subiectului („noetică”), fără o tematizare („noematică”) care să precizeze instanța xenopatică.

Un caz particular, aflat la marginea relaționării delirante de tip paranoid, este cel al contaminării, ce se desfășoară în afara unei relaționări interpersonale (deci, diferit de tematica otrăvirii). Simptomatologia clasică, ce se întâlnește în patologia obsesiv compulsivă, constă în obsesia contaminării mâinilor cu murdărie, microbi sau diverse substanțe, ce agresează și pun astfel în pericol organismul. Replica compulsivă constă în spălarea interminabilă a mâinilor. Subiectul e conștient de caracterul absurd al acestei „ablutomanii” dar nu o poate opri. Sindromul contaminării poate evolua, prin pierderea criticii, până la o intensitate delirantă.

Aspectul particular al ideății de contaminare constă în faptul că agresiunea xenopatică e abstractizată și cade în afara lumii perceptibile. Murdăria, microbi și substanțele ce transgresează schema corporală și atacă sinele pacientului, nu se văd, nu se simt, nu se percep; ci, se agregă în jurul unui „principiu nociv”. Faptul trimite la „abluțiunea ritualică” din practica religioasă: spălarea mâinilor semnifică îndepărtarea „răului” sau păcatului, potențial sau real (cazul lui Pilat din Pont și a lui Lady Macbeth). În ablutomanie invazia și agresiunea se referă la „ceva nociv” care capătă o parțială materializare prin trimitere la realitatea fizică dar nevizibilă a microbilor, substanțelor etc. Această particularitate se înscrie și în caracteristica patologiei obsesiv compulsive de a viza în mare măsură proximitatea fizică a propriului corp.

Delir de contaminare

Caz 19

O femeie de 37 ani, gospodină din mediul rural, călătorind în oraș pentru cumpărături, în autobuz simte contactul neplăcut cu o persoană murdară; întoarsă acasă, își spală hainele dar senzația unui contact neplăcut și a unei contaminări persistă. Crede că vasul în care și-a spălat haina a fost și el contaminat și îl aruncă. Apoi, hainele din dulapul în care și-a pus rochia pe care a spălat-o, le aruncă de asemenea. Ajunge la sentimentul și convingerea că însăși camera în care și-a depus haina respectivă e contaminată și nu mai intră în ea. În tot acest timp spală fără întrerupere hainele și lenjeria și își spală repetat corpul. Apoi, părăsește casa în care locuia, dormind într-o bucătărie de vară. Nu mai folosește apa din fântâna din care a provenit cea cu care și-a spălat haina. În final, după ce a hotărât să părăsească satul în care a trăit tot din cauza extinderii contaminării, ajunge la internare.

Comentariu: influența negativă, „răul” ce vine din exterior prin contaminare, nu e definit în acest caz nici ca sursă nici ca fapt (de la cine vine?, în ce constă?). Tematica acestui delir pleacă de la situația specifică patologiei obsesiv compulsive în care subiectul atribuie răul contaminării unor microbi invizibili care-i invadează și atacă sinele corporal; dar depășește acest cadru prin intensitatea și amploarea manifestării psihotice; fenomenul se plasează la marginea trăirii depersonalizante a pierderii limitelor protectoare ale sinelui.

DELIRUL RELIGIOS, IDENTITATEA DE PERSONAJ ȘI PERSPECTIVA „LUMILOR MULTIPLE”

În delirurile centrate pe tematica relațională subiectul se simte în relații distorsionate cu alți oameni, instituții și personaje mundane. Nu e rară însă nici tematica religioasă, în care el se simte într-o relație specială cu Dumnezeu și alte personaje ale mitului divin. În aceste cazuri sunt prezente și alte simptome psihopatologice; iar aspectul delirului capătă accente particulare.

Delirul religios a atras în ultima perioadă puțin atenția cercetătorilor. El merită menționat și analizat deoarece aduce în discuție aspecte interpretative importante pentru problema delirului, mai ales în perspectiva doctrinei „realităților multiple” a lui Gallanger (2009).

Tematica delirantă religioasă constă dintr-o convingere de apropiere și familiaritate crescută cu personajele mitologiei religioase (Bakovsar, 2008; Sims, 2012). E vorba în creștinism de Dumnezeu, Iisus Christos, Fecioara Maria, Sfântul Duh, diavolul. Evenimentele principale sunt patimile și răstignirea lui Iisus și sfârșitul lumii; mai intervin proorocii, minunile. Diavolul reprezintă răul și tentează omul să păcătuiască, uneori posedându-l. Posesiunea demoniacă implică sinele corporal și e trăită deseori ca o dedublare a psihismului. Pacienții cu tematică religioasă se simt apropiați și familiari cu Dumnezeu, fapt ce exprimă grandiozitate. Episoadele pot fi marcate și de sindromul maniaco, uneori concomitent cu o tematică paranoidă. Cel mai des subiectul se simte alesul special a lui Dumnezeu care-i încredințează personal misiunea de a lupta împotriva răului, a diavolului și a salva omenirea. Odată cu aceasta ființa supremă poate transmite pacientului și alte capacități sau abilități lumești deosebite. Uneori el se simte intermediarul dintre Dumnezeu și oameni, Dumnezeu le transmite mesaje acestora folosind propria sa voce. Prin situația de familiaritate subiectul se simte protejat în mod special de Dumnezeu. El se identifică parțial cu acesta – mai ales cu Iisus, în poziția de răstignit – iar fenomenele de transparență influență capătă caracteristici speciale. Aspectul cel mai important ce se cere subliniat, e transformarea delirantului într-un personaj ce se plasează la același nivel, în aceeași lume fictivă și supranaturală, în care ființează personajele mitului religios.

Religia face parte din viața de zi cu zi a oamenilor unei socio-culturi, un procent important dintre ei fiind credincioșii practicanți în cadrul diverselor culte și secte. Deși sacralitatea se referă la un univers supranatural transcendent, societatea are instituții și practici oficiale ce se ocupă de cultul religios; și personal care activează în cadrul acestor instituții. Practicile religioase includ rugăciunea solitară și colectivă, respectarea postului sărbătorilor religioase, eventual retragerea în solitudine monahală, studiarea Bibliei și meditații asupra înțeleșului ei. Credința poate fi practică sub forma ritualurilor împărtășite de toți. Dar și sub forma rugăciunilor solitare. Ea poate fi ocazia unor trăiri speciale: a conversiunii, a iluminării, a revelării adevărurilor credinței, a sentimentului de păcat și a practicării penitenței. Toate aceste aspecte pot avea și variante psihopatologice, în contextul destructurării psihotice a psihismului.

Cazuistică

Deliruri cu tematică religioasă; grandiozitate, identificare cu personaje divine

Caz 20. 482/1991

O femeie de 28 ani, angajată, căsătorită, 1 copil, dezvoltă în 2 luni o stare maniacal delirantă: „e trimisa lui Dumnezeu pe pământ; acesta 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 asemenea Fecioarei Maria. Urmează alte recăderi cu delir de grandiozitate dar și episoade depresive.



Caz 21. 1329/2001

O femeie de 41 ani dezvoltă un tablou psihotic cu dezinhibiție maniacală și delir de misiune divină: „E aleasa lui Dumnezeu de la care are misiunea să lupte cu diavolul”. Dumnezeu îi spune zilnic ce să facă; „Duhul Sfânt vorbește prin mine”. Dumnezeu a ales-o să fie un fel de proroc pentru că: „e curată, nu a mințit, nu a preacurvit și are un semn pe dosul mâinii care indică locul unde a fost cuiul răstignirii lui Iisus...” simte un gust amar de la pelinul dat lui Iisus iar corpul îi miroase a tămâie”. Dumnezeu o protejează și o influențează, simte gânduri care nu sunt ale ei dar acestea sunt „gânduri date de Dumnezeu”, „i se citesc gândurile cu ajutorul lui Dumnezeu”. Se simte urmărită de oameni, căci oamenii sunt „diavoliți”, își dă seama de aceasta căci „simte un fior de gheață în ceafă”.

Comentariu: În delirurile cu tematică religioasă pacientul resimte o familiaritate cu personajele divine ce poate ajunge la identificarea cu acestea; simptomele SPR rezultă din această proximitate ființa supremă folosind vorbirea pacientului.



Caz 22. 635/1993

Un bărbat de 44 ani evoluează spre psihoză lent, în 2 ani, prezentând un delir de grandiozitate: simte că e trimisul lui Dumnezeu pe pământ, îl simte pe Iisus în corpul lui și are menirea de a salva omenirea de la dezastru, are puteri deosebite pe care le folosește spre binele oamenilor, este vizionar, tot ce gândește se și întâmplă, de aceea evită să citească articole negative din presă sau să se gândească la acestea pentru a nu se produce noi crime și nelegiuri... pe stradă lumea caută să îl atingă pentru a-i lua din energie, deoarece are puteri supranaturale, lumea îl urmărește pe stradă dar și prin radio și TV... când a trecut granița în altă țară s-a declanșat o furtună” era un semn cersc pentru a îl avertiza că nu e bine să părăsească țara”... „când privește luna sau Biblia, îl vede pe Dumnezeu, îngerii și pe toți sfinții”.

Comentariu: Identificarea cu ființa supremă îi explică pacientului capacitățile sale excepționale; subiectul trăiește și fenomenul „fuziunea act/gândire” care se întâlnește de obicei în patologia obsesională.



Specificul tematicii delirante religioase constă tocmai în faptul că subiectul se raportează acum nemijlocit la o instanță populată cu altfel de personaje, instanță cu totul diferită cea în care trăiesc oamenii din aria vieții sale intime sau publice; precum și de personajele istorice sau narrative, de orice instituții sau organizații ce țin de lumea omenească. În plus, raportarea delirantă la divinitate nu e doar una la ființe supranaturale – ca eroii de basm, legendă sau extraterestri. Ci la o ființă unică și a toate puternică; fapt ce marchează major „lumea delirantă” la care psihoticul participă în acest context. Între raportarea la această instanță „absolută” și raportarea la oamenii întâlniți în viața de zi cu zi – rude, colegi, personaje publice – în delir mai pot interveni și alte ființe supranaturale, cum ar fi vrăjitorii, spiritele, duhurile, energiile, care acționează asupra subiectului în diferite feluri.

Transpunerea delirantului în realitatea supranaturală a scenariului mitico-sacral, în apropiere, familiaritate, și interpătrundere cu personajele divine, indică tocmai faptul că „el se mută” în timpul delirului din realitatea cotidiană într-o altă realitate. Această transpunere se petrece concomitent cu menținerea sa în cadrul relațiilor din viața de zi cu zi, dominată de obicei de convingerea într-o persecuție patologică. Fapt pe care, în aceste condiții îl poate interpreta ca acțiune a diavolului.

Subiectul ce trăiește un delir cu tematică religioasă, fiind de ex. convins că e fiul lui Dumnezeu și are menirea să salveze omenirea învingând diavolul, se identifică deci cu un rol dintr-un scenariu fictiv, participând la o lume supranaturală. Pentru el această lume se intersectează constant cu lumea de zi cu zi a familiei, vecinilor, colegilor, trecătorilor de pe stradă; pe care-i poate resimți că-i sunt ostili, îl privesc ciudat, își fac semne, îl urmăresc, vreau să-l otrăvească, a căror voci le aude comentându-l.

Prin comparație cu rolul de personaj aparte cu care se identifică pacienții cu delir religios, deliranții paranoizi sau cu alte tematici nu ne apar la prima vedere ca participând la un scenariu fictiv, supranatural. Totuși, lumea delirantă în care ei trăiesc, în măsura în care se ia în considerare un spectru destul de larg al acestei patologii, e cel puțin parțial diferită de cea a vieții cotidiene comunitare. Chiar pacienții își autocaracterizează deseori starea spunând că se simt „ca vrăjiți”. Într-o serie de deliruri, mai mult sau mai puțin bizare dar cu caracteristici narrative, ei se raportează la personaje și la instituții despre care au cunoștință doar prin mass media sau informația culturală. Pot apărea astfel „mafioți”, „vrăjitori”, „extraterestri”. Dar chiar un episod delirant paranoid de gelozie sau erotoman obișnuit, în măsura în care se manifestă franc psihotic, mută pacientul din firescul vieții de zi cu zi într-un „scenariu” aparte, în care el e proiectat într-un anumit rol, în calitate de „personaj”. Scenariul, lumea și personajele delirului, deși nu se exprimă ca trăirile din vis, reiau modalitățile firești de relaționare cu lumea – dragostea, suspiciunea, neîncrederea, persecuția – într-o variantă artificioasă, neobișnuită; plasată „în marginea” sau „alătura” de realitatea vieții cotidiene. Adică, „ca și cum” ar face parte dintr-o realitate de ficțiune. De aceea merită atenție recenta sugestie a lui Gallanger (2009)

de interpretare a delirului din perspectiva „lumilor ficționale multiple”. Care, în mod obișnuit, se articulează – prin consensul narativității culturale, cu viața noastră cotidiană. Gallanger scrie:

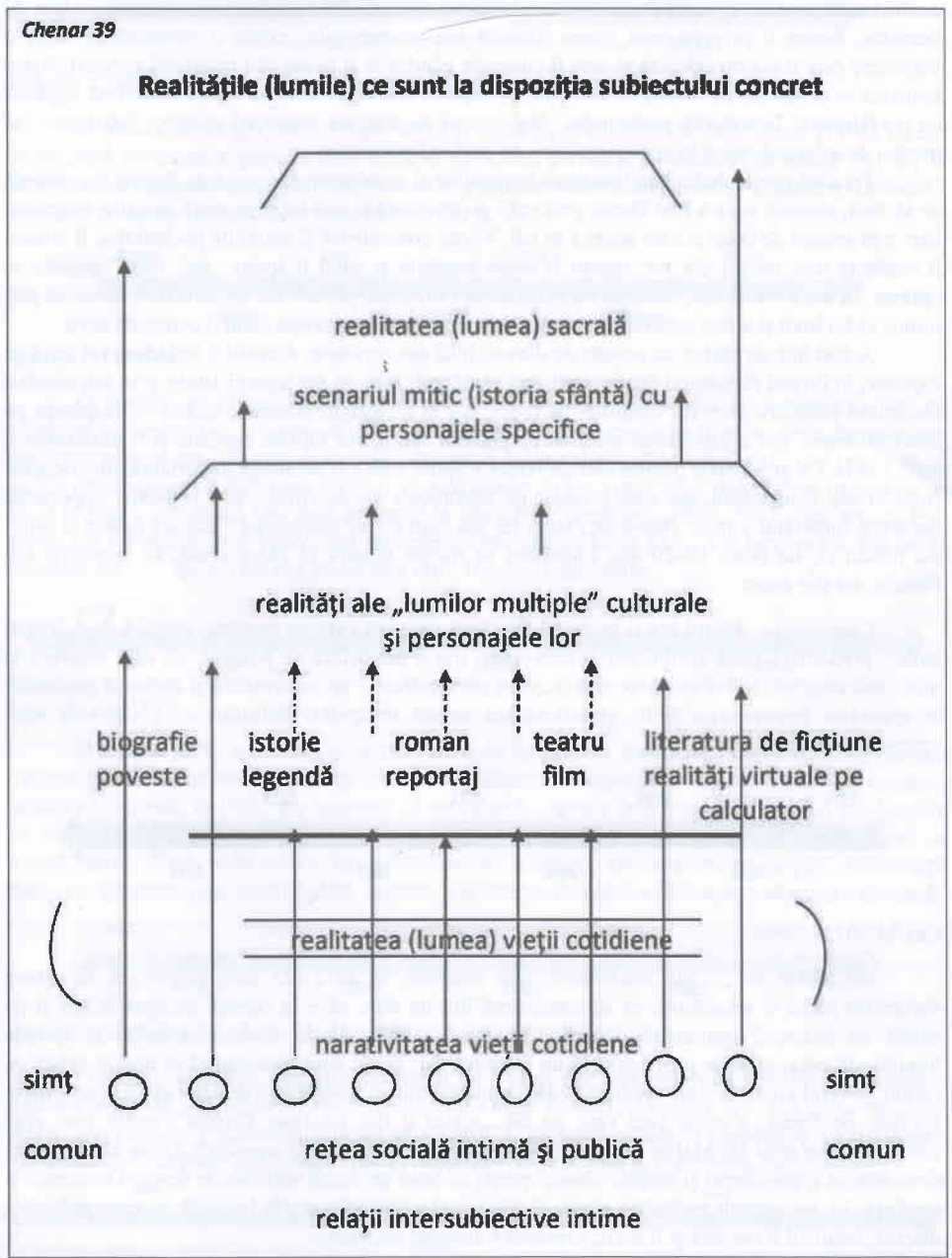
„Pe lângă lumea în care noi lucrăm, ne câștigăm salariul, ne socializăm, ne bucurăm de viața de familie... mai sunt multiple alte realități care ne scot din realitatea de zi cu zi. De exemplu: dacă citesc un roman, merg la teatru sau la cinema sau sunt preocupat de un joc pe calculator, eu petrec câteva ore intrând în divers realități ce mi se deschid prin paginile cărții, prin scena teatrului sau prin ecranul de televizor... 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.”

Dezvoltând ideea lui Gallanger, se poate sugera că delirul ar putea fi interpretat ca „alunecarea” sau „căderea” subiectului într-un rol aberant dintr-un scenariu fictiv, din care el nu se mai poate reîntoarce la condiția de bază. Identificându-se plin de convingere cu un astfel de rol, el reacționează și acționează după o logică specială, valabilă în aria ficțiunii. Dar diferită de cea a vieții curente. Ideea de „rol într-un scenariu fictiv” presupune acceptarea „lumilor multiple” ca parte constituantă firească a vieții de zi cu zi a oamenilor. Ceea ce pare destul de firesc, având în vedere acceptarea consensuală și naturală a existenței instanței divine și a practicilor ce o invocă.

În raport cu scenariul și personajele mitico-sacrale, eroii și personajele narativității culturale – teatru, literatură, istorie, biografie – se află într-o poziție intermediară față de realitatea fizico socială a vieții cotidiene. Ei țin totuși mai mult de realitatea profană, nefiind marcați de caracteristica de omnipotență, cu care sunt investite personajele din lumea sacrului. S-ar putea diferenția în aceste „lumi culturale multiple” zone mai apropiate de supranatural (*e.g.* vrăjitori, extraterestri) și zone mai apropiate de existență cutumieră (personaje istorice, eroi de biografie, persoane importante ale politicii). Instanța sacrală, prin poziția ei tradițională de realitate originară, „creatoare a lumii”, reprezintă astfel, inclusiv din punctul de vedere al realităților multiple, un aspect special al tematicii delirante (**Chenar 39**). Prin simplul fapt că se simte în relație cu astfel de ființe, delirantul se plasează evident într-o lume fictivă. În unele deliruri, propria schimbare identitară se exprimă prin valoarea și capacitățile sale (pozitive sau negative), prin misiuni cu care se simte încredințat și chiar printr-o schimbare identitară efectivă. În clinicile psihiatrice actuale se întâlnesc, mai rar cazuri de tipul lui Don Quijote sau care se consideră Napoleon, cazuri frecvente în urmă cu un veac. Totuși, în delir pot răbufni și teme arhetipale și fabuloase, ca în cazul lui Breivik (cazul 1).

Patologia delirantă decontextualizează subiectul, prin alunecarea sau prăbușirea sa în condiția de personaj a unui scenariu fictiv. Între varianta delirurilor monotematice

sistematizate care se pot plasa la marginea condiției vieții cotidiene și varianta delirului religios, în care pacientul se plasează explicit într-o lume supra-naturală, majoritatea situațiilor delirante, centrate de variate forme ale paranoidei, decontextualizează subiectul în raport cu viața cotidiană, plasându-l ca personaj într-o realitate fictivă, similară modalităților vehiculate de universul cultural narativ (Nota 3).



Cazuistică

Deliruri cu caracteristici narative

Caz 23. 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. Apoi, tematica 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 narative fabulatorii, 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.

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”. 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.

Comentariu: delirul are o evidentă structură narativă care se menține identică de-a lungul anilor; predomină tema vrăjitorilor și diavolilor, într-o atmosferă de poveste, cu vagi trimiteri la mitologia creștină; se fac referințe și la o „voce personificată” ce comentează și dirijează pacientul, în contextul fenomenelor SPR; grandiozitatea ce stă în spatele delirului nu e expresia unor episoade maniacale.



Caz 24/2012

Un bărbat de 27 ani, necăsătorit, fără ocupație, în 2012 (25 ani), primăvara, în câteva săptămâni simte o schimbare, că se transformă într-un duh, că e în centrul atenției, acasă și pe stradă. Se întâmplă evenimente deosebite: mama îi sărută mâinile; bătând din palme el aprinde luminile în oraș; totul se precizează la un moment dat: simte cum bate vântul în oraș și odată cu vântul „a venit credința”; era credincios dar la intrarea într-o biserică s-a deschis ușa singură, simte o cruce pe frunte, a auzit voci care au zis „acesta e fiul lui Iisus 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 altora; oprește oamenii pe stradă vorbindu-le despre Dumnezeu și credință. La un consult psihiatric 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, 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 niște voci, 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 Țepeș (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 Țepeș îl consideră ca și pe copilul lui, îl trage în țepă, 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 Țepeș.

Comentariu: delirul se desfășoară într-o atmosferă fictivă, supranaturală, în care evenimentele pe care pacientul le descrie se petrec ca într-un basm; de fapt el simte că se transformă într-un „duh”; lumea și personajele mitului creștin se amestecă cu cele ale comentariilor uzuale (mafia rusească) și ale istoriei (Vlad Țepeș); trăirile halucinatorii vizuo-tactile (șarpele) transgresează limitele sinelui corporal; afirmă o dedublare, cu un personaj ce se află în burta sa.

DELIRUL ȘI DIMENSIUNEA NARATIVĂ A IDENTITĂȚII PERSOANEI

Trimiterea la „realitățile multiple” sugerează luarea în considerare a caracteristicii și dimensiunii de rol și de „personaj” a subiectului ce se simte implicat în scenarii narative. Narativitatea este consubstanțială structurii psihismului uman. În această direcție s-a dezvoltat psihologia narativă a persoanei a lui McAdams (2006) (Nota 4). În cursul vieții de zi cu zi, subiectul participă ca erou la diverse evenimente, ce pot fi considerate ca scenarii dramatice, ce se desfășoară realmente; și care pot fi apoi relatate. El este în mod firesc eroul unor multiple narațiuni, potențiale și reale. Acestea, pot fi povestite de alții. Sau de însăși subiect, ancorat cum e în dimensiunea identității sale biografice. În acest sens merită atenție ipoteza lui Tomkins (1979). Acesta, în consens cu interpretarea lui McIntyre (1998) a identității narative a persoanei, sugerează că „fiecare persoană generează în permanență scenarii dramatice”, sub presiunea evenimentelor curente. Subiectul își asumă regia și rolul ce îi revine în aceste scenarii, și le „joacă”, cu convingere și eficiență, în viața practică, chiar în afara oricărei narativități corelative. În normalitate, el este în permanență angrenat în multiple scenarii de diverse durate, pe care le poate ierarhiza ca importanță, trecând de la una la alta; sau părăsindu-le. Dar își menține în permanență identitatea de fond a sinelui biografic și agenția creativității. Pornind de la acest fond, el poate desfășura și juca circumstanțial și în scenarii parțial fictive sau imaginare. Sau, se poate adânci, temporar, în realitatea secundă a „lumilor multiple” jucând în permanență roluri, sinele e într-un constant dialog cu sine însuși (Hermans, 1996, 2010).

Revenind la problematica psihopatologiei delirului se poate relua afirmația că, spre deosebire de delirul mistic, delirul paranoid sau cel monotematic sistematizat – hipocondriac, dismorfofobic, de gelozie, erotoman, senzitiv de relație –

nu sugerează la prima vedere identificarea cu un personaj dintr-un scenariu narativ ficțional. Totuși se poate vorbi și în aceste cazuri de concentrarea existenței pacientului pe un rol, derivat din sistemul de roluri sociale pe care îl comentează sociologia lui Pearson. În această viziune sociologică deja tradițională, rolurile sociale nu sunt doar cele privitoare la statuturile sociale: roluri de sex, vârstă (copil, adolescent, adult, bătrân), profesie, condiție maritală (logodit, căsătorit, văduv etc.). Această doctrină sociologică acceptă și roluri tranzitorii, cum ar fi cel de bolnav, de subiect înșelat. Sau rolul de persoană supravegheată și persecutată de sistemul social, ultimul dovedindu-și cu prisosință realitatea în regimurile totalitare. Mare parte din deliruri, chiar din cele monotematice, ar putea fi interpretate ca o patologie identitară, în care subiectul, în contextul unui deficit psihopatologic, „alunecă” sau „cade” pe orbita identificării cu astfel de roluri. Roluri care de fapt exprimă modalități fundamentale ale omului de raportare adaptativă, pe care el le are constant la dispoziție. La fel cum orice om posedă capacitatea de a „se monta”, în anumite împrejurări ce o cer, printr-o dispoziție anxioasă, dezinhibat expansivă sau de retragere inhibată pentru refacere, la fel orice om are în structura propriului psihism capacitatea adaptativă de a se „monta” într-o poziție de suspiciune, ce poate fi variat diferențiată ulterior. Și la fel, psihismul oricărui om e astfel dotat încât să își dea seama de felul în care el însăși e receptat de către alții. Și să intre în tensiune, dacă constată că alții îl privesc în mod deosebit. Preocuparea subiectului de a-i putea impresiona pozitiv pe alții astfel încât să fie admirat, stimat sau chiar iubit, poate fi considerată și ea ca activarea, utilizarea unui fel de „instrumentar”, aflat într-o recuzită, în ansamblul „modulilor psihoantropologici adaptativi” ce dimensionează psihismul omului normal.

Pornind de la o astfel de interpretare, suspiciunea normală față de intențiile agresive sau de înșelare ale altora, se manifestă în delir deformat, exagerat, rigid, fără argumente, în gol. Dar, ea are un punct de plecare într-o disponibilitate naturală. În măsura în care „se cade pe orbita delirantă paranoidă”, disponibilitatea de suspiciune a subiectului nu mai e angrenată în rezolvarea adaptativă a unei situații reale. Ea mută subiectul, ca personaj într-un scenariu fictiv al persecuției și intențiilor agresive paranoide. Scenariu care se desfășoară similar cu cel al unei piese de teatru sau a unui roman. Dar, acum, în delir, subiectul nu se mai poate extrage din rolul acestui personaj. El nu mai poate, ca în normalitate să opereze liber cu rolurile și scenariile pe care le regizează și le joacă în viața sa obișnuită, în conformitate cu sugestia lui Tomkins.

O interpretare antropologică a delirului pornind de la ipoteza lumilor multiple a lui Gallanger și de la psihologia narativă a persoanei (McAdams, Hèrmas, Tomkins, McIntyre, Ricouer) pune inevitabil accentul pe ideea de rol și personaj special, care absoarbe subiectul delirant. Această viziune se manifestă în strânsă articulație cu aceea că, orice tematică delirantă vizează direct *eul*, sinele identitar al subiectului. Acest sine identitar este afectat, în diversele ipostaze ale patologiei delirante, în variate feluri. E vorba de dimensiunea biografică identitară a sinelui, ce stă la baza duratei personale susținută de memoria de lungă durată, structură narativă ce e perturbată și în schizofrenie (Phileps, 2005, Sallanger, 2003).

Doctrina „lumilor multiple” readuce în discuție tema faptului-de-a-fi-în-lume, ce s-a deschis odată cu fenomenologia existențialistă a lui Heidegger preluată în psihopatologie de Binswanger. În prezent, aceasta e susținută în primul rând de psihopatologia fenomenologico antropologică (Kraus, 2001, 2007; Wiggins și Schwartz, 2007). Conceptul *faptului-de-a-fi-în-lume* este implicit invocat de Gallanger, în ipoteza „realităților multiple”. Ar mai fi de menționat că angrenarea într-un scenariu fictiv mută subiectul pe un alt plan de temporalitate de cât cel al raportărilor situaționale actuale. „Timpul povestirii” – al narațiunilor, scenariilor, romanelor etc. – este apropiat, conform sugestiei lui Eliade, de timpul mitic, sacral, care e actualizat în creștinism de timpul liturgic. Delirantul nu este „în afară de timp” așa cum se prezintă realitățile logico matematice; și nici nu e aspirat de viitor sau trecut, ca maniacalul sau depresivul. El alunecă în timpul special al narativității.

Rezumând cele comentate în acest paragraf s-ar putea afirma următoarele:

Ideea de care e convins delirantul – tematica sa delirantă – se referă totdeauna la sine, la starea, valoarea și identitatea sa, la relaționarea sa reciprocă cu alții, la rolul existenței sale în lume. Toate acestea aspecte „îl privesc” în cea mai mare măsură. Ele se impun acum în prim plan, dominând scena existenței sale. Convingerile delirante de nemodificat exprimă o atitudine, o poziționare atitudinală fermă dar rigidă și neadaptativă, în raport cu sine, cu alții și cu lumea; toate, trăite sub forma unui rol central dintr-un scenariu aberant, de care subiectul se simte cuprins. Fiind vorba de un rol dintr-un scenariu, trăirea identitară și narativitatea se conjugă strâns în delir. Ceea ce nu se întâmplă în tulburările dispoziționale afective. Dar, acum, în cazul delirului, nu e vorba de o narativitate a relatării sau imaginării, ca în patologia confabulatorie. Ci de o narativitate implicată într-o trăire. Trăire care acum nu e dispozițională. Ci se referă la rolul prin care subiectul se simte prins în situații și scenarii aparte pe care nu le-a ales și nu le poate regiza; dar pe care „trebuie” să le joace. Roluri și scenarii în realitatea și adevărul cărora crede, care-i apar ca evidente, de care e convins și care-l domină. E exclusă acum posibilitatea unei descentrări, evaluări și optări pentru alte direcții de angajare și acțiune. În acest sens delirul nu corespunde definiției din DSM-5 care formulează: „Delirul este o convingere falsă bazată pe o inferență incorectă *privitor la realitatea exterioară* (s.n.) care”... Convingerea delirantă nu se referă la „realitatea exterioară”. Ci la o trăire subiectivă ce privește propria stare, valoare, identitate, situație relațională etc., exprimată printr-un rol central într-un scenariu aberant. Doar în măsura în care întreg scenariul delirului centrat de subiect e considerat o „realitate exterioară”, definiția respectivă s-ar apropia de o reală caracterizare a delirului.

NOTE

Nota 1

Punctul de plecare a criticii doctrinei doxatice se întâlnește chiar la Jaspers care scrie (după Gallanger, 2009): „A spune simplu că delirul e o idee greșită ce e

ferm susținută de pacient și care nu poate fi corectată, oferă doar un răspuns superficial și incorect problemei... orice experiență a realității are un drum în practica vieții... Delirul propriu-zis... implică o transformare în întreaga noastră conștiință a realității...”

Argumentele avansate pentru refuzul doctrinei doxatice – sau a limitării la aceasta – au fost multiple. Se pot menționa poziția lui Fulford care trimite la conotațiile valorice ale atitudinii delirante; sau cea a lui Berrios (1996), ce susține că în cele din urmă delirul doar rar exprimă convingerile subiectului, în mod curent fiind un „act de vorbire” („speech act”) fără acoperire.

În abordarea de față agreem opțiunea lui Gallanger care, pornind de la interpretarea pe care o dă Schultz ideilor lui James și de la sintagma lui Heidegger privitoare la „existențialul *faptului-de-a-fi-în-lume*” sugerează ipoteza „realităților multiple” care dimensionează viața noastră cotidiană. În delir am intra într-o variantă aparte a unei astfel de realități fictive (de exemplu cum e cea a teatrului) identificându-ne cu personajul central și cu scenariul în care e cuprins, fără a ne mai putea întoarce la realitatea cotidiană.

Perspectiva menționată nu neagă ci implică prezența tulburărilor în sfera percepției, a trăirilor afective, a raționamentului inferențial, a respingerii ipotezelor false etc. Totuși, convingerea delirantă nu derivă în linie direct din falsitatea premizelor, din incorectitudinea raționamentelor sau din evaluarea concluziilor, ci se impune nemijlocit, ca o evidență, la fel ca semnificația unei percepții clare. Fenomenul ar putea fi comparat cu trăirea evidențelor din viața cotidiană care stau la baza certitudinii empirice din experiențele științifice; dar și cu revelațiile credinței sau cu iluminările creației. Drumul de la incertitudine la certitudine (după modelul probabilistic Baysian) se desfășoară în viața de zi cu zi spontan. Demonstrația logică sau argumentarea retorică pornesc de la spontaneitatea sintetică a vieții cotidiene.

Nota 2

Delirul reprezintă un centru de organizare a patologiei psihotice, motiv pentru care rareori se întâlnește în variantă pură. Cazurile de delir monotematic sunt rare și au fost puțin studiate. Faptul are repercusiuni asupra selectării cazuisticii pentru studiu. Interesul crescut al cognitivismului pentru cercetări sistematice realizate cu mijloace riguroase, care să conducă la „evidențe”, nu a ținut însă cont de această rigoare. În consecință multe studii s-au realizat pe cazuri de schizofrenie paranoidă sau pe cazuri de tulburări neurologice (e.g. hemisomatognozia postictală a fost considerată o convingere delirantă). Totuși studiile cognitiviste asupra tulburărilor neuropsihice în delir au progresat mult, ducând la câteva modele care, rezumativ, sunt următoarele:

– *Teoria bottom-up* (Mahler) pune accentul pe un prim moment al unei „experiențe anormale” care inițial a fost considerată o perturbare (organică) la nivel perceptiv. Raționamentul se păstrează normal dar subiectul se vede în fața unei situații perceptive stranie (nefamiliaritate, iluzie, halucinație) pe care nu o poate

explica. La fel ca un om de știință el raționează pentru a da o explicație situației ciudate pe care o întâlnește, concluzia fiind ideea delirantă. Această teorie a devenit mai complexă ulterior, admitându-se ca eveniment primar și alte experiențe anormale: de tip afectiv, depersonalizat, halucinator sau a senzațiilor anormale. Astfel „percepția suprasemnificată anormală a unor detalii” – fenomenul „salience” comentat de Kapur – ar face parte, până la un punct, din această clasă de fenomene. Dar, distorsiunea psihică din hipersemnificarea detaliilor este una de ordin global, ea putând interfera de la început cu cea care condiționează delirul. La fel, dacă se acceptă ca o experiență anormală un fenomen din seria SPR, așa cum ar fi controlul gândirii (Gallanger, 2004); acesta presupune un proces psihopatologic complex care-l instituie, chiar dacă nu e la nivelul inferențelor raționale. În mod similar tulburarea atenției selective, care extrage doar informația de un anumit fel din ofertă (de exemplu, receptează doar expresiile ostile ale feței) presupune o tulburare prealabilă, intim corelată cu procesele ce conduc la constituirea delirului.

– *Teoria top-down* pune accentul pe tulburări în derularea raționamentului. Se comentează astfel „saltul la concluzie” („jump to conclusion”) (). Acesta se referă la concluzionarea scurcircuitată, pe baza unor informații puține, fără a cuprinde toate trimiterile și implicațiile care rațional ar fi fost necesare unei gândiri întemeiate pe procese probabiliste. Alt fenomen e tulburarea de atribuire a cauzalității trăirilor negative. Aceasta a fost dezvoltată mai ales de Bentall, Garety și Freeman, implicând stima de sine și distincția între „bad me” și „poor me”. În conformitate cu teoria constructelor sociale, subiectul atribuie cuiva cauzarea fenomenelor exterioare și interioare pe care le trăiește. Astfel, starea sa negativă o poate atribui altora (*poor me*) sau lui însuși (*bad me*). Oscilațiile negative ale stimei de sine ar conduce la tendința de menajare a acesteia prin atribuirea către alții, în manieră paranoidă, a cauzării stării sale neadecvate. Deși conține sugestii interesante această teorie se impune cu o valoare limitată. În cele din urmă, oscilațiile stimei de sine sunt strâns corelate cu distorsiunea globală a sinelui din delir, cu poziționarea sa atitudinală care se manifestă totuși diferit în patologia maniacală și depresivă de cea paranoidă sau deficitar dezorganizantă. De asemenea, trăirea raportării la sine – cu care se corelează stima de sine – se diferențiază în resimțirea nemijlocită și cea care proiectează subiectul într-un personaj de scenariu.

– O altă piesă în „puzzle-ul” interpretării delirului prin prisma tulburărilor neurocognitive este insuficiența respingere a ipotezelor false. Se consideră că acestea se produc constant în cursul raționării normale, dar ele nu persistă, fiind respinse până la urmă de un proces critic, care are conexiune cu cortexul prefrontal drept (Davies, 2009). Acest deficit ar putea fi comparat cu insuficiența respingere a ideății intruzive din obsesii, cu reținerea și impunerea dominantă a unei idei periferice, negative.

Ansamblul acestor teorii ar putea fi articulate într-un model comprehensiv așa cum face Freeman (2008) care întregesc în el și dispoziția anxios fobică a sentimentului de amenințare; precum și cummul unor evenimente stresante biografice. Modelul poate fi sugestiv, de exemplu pentru înțelegerea continuumului paranoid.

Dar el nu răspunde la problema de fond a „căderii pe orbita psihotică” care diferențiază delirul de preocupările prevalente. Pe această orbită starea delirantă se poate articula cu tulburările dispoziționale și perceptive, eventual cu SPR. Interferențe cu dezorganizarea și simptomatologia negativă conduc spre modelul schizofreniei

Nota 3

În cadrul dezbaterilor recente privitoare la delir mai mulți autori au sugerat două nivele în elaborarea acestuia. Astfel Stephens și Graham (2007) susțin o teorie a „poziționării” („stance”) anormale a subiectului, care ar avea două nivele. Un prim nivel bazal, este o atitudine distorsionată trăită nemijlocit; al doilea nivel al acestei poziționări aberante, ar consta dintr-o elaborare delirantă pornind de la primul nivel. Frankish (2009) susține și el ideea a două nivele. Primul, ar consta într-o atitudine sau dispoziție anormală care generează ipoteze aberante prin tulburări la nivel periferic și de raționare. Al doilea nivel ar fi cel al „acceptării” anormale a uneia din ipotezele aberante, care se desfășoară la nivel metacognitiv și fixează subiectul în delir. Nici una din aceste interpretări nu face trimitere însă la dispozițiile afective, care orientează și/sau susțin o anumită autopercepție de stare identitară, ce ar putea fi preluată de subiect în direcția identificării sale cu un personaj a unui scenariu delirant. Totuși, intuirea și comentarea a două instanțe, dintre care una metacognitivă, deschide orizontul unei interpretări de pe poziții narative, cu implicarea memoriei episodice și biografice. În acest sens apare ca productivă opinia lui Gerrans (2009) care invocă pe de o parte fenomenul „salience” descris de Kapur (2003) ca având la bază disfuncții în transmiterea dopaminergică. Iar pe de altă parte „conștiința autoetică” din interpretarea lui Tulvin (1983), cu invocarea prelucrării informațiilor prin dimensiunile temporalității (mental time travel – MTT). Atât reamintirea cât și percepția sau reprezentarea actuală sunt, în conformitate cu MTT, elaborări care se bazează pe raportarea informațiilor directe la informația autobiografică. Delirul nu ar rezulta din perturbarea unui proces de raționament probabilistic, așa cum sugerează doctrinele bottom-up și top-down care au ca referențial gândirea unui om de știință ce încearcă să rezolve o problemă de cunoaștere. Delirantul s-ar cere comparat mai degrabă cu cineva care redactează inadecvat o biografie. Deci, care are în vedere în primul rând situația sa identitară. În cazul acestui „unreliable biografer” cum îl etichetează Gerrans pe delirant, materialul primar autobiografic e selectat inadecvat și corelat cu semnificații distorsionate referitoare la ambianță, produse prin fenomenul „salience”. Interesanta interpretare a autorului nu face însă referință la deschiderea fiecărui subiect spre „universuri multiple” așa cum sugerează Gallanger.

Nota 4

Psihologia narativă a persoanei a lui McAdams și a celor care urmează această idee, înțelege identitatea persoanei ca centru al unei „istorii” de viață ce ar putea fi povestită. Această „istorisire” poate fi imaginată în plan ideal ca un roman

biografic/autobiografic, redactat de toți cei ce l-au cunoscut pe un om. Și în același timp, ca o autobiografie pe care el și-o redactează. Perspectiva narativă presupune deci limbajul, viața relațională a subiectului în raport cu persoanele apropiate și cele publice, realizările sale obiectivabile care au consecințe în lumea umană. Dar și trăirile sale subiective conștiente, care au ca obiect propriul sine înțeles ca agent ultim, ce inițiază gânduri și acțiuni ce-i aparțin. În raport cu trăirile experiențiale fenomenologice ale sinelui, perspectiva narativ biografică e mai exterioară, deoarece:

- diverși „martori” cunosc subiectul din variate incidente;
- oamenii își povestesc viața pentru audiențe variate;
- propriile narațiuni despre sine și cele ale altora variază în timp;
- există reguli culturale care reglementează narativitatea etc.

Perspectiva narativă a persoanei, chiar dacă e invocată ca un ghid ideal, are însă importanță cel puțin din două motive:

– narativitatea despre sine a altora și autonarativitatea, funcționează efectiv în viața cotidiană fiind funcționale și în arii instituționale (e.g. *Curriculum Vitae* ce e pretins pentru ocuparea funcțiilor);

– narativitatea obligă la o sinteză caracterizantă a sinelui.

Doctrina unității narative a persoanei face trimitere la concepția morală a lui McIntyre (1998) și a lui Ricoeur (1990). Primul comentează problema virtuților ca putând fi înțelese numai ca o caracteristică a unei vieți unitare; iar unitatea sinelui este cea a unei narațiuni ce leagă nașterea de moarte. Putem citi: „...conversațiile în particular și acțiunile omenești în general sunt narațiuni în act... deoarece toți trăim narațiuni și ne înțelegem viața în cheie narativă... unitatea personală a unui caracter e cea cerută de unitatea unei narațiuni... sinele locuiește în personaj...unitatea sa e dată ca unitatea unui personaj” etc. Ricoeur face distincția identitară între „ego” – care rămâne constant același – și „ipse”, instanță ce se metamorfozează în experiența biografică și angajare morală. Opțiunile lui Hermas și Tomkins se înscriu în aceste cadre.

Nota 5

Instrumentele de evaluare comentate în monografia lui Freeman, Bentall și Garety (1999) sunt scale de evaluare ale suspiciozității și sentimentului de persecuție, care pot identifica și măsura itemi ai tulburării de personalitate paranoidă sau a reacțiilor paranoide situaționale generice. Sentimentul de relație senzitivă este evidențiat; dar varianta psihotică clinică, se afirmă mai pregnant decât cea înregistrabilă prin aceste chestionare. Supravegherea specială a intimității (cu aparate) și sentimentul psihotic al urmării (ca fenomen pregnant, realizat de diverși oameni cu mașini, de organizații etc.), nu e nici el înregistrat. Fenomenele de referință ies din obiectivul de cercetare, prin definiție. Freeman după ce comentează cele două criterii necesare pentru ca un delir să fie clasificat ca persecutor (A. Individul crede – e convins – că i s-a întâmplat sau e pe cale să i se întâmple ceva rău; B. El e convins că persecutorul are intenția de a-i cauza răul), precizează

că „Delirul de referință nu se contabilizează în categoria convingerilor persecutorii”. În sens strict, observația e corectă. Dar în clinică, pornindu-se de la percepțiile decontextualizate ce ies în relief printr-o semnificație aparte („saliency”), se evoluează în egală măsură atât în direcția interpretărilor de persecuție, cât și în direcția simptomelor de referință majore, ce se pot impune ca dispoziție delirantă. Dacă se refuză din capul locului simptomele de referință, se refuză și mecanismul interpretărilor delirante. Iar „saltul la concluzie” nu mai are de la ce pleca. Această solidaritate între percepția reliefată, interpretarea delirant paranoidă, supraveghere și referință, este caracteristică paranoidiei clinice; chiar dacă, în tulburarea delirantă paranoidă neschizofrenă se manifestă doar un fragment al acestui lanț, a cărui capăt e în simptomele de prim rang Schneider.

Echipa lui Freeman utilizează următoarele instrumente:

– Paranoia/Suspiciousness Questionnaire (Rawling and Freeman, 1997) care evidențiază senzitivitatea, lipsa de încredere, suspiciunea, iritabilitatea, sentimentul de insatisfacție ș.a.m.d.;

– Green *et al.*, *Paranoid Thoughts Scale*, care evidențiază sensibilitatea la faptul de a fi bârfit, la prefăcătorie, urmărire, ostilitate; iar în cea de a doua parte a sa, sentimentul de persecuție, intenția altora de a face rău; de a răni, ostilitatea celorlalți;

– *Persecutory Ideations Questionnaire* (McKay) care are în vedere conspirația, faptul de a fi rău tratat, complotarea, prejudicierea, hărțuirea;

– *Persecution and Deservedness Scale* (Melo *et al.*) care are în vedere complotul, lezarea, trădarea, defăimarea, intenția rea, critica, desconsiderarea, intenția de a face de râs, problema încrederii etc.

CAPITOLUL 4

TULBURĂRI PERCEPTIVE ÎN PSIHOZE

Noțiunea de percepție are un sens restrâns care se referă la receptarea psihică a unui obiect plasat în contextul lumii înconjurătoare; și un sens larg, ce se referă de exemplu la receptarea de ansamblu a unei situații cu semnificația ei; sau, la receptarea atitudinii altora față de sine, a valorii propriului sine etc. Aspecte particulare reprezintă: – percepția propriului corp, care e continuă în raport cu variabilitatea percepțiilor exterioare și evenimentțiale; – percepția altor persoane, care sunt receptate ca având o subiectivitate proprie, încorporată.

Tulburările perceptivă în psihoze se referă de obicei la iluzii, ca receptări deformate a datelor situației și a propriului corp; și la halucinații, care sunt considerate trăiri de tip perceptiv dar fără un suport informativ actual, plasate în lumea exterioară (în raport cu interioritatea subiectivității). Halucinațiile se pot desfășura în toate ariile senzoriale (vizual, auditiv, olfactiv, gustativ, cutanat, kinestezic, cenestezic). În psihoze sunt mai importante halucinațiile audio-verbale. Percepțiile anormale ale corporalității, iluziile limitelor acestuia (a „schemei corporale”) sunt de obicei comentate în cadrul sindromului de depersonalizare. „Halucinațiile funcționale” se produc prin structurarea semnificativă a unui suport informativ vag și nestructurat (de exemplu, pacientul aude voci care i se adresează când trece o mașină). Pseudohalucinațiile auditive și vizuale sunt trăiri de tip perceptiv-halucinator ce sunt resimțite în „spațiul interior”, al subiectivității, plasate intracorporal (exemplu, „în cap”, „în abdomen”). Ele fac trimitere la trăirile de tip reprezentativ imaginativ și se corelează cu tulburările cursului gândirii (exemplu, interferența și presiunea gândirii) și cu obsesiile. Iluziile și halucinațiile din psihoze se articulează intim cu convingerile delirante integrate în „scenariul delirant”.

O tulburare importantă în psihoze e hipersemnificarea unor detalii „reliefate” scoase din context, fenomenul „saliency”. Preocuparea anormală față de detalii se întâlnește și în autism, dar fără a li se acorda nicio semnificație. Hipersemnificarea – de tip „saliency” – se întâlnește în simptomele de referință, corelate sentimentului de „centralitate”, ce stă la baza dispoziției delirante și a delirului primar. În context psihotic predomină tulburările „tematice”, în raport cu cele formale din autism.

Patologia perceptivă din psihoze ridică problema distincției dintre aria psihică a subiectivității, plasată în „interioritatea” intimă a psihismului, resimțită ca „încorporată”; și ceea ce subiectul plasează în spațiul „lumii exterioare”. Halucinațiile sunt considerate „trăiri de tip perceptiv”, deoarece sunt proiectate în spațiul exterior; pseudohalucinațiile sunt trăite în interioritatea subiectivității încorporate.

FENOMENUL PERCEPTIV ȘI HALUCINAȚIILE

Percepția este un aspect al psihismului uman asupra căruia s-a atras atenția la începutul secolului XVIII și care a fost studiată mai amănunțit în secolul XX. Ea se referă la contactul actual al subiectului cu realitatea dată, la receptarea, integrarea, înțelegerea și utilizarea informațiilor accesibile situațional. Acestea sunt resimțite în primă instanță, ca venind de la obiecte din spațiul exterior ce înconjoară propriul corp, fiind orientate în raport cu acesta. Prin percepție informațiile sunt structurate – delimitate, ordonate, ierarhizate – ca formă și semnificație, mare parte din ele fiind recunoscute și identificate. Faptul implică desigur referința la cunoștințele anterioare și încadrarea evenimentelor actuale în suita celor ce le preced și în raport cu

intenționalitățile subiectului. Aspectul semnificației datelor percepute joacă la om un rol deosebit, potențat de mediul lingvistic-normativ în care indivizii umani își desfășoară existența. Percepția este principalul canal de articulare a subiectului cu lumea, prin intermediul situațiilor problematice actuale, stând la baza organizării prezentului trăit.

Fenomenul perceptiv are o structură complexă ce se bazează în fundal pe referința constantă la propriul corp și eu, resimțit ca centru de emergență a trăirilor și de organizare a spațiului ambiental. Percepția obiectelor, realităților și situațiilor actuale, se cere înțeleasă în perspectiva integrării lor în acțiunile prin care subiectul rezolvă problemele în care e angajat; și a articulării acestora cu preocupările și proiectele sale de durată. Pe de altă parte, orice percepere considerată în sine, este expresia unui proces activ, a unui „act de percepere” (Chenar 40).

Omul nu percepe direct un obiect sau un aspect circumscris al realității date, decât dacă se poziționează într-o atitudine de contemplare sau de cercetare experimentală (Nota 5). Dar și în acest ultim caz datumul perceput se cere integrat în secvențialitatea trăirilor personale și în contextul relațional accesibil atenției perceptive. De obicei percepția unui obiect delimitat e învăluită nu doar de un fundal imediat ci de o „atmosferă” informațională, ce asigură „adâncime” și „spațiu de joc” percepției țintite (Chenar 41).

Alte aspecte speciale se referă la perceperea persoanelor, înțelese ca ființe conștiente ce au propria lor minte, propriile intenții și propriul caracter; și la perceperea lingvistico-semantică a discursurilor, textelor și simbolurilor lumii umane.

Chenar 40

Fațete ale fenomenului perceptiv

Interpretarea percepției ca receptare sintetică de către subiect a informațiilor situaționale, structurate ca formă și semnificație, acoperă în mare aria problematică a acestui fenomen psihic, care are însă multe fațete. Sinteza informațională actuală are în spate fundalul bio-psiho-antropologic determinat al unui individ uman dat, fapt ce aduce în discuție corporalitatea și creierul său, biografia și sensul angajării sale prezente, capacitatea și nivelul de funcționare a celorlalte funcții psihice, colaborarea intersubiectivă etc.

Modelul standard al percepției este cel derivat dintr-o situație experimentală, organizată în laborator. Exemple ar fi: perceperea unui măr sau a unei cărți aflate pe o masă, a unui pom izolat pe o câmpie. Acest model nu acordă importanță unor aspecte ca:

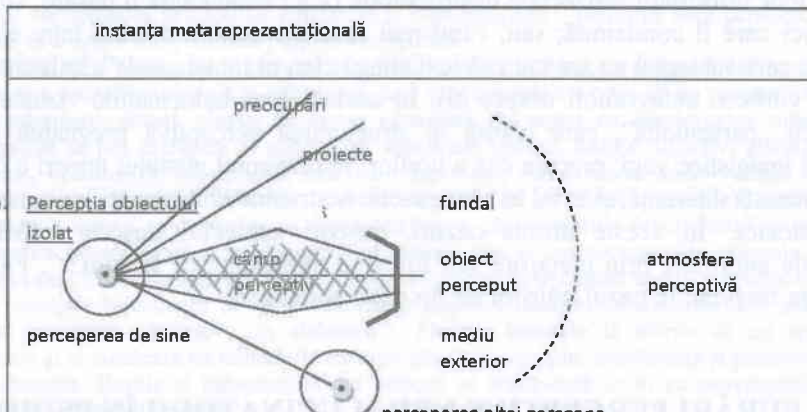
- perceperea constantă a propriei corporalități;
- perceperea altor persoane, prin corpurile lor ce includ subiectivitatea conștientă a acestora;
- perceperea unui mesaj vorbit sau scris;
- perceperea globală a situației în care subiectul se află, cu semnificația sa;
- perceperea datelor ambientale care sunt necesare și integrate în derularea unei acțiuni cu scop;
- perceperea desfășurării unei acțiuni proprii până la finalizarea acțiunii ce se bazează pe informația perceptivă.

În afara aspectelor menționate mai sus, orice percepere actuală a unor obiecte aflate în interrelație – între ele și cu subiectul – presupune conjugarea mai multor funcții psihice: intenția (obiectivul vizat), atenția, memoria, reprezentarea, imaginația, evaluarea, dorința, expectația, emoția, deliberarea și angajarea efectivă în acțiune, luarea în considerare a perspectivei altora, obiceiurile. Se mai adaugă dispoziția atitudinală a subiectului care poate fi: de contemplare admirativă; de investigare generală sau țintită; de utilizare a informațiilor într-o acțiune cu scop sau într-o cercetare, de evocare și relatare către cineva ș.a.m.d.

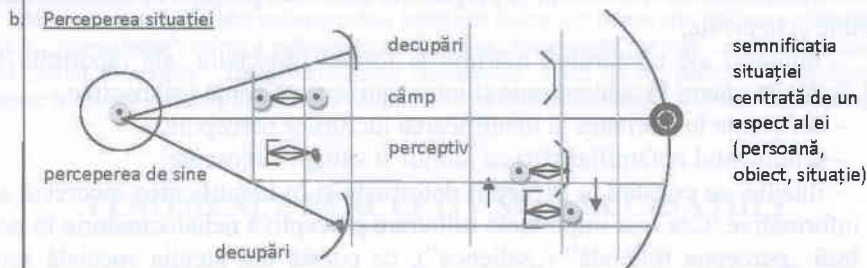
Psihologia percepției a fost studiată mult în secolul XX de către configuraționism, care a introdus noțiunea de „câmp perceptiv”. Acesta se referă în primul rând la articularea, într-o ordine ierarhică, a părților într-un ansamblu ce se delimitează pregnant, prin contururi – dar și prin semnificație – față de un fundal. Modelul este valabil și pentru o percepție ce se derulează în timp așa cum e ascultarea unei melodii sau a unei comunicări lingvistice. Ideea de „câmp” (în sensul în care această metaforă e utilizată în fizică – e.g. „câmp gravitațional” – trimite la un „centru organizator” al coerenței obiectului de perceput. În mod subsidiar, configurația câmpului se impune însă între două centre: centrul subiectului intențional pe de o parte; iar pe de altă parte acest centru al coerenței formal-semnificative a obiectelor, ce se constituie într-o situație semnificativă.

Chenar 41

Două aspecte ale percepției



Perceperea unui obiect izolat se întâlnește doar în atitudinea de contemplație sau de observare științifică (experimentală); obiectul are o *formă* ce se detașează pe un *fundal* accesibil, și o *semnificație*; subiectul se percepe continuu (preconștient) și pe sine, ca plasat la unul din polii câmpului perceptiv, în poziția cuiva care percepe activ.



Perceperea unei situații la care subiectul participă împreună cu alte persoane în cadrul unui eveniment, presupune mai multe obiecte și persoane aflate în diverse relații reciproce și cu subiectul. Esențialul percepției constă în acest caz în *semnificația situației* pentru subiect, centrată pe un aspect al acesteia. În raport cu o situație ce se derulează, subiectul poate realiza mai multe decupări formale și de semnificație, abordând fenomenul din variate perspective și decupându-l dintr-o desfășurare temporală mai amplă. Subiectul este unul din centrele câmpului perceptiv, celălalt fiind semnificația evenimentului pentru el. Perceperea unei situații presupune o coerență centrală a unei ordini ierarhice; el apare ca o structură organizată; prăbușirea acestei structuri induce simptomele de referință, în care subiectul e asaltat de semnificații neclare.

În capitolul tulburărilor perceptivă din psihoze în mod tradițional sunt comentate halucinațiile (Nota 1). DSM 5, păstrează această tradiție incluzând halucinațiile între cele cinci arii semiologice care circumscriu psihoza. Halucinația este definită în acest manual ca o: „trăire de tip perceptiv ce are loc în lipsa unor stimuli externi; ea este vie și clară la fel ca și percepția și nu e sub controlul voinței”. Deci, halucinația e doar o trăire „de tip perceptiv” ea nereferindu-se la integrarea informațiilor actuale – recepționate „online” și venite din lumea exterioară. Halucinația are de fapt mai mult caracteristici reprezentative, dublând perceperea realității actuale cu care poate interfera mai mult sau mai puțin. Halucinațiile susțin de obicei argumentativ scenariul metareprezentational al delirului, de care sunt atașate. Doar „halucinațiile funcționale” sunt mai corelate cu datele actuale, ele apărând pe fondul unor informații senzoriale nestructurate (e.g.: când cântă o pasăre, subiectul aude voci care îl condamnă; sau, când mai multe persoane discută între ele ceva, vorbe pe care subiectul nu are cum să le distingă clar, el totuși „aude”, halucinator că acestea vorbesc nefavorabil despre el). În același sens halucinațiile vizuale se pot corela cu „paraeidolia”, care constă în structurarea perceptivă pregnantă a unor percepții imagistice vagi, precum cea a norilor. În domeniul gustului uneori e dificil a se face această diferență; și la fel în zona practic nestructurată a senzațiilor cenestezice și kinestezice. În aceste ultime cazuri, deseori subiectul descrie trăirile sale senzoriale anormale prin metafore sau folosind expresia: „ca și cum...”. Faptul se întâlnește frecvent în cazul trăirilor de tip depersonalizant.

TULBURĂRI PERCEPTIVE NEHALUCINATORII ÎN PSIHOZE

Între tulburările perceptivă nehalucinatorii din psihoze se pot menționa:

- modificări ale intensității și pregnanței senzorială perceptivă întâlnite mai ales în manie și depresie;
- tulburări ale conturului, mărimii și formei obiectelor, ale raportului figură fond, întâlnite uneori în schizofrenie și intoxicații cu substanțe psihoactive;
- deficiențe în claritatea și identificarea lucrurilor percepute;
- sentimentul nefamiliarității cu lucruri și situații cunoscute;
- iluziile, ce constau în percepții deformate și în identificarea incorectă a unor date informative. Cea mai importantă tulburare perceptivă nehalucinatorie în psihoze este însă „percepția reliefată” („saliency”), ce constă din atenția specială acordată unor detalii decontextualizate ce sunt suprasemnificate.

Iluziile, ca identificări imprecise sau deformate, pot participa la dezvoltarea sau întreținerea unor deliruri. De exemplu un subiect cu delir de gelozie identifică greșit o persoană ce intră într-o casă, confundând-o cu soția sa; fapt ce-i potențează convingerea delirantă. În joc poate fi un cerc vicios. Preocuparea excesivă cu o temă, orientează atenția subiectului în selecția informațiilor și în semnificația care le-o dă. Tulburarea perceptivă ce se instituie astfel, potențează la rândul ei convingerea anormală. O persoană preocupată de dismorfism poate să se examineze atent și persistent în oglindă descoperind detalii cărora le acordă semnificație deosebită în

argumentarea sa delirantă. Hipersemnificarea unor detalii decontextualizate se integrează însă uneori direct în orbita delirantă. Astfel, o durere digestivă persistentă poate amplifica credința pacientului în faptul că a fost otrăvit.

Experiența „salience” trimite la clasicul fenomen al interpretării delirante comentat de psihiatria franceză în marginea delirului de interpretare descris la începutul secolului XX, care pleacă de la iluzii sau astfel de detalii scoase din context. O persoană cu tematică delirantă de gelozie poate selecta din manifestările partenerei sale în societate mici detalii, – e.g. faptul că a răspuns la un salut, a râs la o glumă etc. – pe care le abordează rupte din context, dându-le o semnificație de infidelitate. Acest proces se produce și la cei cu delir senzitiv de relație care se simt în centrul atenției altora, priviți cu insistență de aceștia. În viața curentă fiecare om ajunge să privească situațional, fugitiv, pe cei din jur, pentru a aprecia situația. Faptul de a fi privit este deci natural. Cel angajat în direcția delirului, prin dispoziția sa de „centralitate”, poate însă suprasemnifica orice privire și se adresează (Nota 2).

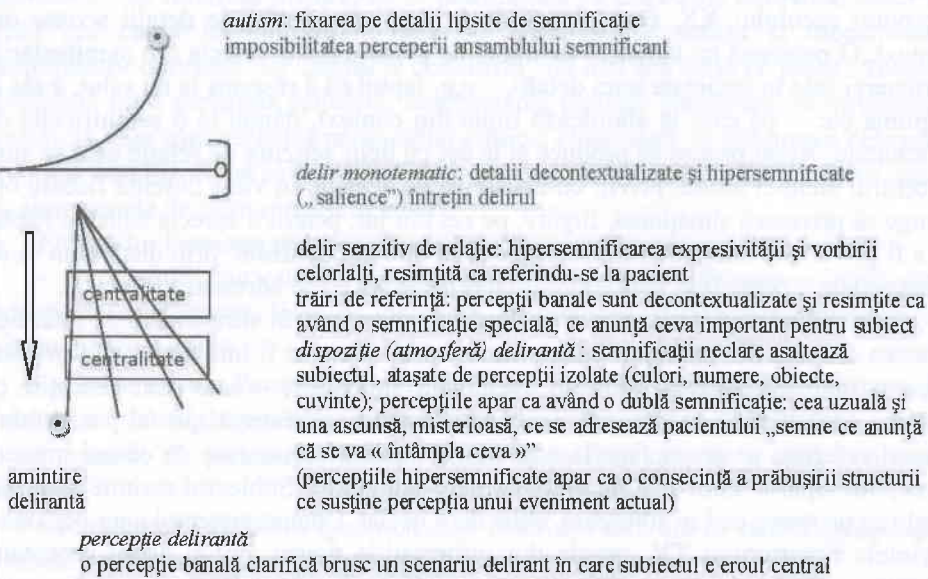
Semnificarea particulară a unor detalii se manifestă în simptomele de referință. Acestea constau din percepții banale sau neutre – cum ar fi întâlnirea unui prieten, trecerea unei mașini a poliției, un eveniment atmosferic – care sunt resimțite ca având o semnificație particulară, neobișnuită, ce și se adresează special pacientului. Uneori referința se poate face la aspecte ale realității date care de obicei nu sunt percepute separat, cum ar fi anumite numere sau culori. Subiectul resimte astfel de detalii ca un mesaj ce și se adresează, chiar dacă neclar. Comportamentul unor persoane, cuvintele reporterului TV, pasaje din informațiile presei, pot fi astfel receptate, uneori ca având o dublă semnificație, una publică, alta specială, misterioasă, pentru el. Unele detalii perceptiv pot fi interpretate ca semnale dintr-un scenariu persecutor; sau, ca mesaje divine. În toate aceste cazuri rolul principal îl are semnificația de referință, corelată sentimentului de „centralitate”, ansamblul celor ce se întâmplă părând a avea o relație cu subiectul. Distorsiunea trăirii semnificațiilor evoluează în paralel cu perceperea detaliilor decontextualizate, dezinserate din situații firești și cu sens. Faptul trimite la o tulburare formală a percepției situației actuale, ca o realitate structurată pe mai multe planuri temporale și de semnificație. Un echivalent simplificat al acestui deficit se întâlnește în autism (**Chenar 42**).

În autism a fost descrisă perturbarea unei funcții de sinteză, a „coerenței centrale” (C.C.). Aceasta realizează selecția și ordonarea ierarhică a informațiilor astfel încât subiectul să realizeze configurarea unui ansamblu structurat și semnificant, ce se detașează pe un fundal accesibil. Deficitul funcției c.c. în autism conduce la dificultatea de percepere a ansamblurilor (a detașării figurii de fond) cu intoleranță la schimbare și atenție crescută acordată detaliilor. Corelat se mai dezvoltă stereotipii și reducerea intereselor. Atenția crescută acordată detaliilor nu se însoțește însă în acest caz de nici o hipersemnificare.

Hipersemnificarea detaliilor este un simptom important în schizofrenia paranoidă, în caracterizarea dispoziției delirante a delirului primar. În acest caz predomină tulburarea tematică, cea formală fiind în plan secund.

Trimiterea la perturbarea funcției coerenței centrale e însă importantă deoarece ea atrage atenția asupra deficienței de percepere a ansamblului situațional și de plasare a integrării acestuia în dinamica preocupărilor și proiectelor subiectului.

Tulburarea percepției semnificațiilor în psihoză (delir)



HALUCINAȚIILE VIZUALE ȘI CELE AUDIOVERBALE

Tulburările halucinator delirante „de tip perceptiv”, nu pot fi comentate doar la nivelul sintezei periferice a informației venite din mediul extracorporal. Ele se cer înțelese ca aspecte a trăirii de către subiect a unui eveniment sau a unei situații ce se proiectează și se desfășoară în plan metareprezentational, pe scena specială a delirului. Adică, a derulării unui scenariu aberant în care pacientul joacă rolul principal, în desfășurarea căruia trăirile halucinatorii sunt integrate. Prezența halucinațiilor nu înlocuiește, în cazul patologiei delirante, percepția până la un punct adecvată și adevărată a lumii exterioare care înconjoară subiectul la un moment dat; chiar dacă, elementele lumii pot fi interpretate în mod aberant în corelație cu convingerea delirantă. Substituirea majoră prin trăiri de tip halucinator a datelor ambianței are loc în cazurile de delirium – stări confuzo-onirice – când vigilitatea este redusă și funcționarea psihismului preia modelul somnului cu vise. Există desigur și trăiri de tip halucinator ce nu sunt integrate în deliruri. Acestea, denumite „halucinoze”, sunt observate și comentate lucid de către subiect, având de obicei un suport într-o patologie neurologică sau organic senzorială periferică. În DSM-IV-TR ele sunt menționate ca nepsihotice (Chenar 43).

Halucinațiile cele mai importante din psihoze sunt cele ce se referă la arii senzoriale conectate efectiv cu spațiul lumii exterioare în care sunt proiectate: cele audio verbale și cele vizuale. Halucinații gustative, ce presupun contactul cu mucoasa lingvală și cele olfactive, se întâlnesc încorporate în deliruri, mai ales cu temă de otrăvire; iar cele tactile în unele deliruri speciale ca cel dermatozic. Unele halucinații kinestezice și ale zonei sexuale sunt și ele integrate în deliruri.

Chenar 43

Halucinozele

În neurologie și alte afecțiuni organice, predominant oftalmologice s-au identificat tulburări de tip halucinator, a căror cauză organică este evidentă; și care sunt constatate de subiect ca un fenomen obiectiv, pe care nu-l asimilează ca parte integrantă a trăirilor strict personale. Se pot menționa:

Halucinații vizuale ce pot apărea prin afectarea lezională a căilor vizuale retrochiasmatiche, fapt ce conduce la hemianopsie. În urma unor infarcte occipitale pot apărea fosfeme, imagini geometrice, dar și imagini complexe, statice sau animate, care nu corespund unor amintiri vizuale. În leziunile trunchiului cerebral apare clasică „halucinoză pedunculară”: subiectul vede personaje, animale ce se deplasează într-un spectru vizual colorat, care ocupă ansamblul câmpului vizual și pe care le critică, asistând la ele ca la un spectacol.

În deficitul auditiv periferic, în otopatii, la vârsta adultă, pot apărea halucinații auditive unilaterale, mai ales muzicale. Pe fondul unei surdități achiziționate apar melodii stereotipe ce nu pot fi oprite, acestea perturbând somnul; uneori sunt precedate de acufeme.

Sindromul Charles Bonnet constă în apariția la o persoană în vârstă, cu o stare mentală normală, a unor trăiri de tip halucinator vizual, variate și criticate, corelate de obicei cu unele probleme oculare. Imaginile sunt colorate, animate, nu sunt stereotipe, cu posibile deformări formale, inserate în ambianța reală. Fenomenul se interpretează ca o dezinhibare centrală a ariilor vizuale extrastriale, prin reducerea aferenței informative.

Crizele de epilepsie sunt însoțite uneori de fenomene halucinatorii. În epilepsia parțială pot apărea halucinații gustative și olfactive, mai ales dacă localizarea focarului este în hipocamp și parietal. Mai rar, când e cuprinsă zona parieto-temporală, apar halucinații complexe: animale, personaje, scene. Fețele nu sunt de obicei identificate iar manifestările sunt stereotipe. Halucinațiile auditive sunt nelateralizate, resimțite în interiorul capului sub formă de muzică, zgomote, cuvinte, fraze, melodii, conversații. Toate fenomenele se manifestă paroxistic, durează puțin și se repetă identic.

Resimțirea anormală a schemei corporale și a senzațiilor interoceptive sunt de obicei încadrate în sindromul de depersonalizare, putând fi și ele incluse în deliruri, mai ales în schizofrenie.

Încă de la începutul comentării halucinațiilor în secolul XIX, cele vizuale au fost parțial distincte de cele verbale. Tradiția le invocă sub forma „viziunilor” mistice. Apoi, psihopatologia descriptivă s-a interesat de similitudinea dintre acestea și vis, în cadrul stărilor confuzo-onirice (de delirium) frecvente în suferințele organice generale și cerebrale și în stările toxice. Moreau de Tours a dezvoltat la mijlocul secolului XIX o întregă doctrină privitor la asemănarea dintre patologia halucinator delirantă și disoluția oneiroidă a psihismului, invocând și trăiri particulare în urma ingestiei de substanțe psihoactive ca hașișul și opiumul. Halucinații de tip vizual au mai fost descrise în psihozele isterice în contextul identificării subiectului cu trăiri imaginative pregnante. De asemenea, instituționalizarea, prin deprivarea informativă și de activitate, favorizează trăirile halucinatorii vizuale. Faptul s-a demonstrat și prin

experiențele de deprivare senzorială făcute la mijlocul secolului trecut. Toate aceste condiții s-au redus foarte mult către sfârșitul secolului XX.

În aceste condiții halucinațiile vizuale se întâlnesc mai rar în prezent în psihoze. Literatura le consideră mai frecvente în delirurile cu tematică religioasă. De asemenea, ele se întâlnesc în delirurile persistente ce apar la persoane cu capacități imaginative crescute, mai ales în contextul unei simptomatologii din aria tulburărilor disociative, inclusiv trăiri de depersonalizare/derealizare disociativă. Halucinațiile vizuale sunt destul de frecvente în stările psihotice din tulburările neurodegenerative unde patogeneza lor se întretese cu cea a tulburărilor de tip halucinoză. Se apreciază (Waters *et al.*, 2014) că ele se întâlnesc în proporție de 27% în schizofrenie, 15% în psihozele afective și 7,3% în populația generală.

Cazuistică

Halucinații vizuale și depersonalizare disociativă psihotică

Caz 25/2006

O femeie de 40 ani se internează (2006) cu o stare de mutism și un tablou halucinator delirant. Este de mai mult timp tratată pentru episoade depresive, inițial subclinice și apoi cu depresie majoră, personalitatea fiind etichetată ca histrionic dependentă. Cu ocazia internării comunică inițial doar în scris, notând: „nevorbitul nu e din gât ci din cap, acolo e un piticuț care nu-mi dă pace...nu mă lasă să vorbesc, parcă aș fi băgată într-o gelatină din care nu mai pot ieși... totul în jurul meu e un vis... plutesc, picioarele nu-mi ating pământul... valuri de apă trec peste mine și sunt albastre... oamenii sunt transparenți...totul mi-e confuz... capul îmi este tulbure. nu mai știu să leg sunetele... să spun un cuvânt...”. Peste câteva zile scrie: „piticul a plecat... dar a lăsat un gol în mintea mea, *un gol imens*... cu ce o să se umple?... cu cuvinte, cred... în curând am să vorbesc și domnul doctor se va bucura... numai că din gelatină încă nu am ieșit...”

În text se mai regăsesc idei senzitiv relaționale și de ostilitate din partea altora, La un an după remisiune (2007), după un eveniment de viață (decesul unei rude) reapare mutismul. Trăirile pacientei, scrise și apoi comunicate verbal, sunt mai bogate intervenind mai multe halucinații vizuale și auditive. Piticul din cap reapare: „îl am în ceafă, în partea dreaptă și-mi impune când să mănânc și când nu, când să stau în pat și când jos...”. Afirmă că în baie, când face duș apare un om de gelatină cu pantaloni albaștri care iese din pereți și îi cere imperios să asiste... ea i-a dat voie cu condiția să n-o atingă...totuși el îi pune mâna pe umăr, pe burtă, o împinge afară, uneori vrea să o înece. Ulterior, acest om din baie rămâne o tematică halucinatorie persistentă (până în prezent, 2015), îi vede umbra, ochii pe tavan.

Cu ocazia frecventelor reinternări ulterioare pacienta relatează variate halucinații vizuale: „... jumătăți de oameni pe deasupra ușii... un șarpe mare ce-i așine calea – sau iese dintr-o carte, i se încolățește în jurul picioarelor și nu o lasă să meargă, îi intră în ochi... vede două mâini păroase, negre, cu unghii lungi, întinse spre ea să o prindă... vede o oglindă mare în care apare o pădure în stânga și în dreapta o pată mare de sânge... vede oameni ce se plimbă prin camera ei, un bibelou sub formă de clovn se uită la ea și-i spune că e urâtă... descrie trăiri din seria depersonalizare/derealizare: obiectele se fac când mai mari când mai mici... ea se face mică și ar putea intra sub aragaz... prezintă uneori și stări dromomane disociative urmate de amnezie. Simptomatologia e constantă în ultimii 9 ani.

Comentariu: Simptomatologia halucinator delirantă apare la o personalitate histrionic dependentă, cu multiple psihotraume în biografie, începând din mica copilărie. Sunt prezente simptome din serie disociativă: depersonalizare, conversie somatică (mutism) amnezie dromomană; imaginarul bogat susține halucinații predominant vizuale, care, deși au conținut relațional, nu se exprimă într-o modalitate paranoidă clasică; halucinații auditive, imperative și comentative sunt în plan secundar și corelate cu cele vizuale. Cazul poate fi comentat din perspectiva unei tulburări delirante (halucinatorii) persistente de model disociativ (în sensul tradiționalei psihoze histerice).

Halucinațiile auditive, care sunt cele mai importante în psihoze, pot fi neverbale sau verbale. Primele, ca zgomote sau melodii, au o importanță mai redusă. Halucinațiile verbale se corelează pe de o parte cu fluxul ideativ, motiv pentru care sunt denumite și ideo-verbale. Pe de altă parte, ele evocă universul relaționărilor interpersonale, fiind prezente mai ales în delirul paranoid. Nu trebuie ignorat faptul că dezvoltarea ontogenetică se realizează de la început, din perioada de sugar, în mediu lingvistic; iar relațiile interpersonale atașează constant comunicării nonverbale și pe cea verbală. Totuși, în spațiul vieții intime, a relației cu mama, cu familia și cu persoanele apropiate, comunicarea se face predominant prin expresivitatea non-verbală. Comunicarea verbală predomină în spațiul public și în raport cu persoanele oficiale sau străine. De aceea halucinațiile ideo-verbale au predominant un caracter xenopatic, de relaționare cu cineva mai îndepărtat sau străin.

Halucinațiile ideo-verbale sunt comentate în ultimul timp din perspectiva – și sub sintagma – „oamenilor ce aud voci”. Acest fenomen este considerat ca răspândit în populația generală, o mare parte din persoanele ce aud voci neprezentând tulburări psihice diagnosticabile care să necesite tratament. În noiembrie 2013 s-a ținut la Melbourne – Australia Congresul Mondial al celor ce aud voci, prevalența acestora în populația generală fiind evaluată la aproximativ 13,2%. S-au studiat și reliefat particularități dintre cei ce aud voci și au nevoie de tratament și a celor ce nu au nevoie (Johns *et al.*, 2014). Faptul de a auzi voci e un fenomen complex care depinde de cultură, angajare spirituală, particularități personale, conjuncturale, stări malade diverse, astfel încât nu toate cazurile sunt încadrabile în psihoze. Halucinațiile auditive care interesează acum sunt cele care se înscriu pe „orbita psihotică”. Articularea lor temporală cu delirul e considerată următoarea (Bentall, 2014): în 19,5% delirul precede halucinațiile cu cel puțin o lună; în 16,4% halucinațiile preced delirul; în 45,9% ele apar împreună; în 18,2% se întâlnește în delir.

Halucinațiile audio-verbale pot fi apelative, adresându-se subiectului pe nume; sau injurioase, amenințătoare, acuzative. Ele mai pot fi imperative, recomandând sau comandând pacientului să facă anumite acte, dirijându-l. Uneori ele îndeamnă sau poruncesc acte agresive, ca lovirea sau omorârea cuiva; sau sinuciderea. Halucinațiile imperative se cer diferențiate de controlul voinței și sentimentul de dirijare, de impunere a actelor din SPR. Halucinațiile comentative constau din două sau mai multe voci, care discută între ele despre pacient. Fie evaluându-l ca și persoană, caracter, valoare; fie comentând actele ce le face, intențiile și gândurile ce îi vin în minte. Mai rar vocile discută între ele neclar, ca o „rumoare”. De cele mai multe ori însă, sentimentul pacientului este că aceste conversații se referă la el.

S-a propus ca halucinațiile audio-verbale să fie interpretate din perspectiva „limbajului interior”, care ar fi proiectat în poziția perceptivă a obiectivității spațiului exterior, opus interiorității spațiului psihic subiectiv. Se ridică astfel problema diferențierii între cele două spații ale psihismului conștient, temă ce în prezent e comentată pornind de la problematica „corpului trăit” și a delimitării ce o instituie schema corporală. Interpretarea halucinațiilor auditive ca o exteriorizare cvasiperceptivă a limbajului interior se cere comentată ținându-se seama de parametrii pe care acesta îi implică.

Cazuistică

Trăiri delirante, halucinatorii, percepții reliefate (hipersemnificate), SPR, depersonalizare

Caz 26. 246/1988

O femeie de 30 ani, 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, „vede semne cerești” care-i cresc anxietatea; prezintă și alte percepții referențiale, de exemplu culoarea roșie „o lună mare, roșie cu o coadă de fum”; evenimentele din jur, în calitate de semne cerești ce i se adresează; o angrenează în lupta cu forțele răului, cu Satana, ea fiind sprijinită de „Dumnezeu”.

Comentariu: tulburările perceptiv se referă predominant la semnificația unor percepții reliefate, interpretate ca semne cerești.

Caz 27. 1086/1999

O femeie de 31 ani dezvoltă în decurs de câteva luni un tablou psihopatologic care constă din:

- interpretări delirante multiple: exemplu, pornind de la anumite detalii anatomice concluzionează că prietenul său este homosexual;
- oamenii au cearcăne în consecință sunt morți: *a văzut o anumită configurație a norilor pe cer, în formă de „T” sau cruce; de unde ă 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 transparentă 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 venesectie.

Comentariu: psihoza are o simptomatologie complexă, delirantă, cu SPR (transmiterea gândirii), halucinații auditive, olfactive dar și percepții cu semnificație specială (forma norilor), interpretate ca anunț al sfârșitului lumii.



Caz 28. 1473/2000

Un bărbat de 36 ani dezvoltă în câteva luni (1999) o retragere socială cu suspiciune, tulburări de somn, halucinații auditive: „*aud 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... «vocale» 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*”.

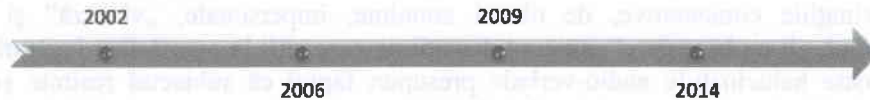
Comentariu: Vocile se constituie pentru pacient în instanța unui personaj care-l posedează, din interiorul minții, îi cunoaște gândurile și îi introduce gânduri noi, îl dirijează.



Caz 29. 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-i aparțin referitoare la moarte, *aude tot felul de lucruri: lătrat de câine, plâns de copil, cântare preoțească, vocile părinților și rudelor care discută despre moartea sa și vorbesc despre ea*; dispoziție depresivă cu vagă ideație suicidară... 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 speciale printr-un film, colegele de salon se uită ciudat la ea... nu știe ce se întâmplă”.

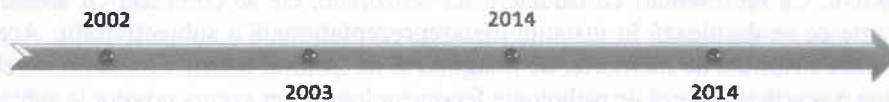
Comentariu: Halucinațiile auditive sunt resimțite ca variate, inclusiv ca voci ale părinților și rudelor ce discută despre pacientă și moartea sa; prezintă sentiment depersonalizant psihotic de schimbare și nefamiliaritate cu sine, de neînțelegere a situației.



Caz 30. 1387/2002

Un bărbat de 27 ani, necăsătorit dezvoltă în mod insidios în urmă cu 2 ani o stare psihotică: 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, pentru că mîncarea *mirosea urât (miros de cadavru, gust de iarbă, de pământ)*; refuză 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 de când 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*).

Comentariu: Halucinațiile olfactive se conjugă cu delirul de otrăvire; dar prezintă și convingerea de substituire a mamei și de semnificație specială a unor simboluri, cu aluzie referențială. Patologia perceptivă implică receptarea neobișnuită a semnificațiilor, ca în delirul primar; depersonalizarea psihotică.



Caz 31. 1438/2003

Un bărbat de 35 ani dezvoltă în 2 luni (2003) o stare psihotică caracterizată prin: halucinații auditive nonverbale (*aude câini lătrând, fanfare*), vizuale (*vede flori*), olfactive (*miros ciudat*); se simte controlat: „*cineva îi citește gândurile ca să-i spună soției ce face*”; îi este teamă să nu înnebunească și să-i facă ceva rău copilului; în 2007 un episod similar cu halucinații auditive comentative.

Comentariu: Sunt prezente halucinații auditive nonverbale, vizuale, olfactive, transparența gândirii, resimțite ca fenomene anormale cu „frica de a nu înnebuni”.



Halucinațiile audio-verbale sunt distincte de fenomenul „sonorizării gândirii”, care apare în continuitatea ecoului gândirii, considerat ca tulburare formală a cursului ideativ. Subiectul poate considera că, de vreme ce el își aude propriile gânduri, e posibil ca ele să fie auzite și cunoscute și de alții. Dar în acest caz nu suntem în fața unui fenomen propriu-zis relațional. În cazul halucinațiilor apelative și imperative, subiectul resimte o raportare directă față de alții, care i se adresează. Vocile care-i vorbesc sunt „personalizate”. Ele sunt efectiv personajele ce participă direct la derularea scenariului delirant. Aceasta, chiar și dacă pot fi clar identificate ca aparținând cuiva, și dacă identificarea e aproximativă sau trimite la personaje anonime. Vocile pot fi uneori sfătuitoare, alteori dau îndemnuri și sugestii. Poate fi auzită în acest sens și vocea lui Dumnezeu, a Fecioarei Maria sau a diavolului. Halucinațiile comentative, de obicei anonime, impersonale, „vizează” și ele subiectul, „îl au în vedere”, nu sunt discuții pe care alții le poartă fără legătură cu el. Toate halucinațiile audio-verbale presupun faptul că subiectul resimte și își reprezintă existența altor persoane în relația acestora cu el.

Faptul se corelează cu reprezentarea delirantă a prezenței altor persoane în instanța metareprezentatională a propriului psihism. În concluzie, dacă halucinațiile auditive reprezintă o exteriorizare a unei raportări lingvistice intrapsihice la o alteritate, ele presupun evident o prezență a altora în interiorul propriului psihism.

SPAȚIUL INTERN AL SUBIECTIVITĂȚII ȘI CEL EXTERIOR AL LUMII ÎNCONJURĂTOARE. EXCURS DESPRE CONȘTIINȚA ÎNCORPORATĂ ȘI CURSUL IDEATIV

Halucinațiile sunt „trăiri de tip perceptiv” care pornesc din interioritatea subiectivă. Ca reprezentări cu caracteristici senzoriale, ele se corelează cu scenariile delirante ce se derulează în instanța metareprezentatională a subiectivității. Aceste trăiri sunt susținute de memorie, de imaginar și de „simțul intern”. La acest nivel se impune o scurtă paranteză de psihologie fenomenologică, un excurs privitor la subiectivitatea temporală a conștiinței încorporate, raportată la exterioritatea spațială a lumii.

Imaginația – fantasia – a fost introdusă în psihologie de Aristotel, fiind cultivată de întreaga psihologie antică, până la stoici. Apoi, în cadrul psihologiei teoretice a Europei, ea s-a corelat strâns cu „simțul intern” al temporalității, ajungând să joace un rol esențial în concepția lui Kant privitoare la intelectul și rațiunea umană. În viziunea kantiană, imaginarul, strâns întretesut cu simțul intern al temporalității, este cel prin intermediul căruia sinteza apriorică a apercepției, conduce datele senzoriale spre constituirea, cu ajutorul categoriilor, a fenomenelor lumii umane. Imaginarul nu e însă doar reproductiv ci și creator. Împreună cu simțul intern al temporalității el caracterizează, în primă instanță, dimensiunea subiectivă a psihismului uman conștient, identitatea duratei sale intime, biografico-caracterială. Aceasta e distinctă de dimensiunea spațial exterioară a realității ambientale, care e susținută de simțul extern, asupra căruia a insistat Descartes. Delimitarea bazală între zona

spațiului extern al lumii înconjurătoare și zona subiectivității, susținută de simțul intern, e în prezent pusă pe seama „schemei corporale”, funcție neuropsihică ce delimitează resimțirea interiorului corporalității de exteriorul ambianței, stând la baza „imaginii corporale” (Lhermitte, 1939; Cash, 2002). Propriul psihism al persoanei conștiente este „încorporat” (*embodied*) (Matteus, 2007). În exterioritatea lumii ambientale se plasează însă și alți oameni care, la rândul lor, au propria „lume interioară a subiectivității”, încorporată și ea în propriul lor trup. Fenomenologia are astfel în vedere un univers intersubiectiv, asupra căruia a insistat Husserl. Acesta a fost edificat ulterior ca „intersubiectivitate intercorporeală” de Merleau-Ponty și urmași, acordându-i-se în prezent o importanță considerabilă în psihopatologie (Chenar 44).

Chenar 44

Corpul trăit

Atât în biologie cât și în lumea umană, psihismul are ca suport, ca loc de înrădăcinare și manifestare instrumentală corporalitatea, care se naște, se maturează și moare. Pe măsură ce sistemul nervos „central” se dezvoltă ontogenetic, el se impune ca „centru decizional” în prelucrarea informațiilor, aspect care pentru animalele superioare și pentru om e conceptualizat ca „sine” (self). Psihismul conștient al persoanei umane se formează și se manifestă într-un mediu socio-cultural, dimensionat prin limbajul narativ critic, prin norme și valori. Subiectivitatea conștientă a individului uman se relaționează constant cu alte persoane printr-un model „intersubiectiv-intercorporeal”.

Fiecare subiect, mai mult sau mai puțin conștient, își resimte propriul corp ca sediu al propriului psihism și ca instrument primar de acțiune. Orice acțiune efectorie sau comunicantă e realizată prin intermediul propriului corp, utilizat ca instrument. Cu ajutorul corpului subiectul umblă, manipulează, vorbește, scrie, privește, desenează, se roagă etc. Acțiunile astfel inițiate, care folosesc apoi un îndrumător socio-cultural, se desfășoară într-un spațiu ambiental, care începe la nivelul propriului corp, obiectele, percepțiile plasându-se la diverse distanțe accesibile în raport cu acesta. În acest „spațiu ambiental exterior” – în raport cu subiectivitatea conștientă, resimțită în interiorul corpului – se plasează și alte persoane, cu propriul lor psihism conștient, ce se pot raporta în mod variat la subiect, în cadrul evenimentelor și de-a lungul timpului. Raportările intersubiective intime realizează astfel o breșă în exterioritatea spațialității fizice, deoarece subiectul poate resimți o identificare cu celălalt, o „prezență” a acestuia în interioritatea psihismului său. O altă direcție în care această exterioritate spațială fizică capătă caracteristici particulare, este dimensiunea narativă a culturii, implicând autonarativitatea; spațiotemporalitatea se desfășoară la acest nivel după alte reguli.

În interiorul limitelor corporale subiectul resimte durerea și diverse senzații legate de instinctualitate (foame, greață, arousal-ul sexual). Dar tot în spațiul psihic interior, pentru care interioritatea corpului e un model, e plasată mintea și sufletul său, dorințele și intențiile sale, psihismul, sinele său propriu. „Sinele încorporat” este resimțit ca locul, ca toposul de referință din care subiectul resimte că iau naștere gândurile și intențiile sale, locul în care el plasează trăirile intime, care consideră că îi aparțin, că „sunt ale sale”.

Caracteristica subiectiv conștientă a psihismului uman e completată de capacitatea sa imaginativ autoreprezentativă, care mediază între receptarea perceptivă directă a informațiilor situaționale și datele memoriei biografice și nominale. La nivelul instanței metareprezentative subiectul poate opera pe modele probabiliste ale evenimentelor percepute și le poate sintetiza narativ, asimilându-le astfel în memorie (Nota 3).

Pe baza caracteristicilor menționate mai sus, „lumea spațial exterioară” la care un subiect se raportează poate deveni mai diferențiată. Alte persoane, percepute în spațiul înconjurător, nu apar ca simple obiecte manipulabile; ci ca realități care au propriul lor psihism subiectiv, prin care se pot raporta intențional variat la subiect. În plus, ținându-se cont și de parametrii culturali ai spațiului, acestea se pot plasa la o distanță psihologică mare – oficială, publică – sau pot fi apropiați de intimitatea subiectului, până la interpătrundere. Subiectul poate resimți – „percepe” – că el e prezent în mintea și sufletul altora; la fel cum alții sunt prezenți în psihismul său (Chenar 33, 34).

Dimensiunea metareprezentativă a psihismului conștient, structurată prin limbajul comunitar, permite nu doar o actualizare reprezentativ narativă a evenimentelor la care subiectul a participat împreună cu alții; ci și corelarea acestora cu narativitatea culturală (e.g. din romane, filme, piese de teatru etc.). Acest aspect, care are în vedere un spațiu intermediar între cel intim subiectiv și cel exterior obiectiv, intervine și el în condiționarea halucinațiilor audio-vizuale.

În sfârșit, dimensiunea conștient metareprezentativă dă o caracteristică specială percepției de sine. Autopercepția este un fenomen continuu, bazat în primul rând pe informațiile ce sosesc neîntrerupt prin toate sistemele informative senzoriale. Autoperceperea se referă însă și la un continuu sentiment de centralitate, subiectul simțind că sinele său, localizat în „toposul” corpului propriu, este locul din care se nasc toate gândurile și intențiile sale în raport cu lumea din care face parte, locul în care el plasează trăirile ca „fiind ale sale”. Subiectivitatea conștientă este resimțită ca plasată și înrădăcinată în propriul corp. Sinele propriu este un sine înrădăcinat. În intimitatea sinelui său, subiectul se autoevaluează, își selectează și sintetizează amintirile, reprezentările, intențiile, ideile, se decide. În intimitatea subiectivității sale, subiectul poate să-și reprezinte evenimentele trăite, doar pentru sine. În plus, amintirile apar uneori în mintea sa și nesolicitate. Există un dinamism spontan, proiectiv al psihismului care, sprijinindu-se pe memorie, biografică și nominală generează și propune în mod continuu „ideație”. Faptul se concretizează în ceea ce psihologia și psihopatologia au numit „curs ideativ” sau „flux al conștiinței”. Pornind de la această spontaneitate și ofertă ideativă se desfășoară pseudohalucinațiile.

PSEUDOHALUCINAȚIILE

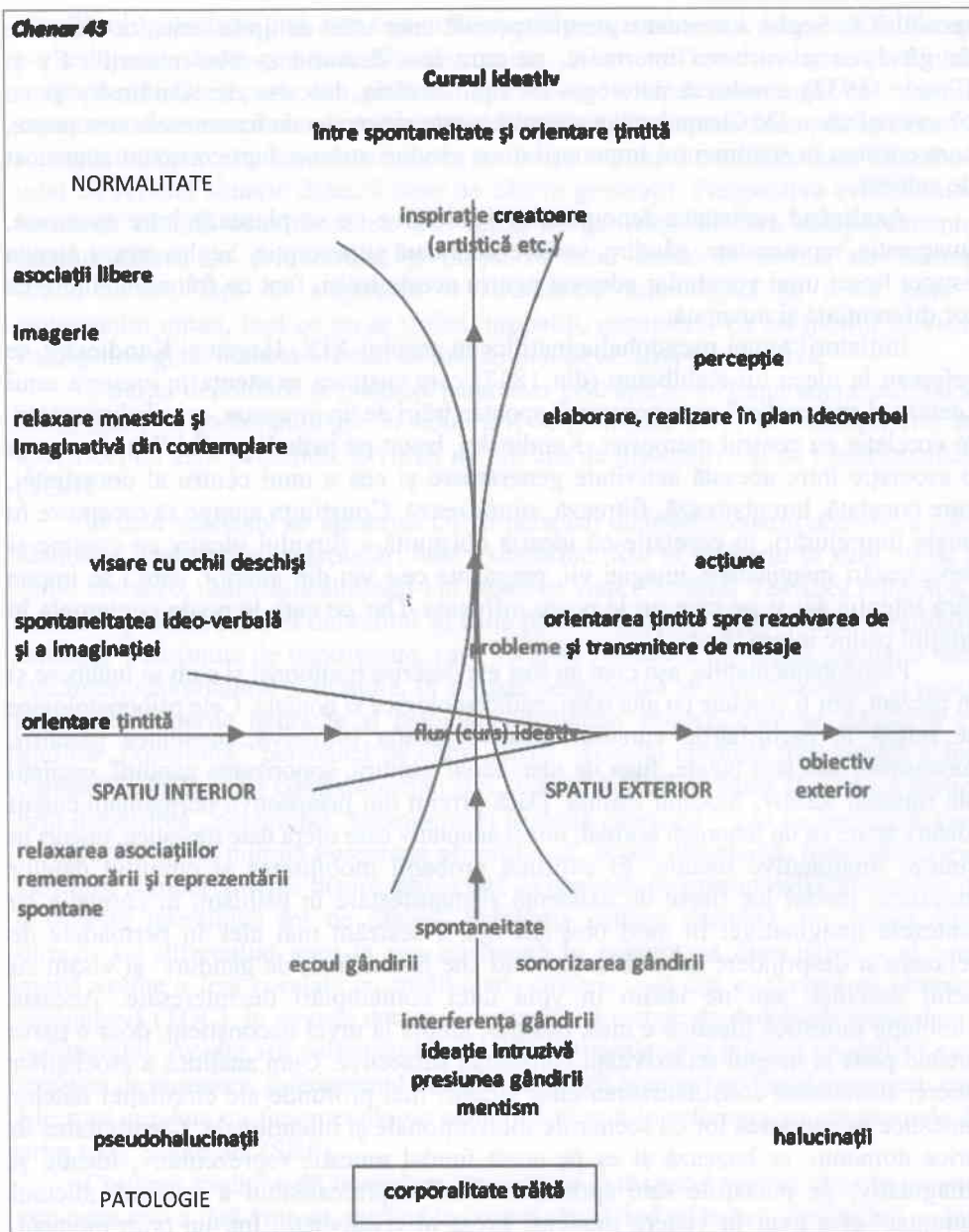
Sub denumirea de pseudohalucinații, medicul rus Kandinsky a descris trăiri asemănătoare halucinațiilor, dar care nu au caracterul de exterioritate perceptivă, e.g: voci care sunt auzite în cap sau care vin din stomac. El s-a bazat și pe propriile trăiri psihotice, descriindu-le ca având un caracter senzorial viu, fiind involuntare și criticate: „Imagini și cuvinte cu care mă pot distra”. Pseudohalucinațiile îi apăreau ca distincte de fenomenele de memorie, imaginație și percepție. Jaspers le apropie cel mai mult de reprezentări. Trăirile de tipul pseudohalucinațiilor sunt apropiate de cele descrise de Baillanger ca „halucinații psihice” (ideo-verbale) care se desfășoară „în spațiul interior”, fiind relativ independente de organele de simț. În

secolul XX, Seglas a acordat o atenție specială unor trăiri de tip halucinator apropiate de gândirea și vorbirea interioară, pe care le-a denumit „verbo-motorii”. Ey și Claude (1932) corelează patologia de tipul aceleia descrise de Kandinsky și cu obsesionalitatea. De Clerambault a apropiat aceste simptome de fenomenele xenopatice, care constau în sentimentul impunerii unor gânduri străine, fapt constatat și criticat de subiect.

Analizând varietatea fenomenelor subiective ce se plasează între memorie, imaginație, reprezentare, gândire, vorbire interioară și percepție, Seglas atrage atenția asupra lipsei unui vocabular adecvat pentru aceste trăiri, fapt ce frânează studierea lor diferențiată și nuanțată.

Inițiatorii temeii pseudohalucinațiilor în secolul XIX, Hagen și Kandinsky, se refereau la ideea lui Kahlbaum (din 1847) care susținea existența în creier a unui „centru al apercepției”, care generează spontan trăiri de tip imaginar, cvasihalucinatorii, în corelație cu centrul memoriei. Kandinsky, bazat pe psihologia lui Wundt, sugera o asociație între această activitate generatoare și cea a unui centru al conștiinței, care constată, înregistrează, filtrează, sintetizează. Conștiința ajunge să recepteze în unele împrejurări, în corelație cu ideea obișnuită a fluxului ideativ ce conține și reprezentări imaginative, imagini vii, pregnante ce-i vin din interior, care i se impun fără intenția sa; și pe care nu le poate influența. Dar pe care le poate contempla în spațiul psihic intern (Nota 4).

Pseudohalucinațiile, așa cum au fost ele descrise tradițional și cum se întâlnesc și în prezent, pot fi corelate cu alte trăiri, psihopatologice și normale. Cele psihopatologice se referă la perturbările cursului ideativ: ideea intruzivă, presiunea gândirii, mentismul, asociații bizare, fuga de idei, ecoul gândirii, sonorizarea gândirii, oscilații ale ritmului ideativ, blocajul mental. Dacă privim din perspectiva normalității, cursul ideativ apare ca un fenomen normal, util și adaptativ care oferă date mnestice, uneori în sinteze imaginative inedite. El exprimă probabil mobilitatea și circuitul datelor mnestice, modul lor firesc de existență și manifestare în psihism, în corelație cu sintezele imaginative. În mod obișnuit noi îl sesizăm mai ales în perioadele de relaxare și desprindere de ambianță, când „ne lăsăm furat de gânduri” și visăm cu ochii deschiși; sau ne lăsăm în voia unei contemplări dezinteresate. Această circulație mnestică ideatică e însă, desigur, amplă la nivel neconștient, doar o parte urcând până la nivelul reflexivității conștiinței subiective. Cura analitică a asociațiilor libere, stimulează conștientizarea unor straturi mai profunde ale circulației datelor mnestice în corelarea lor cu scenariile motivaționale și intenționale. Creativitatea în orice domeniu, se bazează și ea pe acest fundal mnestic reprezentativ, ideatic și imaginativ, pe pulsațiile sale spontane. Când suprarealismul a cultivat „dicteul automat” el a avut în vedere modelul firesc al creativității. Într-un prim moment, „inspirația” aduce în planul conștiinței conținuturi ideatico-imaginative originale, deseori cu caracteristici narrative. Cea de a doua fază constă din elaborarea, mai mult sau mai puțin conștientă a operei de artă, inclusiv a textelor narrative. Se face apel, de fapt, la cele două instanțe pe care le sesiza la nivel ideo-verbal și imaginativ simplu Kandinsky: generarea spontană de ideea și înregistrarea conștientă a fenomenului. În cazul creației artistice nu mai e vorba însă de simple pulsații ideatice sau imaginative ci de structuri formal tematice complexe (**Chenar 45**).



Dacă ne referim acum la viața cotidiană, se poate accepta că în fața unei situații sau a unei preocupări determinate, fluxul ideativ se deschide în direcția respectivă, punând la dispoziție o bază cât mai largă de informații interne ce pot fi accesate și selectate. Pornind de la acest nivel, dacă se trece în direcția unei acțiuni sau a unei realizări în plan ideo-verbal – așa cum e rezolvarea unei probleme sau transmiterea unui mesaj – fluxul ideativ intră în serviciul unor „funcții executive” orientate spre atingerea scopului.

Tulburările psihopatologice care se întâlnesc la nivelul cursului ideativ, sugerează deficiențe în selecția și integrarea datelor mnestic-imaginative circulante. Probabil atât la nivelul generării și accesibilității lor; cât și la nivelul filtrului ce operează în mod curent ordonarea lor ierarhică, actualizarea lor integrată în acțiune și creație, în sensul filtrului atențional și al „coerenței centrale” (capitolul 8).

Pseudohalucinațiile se află la interfața între tulburarea spontaneității ideative și configurarea trăirilor de tip perceptiv anormale pe care le realizează halucinațiile; toate integrate în scenariul delirant ce absoarbe subiectul.

NOTE

Nota 1

Halucinațiile au fost introduse în semiologia psihiatrică de Esquirol (1817), ca „percepții fără obiect” dar cu trimitere directă la tradiția „viziunilor”. El scrie că „halucinatul e un vizionar” (după Berrios, 1996). Baillarger, care reia tema halucinațiilor (1842) aduce în discuție asemănarea cu visul, cu stările hipnagogice, comentând însă și halucinațiile auditive, inclusiv „ecoul gândirii”. La Paris a avut loc o celebră dezbateră privitor la halucinații în 1855 la *Société Medico-Psychologique* (după Berrios, 2012), trimiterile fiind făcute la stările mistice și vis. La mijlocul secolului XIX Moreau des Tours comentează trăirile halucinatorii induse de hașiș într-un context cultural în care artiștii vremii, patronați de Theophile Gautier, experimentau opiul și hașișul pentru stimularea imaginarului creativ. În acest context ponderea halucinațiilor vizuale apărea importantă. Ea a rămas mare și în contextul culturii azilare din secolul XX, astfel încât Ey (1973) și-a încheiat cariera cu un voluminos tratat asupra halucinațiilor de peste 3 000 de pagini. Sfârșitul secolului XX a schimbat însă ambianța socio-culturală, nu doar prin dezinstituționalizarea bolnavilor psihici ci și prin dinamismul vieții cotidiene și mijloacele de informare mass-media. Halucinațiile vizuale sunt favorizate de contemplația și meditația secundară practicilor sacrale ritualizate; și de raportarea transsituațională la un univers mitic, fapt pe care-l induce credința. Precum și, de viața sedentară cu reduse schimbări în ambianță. Singura monografie privitoare la halucinații apărută recent Fenelon (2002) nu mai acordă o pondere importantă halucinațiilor vizuale și insistă asupra prezenței trăirilor de tip halucinator în diverse condiții medicale și situații de viață. Halucinațiile tind astfel să-și piardă ponderea și individualitatea în patologia psihotică, rămânând însă integrate în patologia centrată de universul delirant.

Nota 2

Fenomenul hipersemnificării percepțiilor decontextualizate – „saliency” – descris de Kapur (2003) este important nu doar pentru că are o bază demonstrată în patologia neurotransmisiei cerebrale, (dopaminergice), ci pentru că trimite spre „tulburările formale”. Prezența în autism a atenției crescute acordată detaliilor, ca expresie a deficitelor funcției coerenței centrale, poate fi integrată într-o tulburare formală de ordin general, cea a deficitelor unei „funcții generale a coerenței centrale”

(FGCC) ce vor fi comentate în capitolul 8. Acestea se referă la tulburarea de prelucrare și procesare a informației și a cuprinderii sale într-un tot coerent, structurat ierarhic în cadrul raportării unui subiect la un obiect, după parametri delimitării unui fenomen într-un context. O astfel de disfuncție poate fi prezentă nu doar în receptarea informațiilor externe – în varianta autistă și ca „saliency” – ci și în sinteza informațiilor căutate în memorie și a manifestării cursului ideativ. Pseudohalucinațiile, care se articulează de ansamblul tulburărilor formale ale cursului ideativ, pot fi expresia unui astfel de deficit. În cele din urmă tulburarea FGCC ar putea sta, în diverse modalități ale sale, și în spatele tulburării funcțiilor executive din obsesionalitate și a utilizării limbajului în tulburarea dezorganizării ideo-verbale (a se vedea capitolele 8 și 9).

Nota 3

Percepția presupune o partajare între interioritatea subiectivității și exterioritatea lumii ambientale, care e problematizată prin vizarea propriului corp și a altor persoane cunoscute. Aceste probleme au făcut obiectul preocupărilor fenomenologilor din ultimul timp. Privitor la propriul corp, funcționează de multe decenii distincția apărută inițial în psihopatologia germană între „Leib” – („corp trăit”, „live body”) și „Körper” – corpul biologic, obiect spațial și perceptibil în lumea exterioară. Această distincție a stat la baza comentariului lui Husserl (1994) privitor la intersubiectivitate, la întemeierea conștiinței altei persoane pe baza analogiei perceptive dintre corpurile fizice. Pornind de aici Merleau-Ponty (1999) a comentat „intersubiectivitatea intercorporeală” ținând cont de cercetările psihocerebrale configuraționiste din vremea sa. Această temă este în ultimii ani studiată de psihologia dezvoltamentală, pornind de la ideea lui Travesthen (2001) a inter-subiectivității primare dintre mamă și sugar, ce se manifestă înainte ca acesta să perceapă coerent imaginea mamei la 8 luni, când începe procesul de atașament. Deci, până când acesta nu și-a însușit limbajul și nu a ajuns să-și recunoască imaginea în oglindă. Cercetările lui Mundy (2006) și Tomaselli (1995) privitoare la comunicarea prin privire conjugată între sugar și mamă în primele 18 luni, dezvoltă această idee. Ele evidențiază primele etape din drumul prin care se ajunge la 3-4 ani, la capacitatea mentalizării (ToM). Copilul percepe acum o altă persoană pe care o privește, ca având o minte similară cu a sa; precum și intențiile și convingerile acesteia în raport cu situația dată. În perioada de 3-4 ani copilul folosește cu sens expresia de „eu”; iar psihanaliza a plasat constituirea „complexului Oedip” ce are la bază o reprezentare intrapsihică a relaționării de durată cu imagourile părinților, în cadrul unor raportări complexe. Datele psihologiei dezvoltamentale indică faptul că psihismul copilului se formează în permanentă interacțiune cu mama și cei apropiați. Practic el folosește matricea figurii și psihismului persoanelor de atașament, ca scheme pe care-și construiește propriul psihism. Capacitatea de imitare a unor aspecte expresive ale mamei se evidențiază din primele săptămâni, motiv pentru care (Gopnik și Meltzoff, 1997, 2005, 1998) au propus concepția Theory Theory ca suport al dezvoltării la 3 ani a ToM. Conform acesteia, folosindu-se și de capacitățile sale neuronale, copilul construiește din primul moment al dezvoltării

sale psihice extrauterine un model al lumii, centrat pe schema „eu-altul -lume”. Model care poate fi comparat cu o teorie științifică în formare, ce asimilează progresiv date într-o structură meta-reprezențială. Orice nouă achiziție dezvoltată experiențială și informațională, e inclusă în acest câmp teoretic structurat, ce e centrat de sine, în parteneriat cu imagoul matern. De fapt, cu schema unui alter ego. Posibilitatea perceperii celuilalt ca o realitate dotată cu subiectivitate, e complementară cu formarea propriului psihism. Acesta conține astfel, în însăși structura sa, o raportare la alteritate. Percepția celuilalt, a unei alte persoane, este din primul moment identificarea unei realități de tip uman, ce se impune ca partener accesibil, prin însăși structura constitutivă a psihismului. Pe acest fundal copilul ajunge treptat să se resimtă pe sine ca un eu autonom, solidar cu propriul corp; fapt pe care-l conștientizează la 3 ani. Situația acestei structurări psihice este blocată în autism.

Receptarea propriului corp, deci a „corpului trăit”, plasează subiectul în poziția „din care” se naște și se orientează intenția percepției. Fenomenologii disting între subiectivitatea „prereflexivă”, cea a „locusului”, propriului corp. Și, diferențierea ulterioară, supraordonată, a reflexivității sinelui intențional, ce se raportează după schema subiect-obiect la lumea ambientală. Acest nivel bazal ar fi deci cel al a unui „sine încorporat minimal și bază” (*embodied self*). Sinele minimal ca „ipseitate” este cel care asigură sentimentul apartenenței („meines”), trăirilor resimțite ca fiind ale sale și cel al agenției (sentimentul că propriile acțiuni emerg din sine). Pentru instanța sinelui minimal, neuropsihologii au găsit zone specifice de suport în encefal (Gallanger, 2005, 2007). Sass și Parnas susțin și o reflexivitate bazală, preexperiențială a ipseității. Alți autori (Mishara, 2014) acceptă însă ideea derivării reflexivității sinelui din raportarea relațională la alții, mediată de nivelul metareprezențial. De fapt, o raportare ne-narativă la alții e implicată oricum în sinele minimal, prin procesul constituirii sale, menționat mai sus. Suportul corporal al sinelui minimal, nu se suprapune cu schema și imaginea corporală, deși o implică. Asupra psihopatologiei corpului trăit în perspectiva distorsiunii spațiului și timpului resimțit a insistat în ultimul timp Fucs (2009, 2005, 2007).

Nota 4

Pseudohalucinațiile, definite ca trăiri de tip halucinator, adică având caracter senzorial și configurație dar fiind resimțite ca originate și plasate în spațiul interior al subiectivității, sunt distincte de trăirile din vis și trăirile oneiroide, ce se manifestă în contextul unei denivelări a vigilității conștiente. La acestea din urmă subiectul nu se raportează critic, observațional. Plasarea lor în interiorul spațiului propriului corp implică prezența referințelor esențiale privitoare la structura percepției lumii exterioare. Compararea lor cu reprezentările e firească; dar se impune acum un nivel suplimentar de pregnanță și detașare a subiectului. Din punct de vedere antropologic e semnificativă compararea lor cu „viziunile”, tip de trăire care nu a mai fost familiară oamenilor din lumea modernă. Din acest punct de vedere un interes deosebit îl reprezintă viziunile ce le-a trăit și comentat Jung, (1964) în prima perioadă a vieții sale și care au stat la baza concepției sale psihoantropologice și psihopatologice. Jung, ca psihiatru, a fost atent la trăirile spontane ce l-au invadat în perioada 1913–1919 sub formă de scene în care erau

prezente și personaje, cu care a intrat într-un fel de relație interioară și dialog. Nu a fost vorba de pseudohalucinații simple, dată fiind complexitatea și coerența lor semnificativă. Precum și relaționarea cvasinormală a lui Jung cu acest material imagistic, ce se impune din interior. Experiența sa e importantă pentru conturare instanței psihice mnestic biografice care e și depozitarea unor structuri arhetipale, derivate din narativitatea mitică a culturii. Întreg acest fond ideatic imagistic pulsează dinspre inconștient, fiind sesizat de conștiință la nivelul său superficial, ca și curs ideativ. În cazul persoanelor cu capacități creatoare – romancieri, dramaturgi, artiști plastici, etc. – materialul este folosit în elaborarea operelor de artă. În concluzie, spontaneitatea manifestării fundalului psihic biografico-arhetipal, ce e resimțit în normalitate doar ca și flux al conștiinței, iar în patologie se afirmă ca și tulburări formale ale cursului ideatic, – poate să erupă ca și act creator artistic. Dar, acest fapt se poate petrece numai în măsura în care identitatea biografică e cuprinsă într-o structură formală a coerenței și sintezei.

Nota 5

Perceperea unui obiect individual este o situație limită a fenomenului perceptiv dar care se cere reținută, deparece trimite la suportul de realitate independentă de subiect a lumii percepute. Obiectele individuale trimit la „extensiunea” și „intensiunea” conceptuală din care fac parte, precum și la unicitatea lor ca temă a „unicului”, având și o arie problematică specifică, mai ales în ceea ce privește persoana umană de care s-a ocupat mult. Această direcție perceptivă e cea cultivată de pictura portretului. La celălalt pol, percepția se referă la procesul dinamic ce constituie un „eveniment”, la care participă multe elemente individuale; la acest nivel esențială e interacțiunea și intriga „tematică”. Complexitatea percepției umane constă în faptul că subiectul ce percepe participă la determinarea evenimentului în cadrul căruia colaborează cu alți subiecți ce-l percep.

CAPITOLUL 5

DEDUBLAREA PSIHISMULUI ÎN PSIHOZE. STĂRILE DISOCIATIVE ȘI OBSESIONALITATEA

Delirul cu tematică religioasă relevă o stare în care subiectul se simte apropiat, până la întrepătrundere, cu ființele lumii supranaturale. Dumnezeu împrumută cuvintele pacientului, diavolul se localizează în trup, îi înlocuiește gândurile și acționează prin corpul său. O astfel de dedublare delirantă amintește de convingerea în posesiunea de spirite, în care omul a crezut și pe care au cultivat-o societățile tradiționale. În Europa de după Renaștere posesiunea demoniacă a fost împărțită de Biserica Catolică în două variante: posedarea neconștientă, ce determină un comportament anormal, stare din care au derivat manifestările etichetate în prezent ca tulburări disociative; și, posedarea conștientă, care induce în minte gânduri, mai ales intenții de act anormale; stare din care au derivat tulburările obsesiv-compulsive. În secolul XIX convingerea în posesiunea demoniacă a scăzut mult iar psihiatria a început să diagnosticheze personalități multiple, manifestări histerice pseudo-neurologice și stări de transă cu deplasări amnestice, într-o vreme în care sugestia hipnotică era la modă. Pe de altă parte s-a impus patologia obsesiv ompulsivă (TOC). Psihiatria actuală descrie și ea tulburări disociative și TOC, stări în care psihismul este dedublat; dar care nu fac parte din grupul psihozelor. În prezent variantele tradiționale ale posesiunii și dedublării psihice se pot identifica în delirurile cu tematică religioasă.

Există și stări intermediare între TOC și delir în care ideația obsesiv agresivă este atribuită posesiunii demoniace. Instanțele supranaturale, atât cele divine cât și diavolul sau diverse spirite, intervin însă mai ales în controlul gândirii și acțiunii, deci ca fenomene SPR. În afara acestor cazuri de dedublare prin ființe supranaturale, există și cazuri psihopatologice în care subiectul se simte dedublat, dar nu intrat și în stare de posesiune și întrepătrundere cu ființele supranaturale. Această cazuistică în ansamblu atrage atenția asupra constituției complexe a psihismului persoanei, care are implicat în structura ei un alter-ego. Perspectiva e importantă pentru înțelegerea halucinațiilor audio-verbale și a fenomenelor de transparență-influență.

TRADIȚIA POSESIUNII DE SPIRITE, STĂRILE DE TRANSĂ, TULBURĂRILE DISOCIATIVE ȘI PSIHOZA

Delirul cu tematică religioasă și de posesiune demoniacă apare la prima vedere ca o simplă varietate tematică. Totuși, așa cum s-a menționat, el are o poziție specială deoarece evidențiază faptul că psihopatologia delirantă se ancorează într-o lume supranaturală, susținută de narativitatea culturală mitologică. Personajele mitului religios, inclusiv diversele dhuri și spirite ce le înconjoară, se plasează „în altă lume” decât vecinii și cunoștințele, politicienii sau mafioții. Prezența ființelor supranaturale nu împarte însă tematica în două clase distincte, deoarece credința în instanța zeilor, a ființelor supranaturale și a lui Dumnezeu a reprezentat o constantă firească a vieții culturale a omenirii, pretutindeni, de mii de ani. În această tradiție se înscrie și trăirea „posesiunii” subiectului de către spirite, entități supranaturale

sau diavol; posesiune prin care i se influențează comportamentul. Idee care în Europa s-a estompat după perioada Iluminismului. „Comerțul” cu instanța și ființele supranaturale făcea parte din „profesia” șamanilor. Iar ideea intervenției unor „genii” supranaturale în entuziasmul creator a fost de asemenea acceptată firesc, de la Platon la romantici. Deși aceste fenomene apar ca periferice în cultura contemporană, nu trebuie uitat că această situație datează doar de câteva generații. Perspectiva evoluționistă invită să se țină cont de sutele sau miile de generații în care comportamentul omului apărea ca și controlat și dirijat în mod firesc și normal de instanțe supranaturale, fapt ce sugerează o structurare îndelungată în acest sens a psihismului uman, fapt ce nu ar trebui, probabil, considerat ca un simplu atavism. Psihopatologia e invitată oricum să țină cont și de această perspectivă.

Tradiția dedublării și posesiei persoanei prin spirite și ființe supranaturale se evidențiază în psihopatologie în două arii semiologice care, în manifestările lor specifice, nu sunt psihotice. E vorba de tulburările disociative și de obsesionalitate (TOC).

În delir subiectul se identifică cu un personaj dintr-un scenariu aberant, a cărui identitate, stare și/sau relaționări sunt excentrice. Rol și scenariu în care crede și care-l absoarbe, desituționalizându-l în raport cu viața cotidiană. Tematica religioasă a subliniat posibilitatea ca delirantul să cadă pe coordonatele uneia dintre „realitățile multiple”, susținute de narativitate, care învăluie realitatea cotidiană, oscilând între cutumier, supranatural și ficțiune. În această perspectivă se cere comentată și relația dintre convingerile delirante și patologia dedublării psihice, care se corelează cu tradiția „posesiunii” persoanei de către spirite. Această credință tradițională a fost comentată în Europa contrareformei din secolul XVIII de către Biserica Catolică prin împărțirea „posesiunii” (demoniace) în două categorii – cea inconștientă, care a continuat să fie numită posesiune propriu-zisă, și cea conștientă, manifestată mai ales prin comportamente bizare, etichetată ca obsesie; cu presupuziția că e vorba de o obsesie întreținută tot de diavol. Patologia psihică derivată din aceste două direcții s-a diferențiat apoi în cea etichetată în prezent ca disociativă – și care, multă vreme a fost corelată cu tradiționala histerie – și cea etichetată ca obsesiv-compulsivă (TOC). În ambele domenii se manifestă o stare de dedublare particulară a psihismului. Aceste arii psihopatologice se pot articula și în prezent cu delirul, prin tematica de posesiune și fenomenul transpersonalizării în raport cu ființele supranaturale. Ele sunt corelate cu fenomenologia psihotică și prin interferența cu simptomele de prim rang Schneider (SRP).

Credința tradițională considera că spiritele și diavolul puteau să ia în posesie persoana cuiva fără voia sa, intrând în corpul său și dedublându-l, dirijându-i voința și comportamentul, conducând la manifestări neobișnuite, maladive sau aberante. Soluția religioasă în aceste cazuri era exorcizarea.

În secolul XVIII când iluminismul a redus în Occident intensitatea convingerilor religioase, s-a constatat că stările psihice și comportamentul indivizilor poate fi influențat prin anumite proceduri manevrate de oameni. În această direcție s-a dezvoltat inițial doctrina magnetismului animal. În secolul XIX s-a impus sugestia hipnotică. Hipnoza demonstrează posibilitatea ca voința unei persoane, decizia și comportamentul său, să fie subordonate intervenției dominante a altcuiva. Mai

ales sugestia posthipnotică a subliniat eventualitatea dedublării motivației și comportamentului unui subiect prin intervenție xenopatică. La cumpăna dintre secolele XIX și XX a apărut interesul pentru patologia histerică și pentru personalitățile multiple (Bogouslavsky, 2014). Acestea sunt precursori ale actualelor tulburări disociative ale identității. Deși corelația între etapele acestei succesiuni e bine documentată istoric (Elleberger, 1994), manifestările de tipul personalității multiple nu mai au caracteristicile tradiționale ale posesiunii de spirite. Subiectul trăiește succesiv două ipostaze de personalitate în mod coerent. Când la începutul secolului XIX Janet a descris forme în care subiectul e mai mult sau mai puțin conștient de cea de a doua personalitate a sa, aceasta nu era resimțită ca fiind cu totul străină de el, în sensul de a fi resimțită ca „altcineva”, care posedază subiectul. La fel, nici în alte tulburări disociative cum sunt cele dismnestice și fugile patologice, nu e clar prezent sentimentul xenopatic al posesiunii de spirite; deși, o influență xenopatică venind din direcția unei alterități personaliste, poate fi resimțită.

Chenar 46

Posesiunea de spirite de-a lungul istoriei

Relaționarea omului cu spirite și ființe supranaturale a îmbrăcat, de-a lungul istoriei multiple forme. Cultul strămoșilor presupune invocarea acestora. Dar și prezența lor mai mult sau mai puțin spontană și reală printre muritori, mai ales cu ocazia unor sărbători comemorative sau speciale, cum e cea a schimbării anului Alte forme de prezențe și relații cu cei decedați s-au păstrat sub forma credinței în fantome și strigoii ce bântuie casele în care au locuit. Sau, prin invocarea lor spiritistă, întreținută de dicteul automat. Sentimentul „prezenței” persoanei defuncte printre cei apropiați e un fenomen destul de răspândit, însoțit uneori de reprezentări pregnante sau halucinatorii. Dar „posedarea” cuiva de spiritele acestora e mai rar citată.

Relația cu Zeul sau ființa supremă se realizează de obicei prin rugăciuni, individuale sau colective. Zeul se putea manifesta în unii subiecți și spontan, atunci când i se relevă pentru a-i transmite mesaje pe care să le împărtășească colectivității. Profetii erau convinși că prin vorba lor se exprimă de fapt ființa divină. Într-o altă tradiție, instanța supranaturală, zeiască poate lua în posesie temporar sufletul unui muritor, inspirându-l creator. Pe acest fenomen s-ar baza, după Platon, „entuziasmul” creator. Unele persoane profund credincioase și misticii pot avea uneori, în urma unei intense devoțiuni și a rugăciunilor insistente, în clipele de extaz, trăirea contactului și interpătrunderii cu divinitatea. Ideea îngerului păzitor, care e mereu prezent în preajma subiectului și-l îndrumă uneori pozitiv, a fost și ea răspândită. Mai deosebită e relația cu alte spirite supranaturale, ce are și ea multe variante culturale. În diverse societăți, persoanele relatau o relație specială sau o posesiune de către spiritul strămoșului totemic sau a unor animale cu poziție specială în reprezentarea culturală. Identificarea cu spiritul unor animale agresive, carnivore, a fost practicat de comunitățile războinice, faptul conferind capacități speciale de luptători, așa cum indică tradiția scandinavă a „berserkilor”. Licantropia a fost și ea un fenomen răspândit în multe culturi.

În cultura elenistică și romană, posesiunea de spirite demoniace, cauzatoare de boli și chinuri, era intens răspândită, așa cum o atestă cazurile din Noul Testament în care Iisus scoate spiritele malefice din mulți îndrăciți, vindecându-i prin exorcisme. În perioada Renașterii, în contextul recrudescenței manifestărilor gnostice și magice, relațiile cu spiritele s-au diversificat, acestea fiind invocate pentru a sprijini proceduri alchimice și diverse forme de magie albă. Pe de altă parte s-au dezvoltat și practicile magice de acțiune la distanță asupra altora, mai ales pentru influențare erotică și îmbolnăvire. Acestea erau spirite malefice, patronate în principiu de diavol, cu care vrăjitorul sau magicianul făcea un pact.

În perioada de glorie a histeriei de la începutul secolului XX, s-a vorbit tot timpul și de o psihoza isterică. Aceasta era identificată în primul rând prin trăiri halucinatorii vizuale, în care apar persoane sau scene panoramice, mai rar prin voci și alte tipuri de halucinații. Ideea delirantă se exprima printr-o poveste excentrică în care subiectul era eroul principal. Deci, un delir organizat prin narativitate imaginativă fabulatorie. Subiectul apărea parțial dezorientat, nerecunoscând persoanele familiare și având un comportament neadecvat, în concordanță cu personajul și situația cu care se identifica. Tabloul clinic se manifesta distinct de cel al schizofreniei și psihozelor delirante paranoide. Unele similarități existau cu psihozele etichetate ca „parafrenii”, prin prezența confabulațiilor și a „dublei contabilități” a simptomatologiei. Dar parafreniile, aveau și o simptomatologie de serie paranoidă și schizofrenă, ce includea SPR. Acest tablou clinic al psihozei isterice a fost tot mai rar descris și comentat după apariția DSM-III. În ultimul timp însă, în corelație cu interesul crescând pentru rolul traumelor psihice în condiționarea stărilor psihopatologice, a reapărut interesul pentru stările psihotice care se pot manifesta în contextul patologiei disociative. Sugestia actuală este ca acestea să fie etichetate ca „psihoze disociative” (Moskowitz *et al.*, 2009). Deși sunt considerate ca distincte de schizofrenie, unele simptome pot fi comune, mai ales din seria SPR (Nota 1).

O altă entitate clinică ce a gravitat în jurul psihozelor histerice a fost „pseudologia fantastică”. Aceasta constă în esență din relatarea de către pacient a unei narațiuni fantastice confabulate, în care el era eroul principal. Subiectul se arăta convins de realitatea neverosimilă a poveștii sale. Dar, poziția sa de erou a scenariului fictiv era în aceste cazuri, mai mult narată decât trăită. Unele variante ale pseudologiei fantastice au apărut ca modalități de manifestare a unor psihopați impostori, care adoptau diverse roluri sociale relatând cu convingere despre descendențe ilustre și relații excepționale, în vederea unor excrocherii. O ciudată interpretare a unei stări psihotice delirante prin trimiterea la pseudologia fantastică s-a realizat recent prin cazul Breivik.

Ansamblul patologiei histerice, care în prima jumătate a secolului trecut constituia o zonă coerentă de patologie, s-a fragmentat după apariția DSM-III. Un fragment din această moștenire se menține totuși în Capitolul din DSM-5 referitor la Tulburările disociative. La sfârșitul acestuia, în paragraful *Alte tulburări disociative* specificate, este inclusă și *transa disociativă*, ce e caracterizată astfel:

„O acută îngustare sau o completă pierdere a conștiinței privitoare la ambianța imediată ce se manifestă printr-o pronunțată neresponsivitate și insensibilitate la stimulii ambientali. Starea poate fi acompaniată de mișcări stereotipe minore (e.g. mișcări ale degetelor) de care subiectul este neconștient sau care scapă de sub controlul său, sau de paralizii trecătoare sau pierderi de conștiință. Transa disociativă nu este o parte normală a practicilor religioase sau culturale acceptate”.

Ultima precizare e importantă deoarece stările de transă au fost de-a lungul mileniilor parte constitutivă a unor ritualuri sacrale de incantație, de invocare a contactului cu ființele și lumea supranaturală. În momentul culminant al derulării ritualului, unii participanți „cădeau în stare de transă”, desprinzându-se de ambianță și participând la realitatea supranaturală invocată, contopindu-se cu ființa acesteia. Expresia de „incantație” nu e arbitrar utilizată în acest context, deoarece ritualurile respective foloseau intens muzica, ritmul și dansul, uneori și substanțe psihoactive, pentru a se obține stările extatice ale transei. Faptul se mai regăsește în unele

manifestări transculturale actuale (Chaudhury, 2013). Transa realizată prin ritual și incantație permitea deci contactul cu instanța ființelor supranaturale, în intenția de a le obține bunăvoința, sprijinul acestora pentru buna desfășurare a vieții curente. Incantația și transa se deosebeau astfel de descântece și vrăji, practici prin care se putea cere ajutorul forțelor supranaturale și pentru lucruri mai necurate din punct de vedere omenesc. Transa făceau parte și din repertoriul șamanilor, considerându-se că atunci când intră în această stare, sufletul lor părăsește corpul pentru a se întâlni cu forțele supranaturale într-o altă lume; după care, sufletul se întorcea în corp. Șamanul realiza pe această cale sarcinile speciale pe care le avea de îndeplinit.

Contactul și interpătrunderea cu instanțe ființiale supranaturale, posesiunea individului de către spirite se putea însă produce, tradițional, și fără intenția subiectului. Aceasta se realiza atât de către ființele superioare, fapt ce putea conduce, de exemplu, la inspirația poetică sau la prorociri. Cât și de ființele malefice, mai ales în corelație cu vrăjile, descântecele și blestemele.

Tradiționalul fenomen al convingerii în posesiunea de spirite și a unor ritualuri ce conduc la stări de transă, nu a dispărut niciodată. El e înregistrat în zilele noastre, mai ales în contextul informațiilor pe care le facilitează globalizarea. În ultimul secol și mai ales în ultimii ani, cazurile în care o astfel de posesiune se manifestă pregnant, sunt asistate concomitent și în echipă de medicul psihiatru și de preot. Sau, de terapeutul tradițional, ce practică variante locale de exorcizare. Pentru psihopatologie, capacitatea persoanei umane de a trăi intens și cu convingere o stare de transă și posesiune xenopatică din partea unei ființe simili umane supranaturale, este un aspect psihologic ce merită reținut.

În psihiatria actuală cea mai mare parte din această problematică a posesiunii de spirite, este absorbită de patologia delirantă cu tematică religioasă. În cadrul tradiției religioase obiectivul rugăciunii este apropierea de Dumnezeu; iar prin adorație și devoțiune îndelungată, misticii pot ajunge până la trăirea contopirii cu ființa supremă, a pierderii propriei identități printr-o fuziune și transpersonalizare cu ființa divină. Acest proces apare simplificat și dediferențiat în psihopatologie. Subiectul se simte acum în mod spontan și firesc apropiat, înrudit sau chiar parțial contopit, prin „transpersonalizare”, cu personajele scenariului mitico-sacral. El trăiește o relație directă cu Dumnezeu care-i transmite personal o misiune printre oameni: de obicei să-i salveze învingând diavolul. Alteori se consideră fiul sau fiica Fecioarei Maria; deci, de același rang cu Iisus. Nu rareori personajele sacre, inclusiv Duhul Sfânt „vorbesc prin cuvintele” proprii pacientului. Transpersonalizarea e afirmată uneori explicit: „eu sunt când Dumnezeu când satana”. Prin adoptarea unui rol din scenariul mitico-sacral delirantul poate să se identifice, cu diverse episoade din viața lui Iisus, cel mai des cu ipostaza răstignirii. Cvasiidentificarea cu aceste personaje poate fi comentată până la un punct ca „posesiune” de către arhetipurile respective, inclusiv de ipostazele lui Dumnezeu. Acest univers supranatural nu e totdeauna clar definit printr-un personaj al scenariului mitic religios. Uneori sunt invocate „duhuri”, „spirite”, „energii” cu semnificația unor entități xenopaticice, care pot fi în preajma lui Dumnezeu și a Sfântului Duh; dar uneori sunt în preajma diavolului. În cazurile pe care le menționăm aici psihopatologia e cea a condiției delirante. Ceea ce înseamnă de obicei prezența și a altor convingeri anormale, a tulburărilor perceptivă, halucinatorii, frecvent a simptomelor de prim rang Schneider și a tulburărilor dispoziționale.

E vorba deci de o altă condiție psihopatologică decât cea a stărilor disociative identitare sau a psihozelor disociative simple. Patologia strict disociativă, atât cea identitară cât și cea de transă dismestică sau depersonalizantă, poate fi considerată, la fel ca patologia dispozițională, o avantcameră a tulburării delirante. Ea este importantă tocmai pentru că „învăluie” zona în care se petrece „mutația” pe orbita psihotică.

Cazuistică

Familiaritate și identificare cu personajele divine Influențe de la forțele supranaturale

Caz 32. 695/1994

O femeie de 42 ani, căsătorită, cu un copil, dezvoltă progresiv un delir centrat mistic: simte că „*il 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 trăirile paranoide apar mai pregnant: vecinii sunt ostili, vor să-i facă rău moral, spun că e nebună; trăiri senzitiv relaționale: „*ii fac vrăji care i-au cauzat dureri*”. Delirul religios 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 religioasă : urmărire; prejudiciu; vrăjire, dar are și har de la Duhul sfânt; expansivitate.



Caz 33. 1308/2001

O femeie de 25 ani, dezvoltă progresiv convingeri delirante de persecuție, otrăvire (vecinii i-au pus un șarpe în mâncare, i-au dat să mănânce o bucată de șuncă amară din care a dedus că e carne de câine)... simte o legătură puternică cu Dumnezeu: simte cum o putere coboară în ea când se roagă...: „*Iisus trăiește prin mine și eu sunt Fecioara Maria*”, trebuie să lucreze pentru Dumnezeu.

Comentariu: sentimentul ca atunci când te rogi să resimți contactul cu puterea divină, este o convingere răspândită printre credincioși; familiaritatea și identificarea cu Iisus și Fecioara Maria sunt însă resimțite și afirmate direct la acest caz.



Caz 34. 631/1993

O femeie de 33 ani dezvoltă în decurs de 2 ani un tablou psihotic: *împotriva ei este un complot format din forțe supranaturale care acționează prin gânduri, radiații, TV... este urmărită și posedată de spirite... aude voci de la distanță... e convinsă că are două personalități*. Urmează internări repetate. În 1994 relatează: se vorbește despre ea la TV, se vede la TV în locul unei actrițe, e urmărită de forțe suprapersonale, oamenii se uită ciudat la ea, i se arată mereu, obsesiv, dosuri de femei...o învinuiește pe Fecioara Maria pentru tot ce i se întâmplă... **Mesia s-a transpus în ea, în sufletul ei, se confundă când cu Mesia când cu Fecioara Maria**, știe prin intuiție ce gândesc oamenii, are puteri mari...

Comentariu: pacienta se simte cuprinsă și dominată de forțe supranaturale, posedată de spirite... identitatea sa nu mai are consistență, „se vede la TV în locul unei actrițe”, „...se confundă când cu Fecioara Maria când cu Mesia ce s-a transpus în sufletul ei”... e convinsă că are două personalități.



Caz 35. 508/1991

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 prooroc; de asemenea, simte cum *duhurile rele vin asupra ei*, îi vor răul, dar Dumnezeu o apără.

Comentariu: Delirul menționează explicit sentimentul unei influențe din partea unor forțe supranaturale: se simte posedată de duhul rău dar o ghidează și o apără Dumnezeu, astfel încât trăiește în suflet o confruntare dedublantă.

DEDUBLAREA OBSESIVĂ A PSIHISMULUI, POSESIUNEA DEMONICĂ ȘI PSIHOZA

Un alt sindrom în care dedublarea psihismului se poate manifesta ca o deschidere în direcția orbitei psihotice, este Tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC). Aceasta e definită prin prezența obsesiilor și a compulsiilor care reprezintă idei și comportamente neplăcute ce apar fără intenția subiectului, fiind trăite lucid și egodiston. Subiectul nu e de acord cu ideile obsesive care-l asediază. Dar simte totuși că acestea izvorăsc din el, nu îi sunt impuse din exterior, de către altcineva. La fel, compulsiile motorii și mentale, care de obicei tind să contracareze obsesiile, sunt efectuate fără acordul intim al subiectului, care luptă împotriva lor fără succes. Pacientul petrece mult timp confruntându-se cu sine, încercând să reziste, să se opună și să îndepărteze aceste obsesii și compulsiile, de care se dezice, deși le resimte ca ale sale. Trăirea exprimă deci, într-un fel, o dedublare a psihismului. Hiperreflexia și efortul eșuat de autocontrol, lupta cu sine însuși, atmosfera de nesiguranță, îndoiala permanentă și verificările continue, diferențiază pregnant dedublarea psihismului din obsesionalitate de cea din stările disociative.

Tematica obsesivă este grupată în trei mari clustere:

– Cea privitoare la încălcarea tabu-urilor și intenții de acte agresive, dublate de verificarea compulsivă dacă acestea nu s-au produs;

– Preocuparea legată de ordine și simetrie, dublată de compulsiile de ordonare;

– Tematica de contaminare corelată de compulsiile de spălare și curățenie.

Pentru problematica delirului în corelația sa cu dedublarea psihismului, interesează mai ales prima tematică, celalalte două corelându-se cu alte aspecte ale psihozei.

Obsesiile ce conțin intenții agresive și de încălcare a tabu-urilor sunt tradiționale, ele fiind cunoscute în Europa încă de pe vremea Contrareforme, când Ignatio de Loyola a înființat Ordinul Iezuiților. Acestea se manifestă ca intenții de act în contradicție flagrantă cu normele morale și religioase: a lovi bătrânii și neajutorații, a-și omorî propriul copil, a incendia bunuri comunitare, a înjura în biserică, a se raporta sexual la Fecioara Maria etc. Pacientul luptă împotriva lor prin compulsii mentale și comportamentale și efectuează repetate verificări pentru a se asigura că nu a comis totuși actul agresiv ce-l obsedează.

Tradițional, condiția obsesiv-compulsivă, inclusiv cea cu ideație agresivă, nu e plasată în aria psihozelor. Totuși se consideră, inclusiv în DSM-5, că în unele cazuri de TOC se poate realiza o tranziție spre psihoză prin pierderea criticii, a insight-ului. E avut în vedere însă mai ales grupajul de obsesii, potențial agresive, ce se realizează prin mecanismul „fuziunii act/gândire”. Aceasta se referă la o cazuistică în care subiectul resimte că dacă s-a gândit, îngrijorat și într-o manieră obsesivă la o eventualitate nefavorabilă ce s-ar putea întâmpla unei persoane apropiate (e.g. să nu se petreacă un accident soției plecate de acasă, să nu se îmbolnăvească copilul), prin însăși gândirea sa repetitivă a favorizat producerea acestui eveniment; sau chiar l-a declanșat. Urmează, la fel ca în cazul intențiilor de încălcare a tabu-urilor, verificări obsesive interminabile. În aceste cazuri, critica poate scădea până la situația în care subiectul e convins, în manieră delirantă, că el este autorul involuntar a unui rău produs altora. Intrarea în psihoză se realizează astfel pe poarta delirului, printr-o tranziție similară cu cea din dismorfofobie; sau din unele rare cazuri de obsesie a contaminării.

Obsesionalitatea intențiilor agresive și de încălcare a tabu-urilor la care s-a făcut referință, nu urmează însă totdeauna acest drum spre convingeri delirante de vinovăție, prin reducerea și dispariția insight-ului. Alunecarea sa spre zona psihotică se realizează mai frecvent prin apropierea de SRP, cu trăiri de influență și control a gândirii și acțiunii, corelate convingerii de posesiune demoniacă.

Subiectul ajunge să atribuie gândurile sale monstruoase, care-l îngrozesc, diavolului care a pus stăpânire pe el, a intrat în el; și din interior îi manevrează ideația și comportamentul. De exemplu, o pacientă în mintea căreia apare gândul să-și omoare mama și copilul, să-i tranșeze și să-i bage în frigider, nu are cum să-și explice această ideație decât prin posesiune demoniacă; ei îi este frică mai ales seara deoarece se teme că, în timpul somnului voința îi slăbește și nu ar mai putea să se opună gândurilor introduse de diavol. La fel, un pacient căruia în biserică îi apare reprezentarea de a face sex anal cu Iisus, atribuie acest gând posesiunii demoniace. Trăirea unui sentiment de posesiune demoniacă, prin care subiectul explică unele din intențiile și comportamentele sale, se însoțește deseori de o anumită distanțare psihologică față de fenomen, după modelul obsesionalității. El ajunge să interpreteze faptul că e posedat, ca o consecință a unui blestem sau a unor vrăji făcute de anumite persoane. Și, frecvent e de acord sau solicită chiar să fie dus la preot pentru a i se face slujbe împotriva diavolului. Gradul de convingere delirantă în posesiunea demoniacă poate fi variabil. În unele cazuri starea psihotic delirantă e dominantă iar tema posesiunii se mixtează cu alte teme religioase și paranoide, tabloul clinic fiind dominat de SPR.

La fel ca în cazul tulburărilor disociative, patologia obsesivă poate fi considerată doar o poartă de intrare pentru unele forme particulare de psihoză. Aspectul particular al delirului în care se impune posesiunea demoniacă și de spirite îl constituie dedublarea psihismului resimțită la nivel corporal. „Altcineva”, o entitate xenopatică – diavolul, duhuri, spirite – pătrund în interioritatea sinelui corporal, „sineitatea” fiind astfel resimțită ca dedublă. Plasat în această interioritate, în acest „topos” special al sinelui corporal – în „locusul” din care emerge „sineitatea” intențională – diavolul sau duhurile se află într-o poziție optimă pentru a determina simptome de transparență/influență, specifice SPR. El cunoaște gândurile intime ale subiectului, îi monitorizează fluxul ideativ putându-i insera gânduri și intenții, vorbind cu cuvintele sale și folosindu-i corpul pentru mișcări și comportamente pe care subiectul nu le recunoaște ca fiind ale sale. Se manifestă astfel sentimentul dedublării sinelui, corelat posesiunii. Subiectul afirmă: „ – Ați auzit aceste cuvinte spuse de mine dar nu eu le-am spus, ci diavolul din mine, care a folosit vocea mea”.

Trăirea delirantă a dedublării personalității prin posesiune demoniacă sau de spirite nu se reduce la cvasiimpunerea unei ideții obsesiv agresive sau ca fenomene SPR ideative și comportamentale. Posesiunea corporală poate fi resimțită sub forma de cenești și dureri „provocate” de satana, ca o variantă a simptomului SPR denumit „pasivitate somatică”. Altele ea se exprimă prin interpretarea atacurilor de panică ca o agresiune a diavolului asupra sa: „a vrut să mă strângă de gât din interior și astfel să mă sufoc”. Pe seama posesiunii demoniace sau de spirite pot fi puse, de către subiect sau de către anturaj și unele stări de comportament agitat, mai ales dacă acesta e însoțit de halucinații bizare. Sau, convingerea unor schimbări corporale, astfel încât subiectul „nu se mai recunoaște în oglindă”, „se vede modificat, cu ochii înroșiți”.

Cazuistică

Poseiune demoniacă

Caz 36. 906/1997

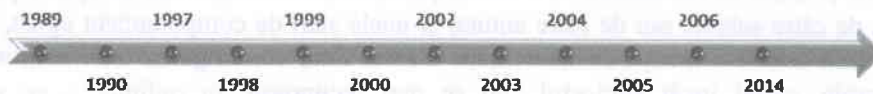
Un bărbat de 38 ani, căsătorit, cu 2 copii, dezvoltă în decurs de doi ani un tablou psihopatologic cu trăiri obsesive și marginal delirante. Are impresia că soția s-a schimbat, nu-i mai acordă atenție, o bănuiește de infidelitate, apar obsesii legate de un act sexual neconvențional practicat mai demult cu soția... uitându-se în oglindă *are impresia că i s-a schimbat privirea*, devine tot mai suspicios părându-i-se că oamenii se uită ciudat la el, îl comentează, îl consideră homosexual, doresc să i se întâmple ceva rău, parcă îi cunosc gândurile; ...consideră că e posedat; ...se accentuează comportamentul religios, merge tot mai des la biserică pentru **a scoate diavolul din el**; apar ritualuri: iese doar cu piciorul drept din casă și îi obligă și pe copii să facă la fel; începe să îi urască pe oameni și apar obsesii de a face ceva rău celor din jur și familiei; se simte vinovat, apar idei și compulsii suicidare și încearcă ritualuri mentale de anulare. Ulterior se accentuează frecventarea bisericii iar simptomatologia TOC capătă și o coloratură religioasă: *are tendința de a înjura în biserică, intenția de a-l murdări pe Iisus cu materii fecale, compulsia de a face sex anal cu Iisus, compulsia de a ucide, de a-și agresiona sexual copiii*. Atribuie aceste obsesii diavolului. Încearcă compulsii mentale de anulare dar simptomatologia OC îi ocupă mult timp și interferează cu activitățile zilnice, devine tot mai convins că e posedat de diavol.

Comentariu: Patologia delirant paranoidă și cea obsesiv compulsivă OC evoluează în paralel. Suspiciunea și convingerile paranoide și de transparență se corelează cu sentimentul schimbării și ajunge la convingerea posesiunii demoniace; fenomenele OC iau diverse forme, iar în contextul frecventării tot mai dese a bisericii, devin blasfemiatorii, fapt ce întărește convingerea de posesiune; în centrul patologiei intervine și depresia.

Caz 37. 341/1989

O femeie de 26 ani, căsătorită cu 1 copil, dezvoltă în câteva săptămâni un tablou dezinhbat, centrat pe *relația cu satana*. *Îl vede (mai ales torsul) și îl simte, comunică cu Satana, 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 depresive cu simptomatologie psihotică; la una din ele (1997) are trăiri obsesiv compulsive de a-și omori 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, îi 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.*

Comentariu: Patologia psihotică se manifestă prin variate sindroame, inclusiv dispoziționale, dar interferează și cu patologia obsesiv compulsivă, care în mod specific dedublează psihismul; deoarece conținutul obsesiilor este negativ, monstruos, fenomenul se corelează natural cu convingerea în posesiunea demoniacă, ce exprimă și ea o dedublare a psihismului.



Caz 38. 186/1987

O femeie de 42 ani, căsătorită, 2 copii, își schimbă comportamentul în 3-4 luni (1987) când simte o afecțiune deosebită pentru șeful ei, se emoționează când îl întâlnește, are impresia că lumea observă că roșește în aceste împrejurări, că o comentează... devine anxioasă... *resimte că e controlată de diavol care face unele lucruri în locul ei, îi imită scrisul, în laboratorul unde lucrează face în locul ei analize pe care le trece în registru... simte că, comunică prin mișcarea ochilor și prin gemete... trece într-o stare de dezinhbiție, se consideră misionară, ambasadoarea lui Iisus pe pământ, este în permanentă legătură cu cerul... i se transmit ordine din cer și prin gând și prin glas... se simte vrăjită.*

Comentariu: Convingerile delirante inițiale sunt din serie erotomană, relațională și de dedublare prin posesiune; diavolul i se substituie și face în locul ei lucrurile zilnice; ulterior delirul de grandiozitate o pune în relație directă cu personajele divine.

Caz 39. 1254/2001

O femeie de 28 ani, 10 clase, căsătorită, un copil, debut brusc în aproximativ o lună; e convinsă că e vrăjită și blestemată... lumea vrea să îi facă rău... oamenii se uită ciudat la ea și vor să îi facă rău...: „*satana a intrat în mine...eu sunt satana*”... apar și ideile depresive „*trebuie să mor să îmi spăl păcatele*”... apoi face un viraj hipoman.

Comentariu: Depersonalizarea psihotică („sunt vrăjită”) se însoțește de o transpersonalizare, prin sentimentul posesiunii: „eu sunt satana”; urmează episodul maniacal, care nu poate fi dezarticulat de trăirile psihotice.

Caz 40. 544/1992

O femeie de 37 ani dezvoltă treptat, în 2 ani convingeri delirante: două vecine o privesc insistent, ciudat, cu ură, o dușmănesc, complotază 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.*

Comentariu: Delirul paranoid e centrat de persoane cunoscute (vecini) și atribuit vrăjilor (susținute de o percepție delirantă); urmează convingerea de posesiune demoniacă cu atacarea din interior a corporalității.

Caz 41. 1523/2003

Un bărbat de 22 ani, student, dezvoltă într-o săptămână un tablou psihotic: se simte posedat de 3 diavoli, aude vocea diavolilor care-i comandă să își omoare familia dar în același timp și vocea Domnului care-l împiedică să facă rău... totuși își lovește părinții și fratele și îi amenință cu arma spunându-le că „**sunt diavoliți și de aceea trebuie să îi omoare...**” fuge noaptea desculț la bunica sa din alt sat spunând că trebuie să ajungă urgent la ea ca să nu moară... se oprește la jumătatea drumului între localități, pe câmp, unde se luptă cu niște șerpi imaginari și cu o creatură care guiță ca un porc... acolo îl găsește familia după câteva ore și îl aduce acasă... În zilele următoare e dus de familie la o mănăstire pentru ca preotul să alunge diavolii... preotul refuză să-i citească din Biblie, devine agitat, spușe familiei că nu se mai poate întoarce împreună cu ei cu mașina deoarece „**sunt diavoliți... au ochii roșii...**” se dezbracă și se bagă în portbagaj... și așa e adus la Clinică... *se simte posedat de diavol care au intrat în el în urma unui blestem al unei fete pe care nu a vrut să o ia de soție...* se simte omnipotent, e în rang al doilea după Dumnezeu... poate vedea la distanță și poate vedea viitorul... pe stradă se simte urmărit de persoane...”

Urmează alte internări cu dg. de Manie delirantă – episoadele fiind de obicei agitate.

Comentariu: Debutul rapid al psihozei aduce de la început în prim plan sentimentul posesiunii de diavol, care din interior îi dirijează comportamentul agitat, părinții îi apar și ei ca „diavoliți” iar posesiunea și-o explică printr-un blestem; în ansamblu psihoza se derulează cu o manie delirantă.

Aspectul particular al delirului de posesiune demoniacă constă nu doar în trimiterea la sinele corporal și la problematica depersonalizare/transpersonalizare, ci mai ales la sentimentul dedublării psihocorporale. Aceasta e de fapt trăirea specifică în această zonă psihopatologică, ea vizând unitatea psihismului. Pacientul poate simți că în interiorul sinelui său centrat corporal, „mai este cineva”. Mai precis, el resimte o schemă a dedublării sale, pe care uneori o poate atribui cuiva, alteori nu. La acest nivel se ridică două probleme psihoantropologice conexe acestui tip de simptome.

Pe de o parte trăirile menționate atrag atenția asupra structurii stratificate, de tip „unu/multiplu”, a sinelui personal, ce se constituie în ontogeneză prin asimilarea structurantă a imagoului matern. Proces care continuă apoi prin identificarea cu alte persoane și personaje de atașament, prin instanța intrapsihică denumită de Bowlby „internal working model”. Pe de altă parte, posesiunea de către o „alteritate” – *in extremis* de diavol – presupune o „localizare”, o luare în considerare a sinelui corporal ca “topos” al înrădăcinării în acesta a sinelui în ansamblul său. Caracteristicile de agenție și apartenență ale sinelui conștient și reflexiv, presupun acest topos, care are o consistență, o identitate, o coerență, o delimitare și o spontaneitate activă. Delimitarea, calchiată pe schema corporală, împarte lumea – așa cum s-a comentat –

între un pol al interiorității (subiective) și altul, al exteriorității lumii înconjurătoare. În cazul posedării de către diavol și/sau spirite, subiectul poate resimți ambiguitatea faptului, ca, aceste ființe supranaturale să fie prezente în prima fază doar în exterioritate, în apropierea sa. El poate resimți „prezența”, neprecizată clar a „cuiva” în intimitate în „atmosfera casei” de exemplu, pentru ca apoi, definindu-se mai mult sau mai puțin precis, aceste spirite, energii sau diavolul, să aibă acces la interioritatea sa psiho-corporală; să invadeze deci subiectul și să se instaleze în el, prin posesiune. Această variantă a „sentimentului” prezenței xenopatie, care a fost sesizată deja de Jaspers și este și în prezent abordată în cazul psihozelor (Jackson, 2007) se calchiază pe sentimentul firesc al prezenței persoanelor familiare în preajmă, mai ales în casă, chiar atunci când ele nu sunt percepute. Fenomenul stă la baza sentimentului prezenței în atmosfera casei a strămoșilor, cu mitologia stafiiilor și strigoilor.

Sentimentul delirant al dedublării de o altă persoană

Caz 42. 388/1989

O femeie de 37 ani, dezvoltă într-o săptămână idei relaționale, de urmărire și acțiune xenopatică de la distanță. Afirmă: „am impresia că cineva e în mine, se suprapune cu mine, nu mă lasă uneori să respir, parcă mă smulge ceva, parca cineva intră și iese din mine, ...și vorbirea e alta, eu vreau să spun ceva dar dinții mi se ating altfel decât ar trebui... exteriorul meu e și el schimbat”.

Caz 43. 583/1992

Un bărbat de 27 ani dezvoltă trăiri delirant halucinatorii bogat imaginative în care sunt implicați extraterestrii; se simte teleghidat „o comandă superioară îmi transformă gândirea și nu mai știu care sunt gândurile mele proprii și care îmi sunt transmise...” îi sunt citite gândurile de către Duhul Sfânt și duhul luminii, unele persoane pot ști ce gândește prin intermediul duhurilor...” tatăl lui (care a decedat) s-a transpus în el, cel care mănâncă e tatăl său și nu el... dar și vecinul s-a transpus în el, e prezent în tot corpul său și sapă în locul lui”.

Caz 44. 1302/2001

Un tânăr de 21 ani dezvoltă un tablou psihotic cu halucinații auditive imperative și comentative, se simte urmărit și filmat pe stradă și acasă... se simte dirijat, simte gânduri și acțiuni străine de el impuse de cineva străin... „uneori simte că mai există o persoană care este chiar el, dedublat, atunci când inconștientul său se deblochează fără ca el să vrea”...

Caz 45. 1333/2002

O femeie de 42 ani simte că soacra îi face vrăji, pune mărar în mâncare... „aude voci din interior... un bărbat care e în interiorul meu vorbește cu mine... i se citesc gândurile și i se impun gânduri... simte că satana e în ea și bagă un furtun pe gât ca să-l scoată de acolo...”

Comentariu: Sentimentul delirant al dedublării persoanei se relevă uneori distinct de posesiune propriuzisă de către ființe supranaturale; e vorba însă de o dedublare personalistă, prin „cineva care intră și iese din mine”, „o persoană care e alteritatea sa”, „o transpunere în subiect a tatălui decedat sau a vecinului”, „un bărbat din interiorul meu”; aceste personificări fiind slab determinate se ajunge ușor la identificarea dublului personalistic cu diavolul.

Caz 46. 643/199

O femeie de 30 ani dezvoltă un delir senzitiv relațional, de urmărire, persecuție, halucinații auditive comentative și imperative, citirea, controlul și sonorizarea gândirii. Afirmă: „*eu și eu sunt împărțit în două, un eu este al meu și unul al altei persoane*” ...motiv pentru care nu se mai alimentează, căci al doilea eu ar putea fi otrăvit... *are trăsăturile schimbate când se uită în oglindă, e convinsă că din cauza vrăjilor făcute de concubinele tatălui său.*

Comentariu: Pacienta resimte depersonalizare psihotică pe care o atribuie vrăjilor, percepându-se în oglindă, dar și resimțind că are „două euri” dintre care unul străin.

Caz 47. 615/1993

O tânără de 20 ani, studentă, dezvoltă treptat idei de inutilitate, tristețe și vinovăție. Relatează (1993): „*în mine sunt 2 persoane, demonul și îngerul, care-mi vorbesc alternativ... demonul o face proastă și prostituată... e îndrăgostită concomitent de doi bărbați și nu știe să aleagă între ei... aceștia îi pot citi gândurile prin intermediul unor aparate, vor să o violeze... mai demult a simțit că Sfântul Duh a pătruns în ea și s-a materializat prin senzația de răcoare și alinare pe care o simte... de atunci simte că dorește să trăiască doar pentru Iisus... mergând pe stradă simte prezența lui Dumnezeu... în momentul în care se roagă vede culoarea galbenă încărcată de bioenergie care-i este transferată, dându-i putere... alteori își simte corpul vlăguit, aproape inert, în oglindă se percepe urâtă, cocoșată, grasă, crăcănată... de multe ori gândurile ei se încurcă cu cele ale lui Dumnezeu și ale diavolului, nemaștiind ce să facă... alteori simte capacități și forțe supranaturale, poate omorâ sau vindeca oameni în funcție de dispoziție... dar poate vindeca numai persoane fictive, adică nu persoanele care sunt în apropierea ei ci pe cele care se află la distanță de peste 2 km*”.

Comentariu: Delirul pacientei face constant referință la dedublare, la cele două persoane ce sunt în ea: diavolul și îngerul, doi bărbați de care e îndrăgostită, două tipuri de trăiri și culori: când se roagă vede culoarea galbenă încărcată de bioenergie, în oglindă se vede cocoșată... în contextul posesiei sale de ființe supranaturale „uneori gândurile ei se încurcă cu cele ale lui Dumnezeu și ale diavolului, nemaștiind ce să facă”; caracteristica de ficțiune a lumii delirante se exprimă și în convingerea că „poate vindeca doar persoane fictive, aflate la distanță...”.

Dedublarea pe care o resimte subiectul atât în cazul posesiunii din tranza disociativă cât și în cazul unor trăiri obsesiv compulsive, exprimă o tendință generală a psihismului uman de a se autoevalua în două variante opuse. De exemplu, omul bun și omul rău din mine. Literatura romantică din secolul XIX a speculat asupra acestei dedublări, exemplar fiind cazul Hyde care apărea ziua în judecător intransigent iar noaptea ca tâlhar. Această tendință se poate exprima explicit în unele cazuri psihotice și în afara transei și obsesionalității, pacientul afirmând de exemplu: „în mine sunt două persoane, demonul și îngerul, care-mi vorbesc alternativ”; sau; „am sentimentul că unele persoane apropiate din jur, sunt de fapt dedublate” Modelul dedublării, deși e o caracteristică generală a psihismului, are o expresie particulară în cazul patologiei disociative și a TOC.

Aspectele dedublării psihismului pe care le relevă psihopatologia, predominant în delirul de posesiune, cu cele două articulații ale acestuia: tranza disociativă și xenopatia ce se articulează obsesionalității, se manifestă ca documente psihopatologice care incită la analiza structurii psihismului persoanei umane. Tradiția psihologiei a tratat fără a problematiza psihismul individual ca o realitate unitară caracterizată în primul rând prin facultăți cognitive, prin capacitatea de cunoaștere a lumii prin

gânduri. De la nous-ul lui Aristotel s-a trecut apoi la intelect și rațiune, tabloul completându-se prin tradiționalele simțuri exterioare, fantezie, simț temporal intern; iar spre finalul modernității europene, prin percepție, a percepție, fenomen și subiectivitate a eului conștient. Astfel, tradițional, nu s-a pus problema că psihismul individual să aibe o structură interioară. Posesiunea demoniacă și contopirea cu ființa divină au fost considerate ca o articulare cu instanțe exterioare persoanei.

O anumită ambiguitate a apărut odată cu sinteza lui Kant, care aduce în discuție – fără clarificări suficiente – o alternanță între o conștiință (a eului) individuală și o consecință în genere. În psihologia teoretică, ideea a fost reformulată în secolul XX de către Husserl prin diferențierea între „eul empiric” și „eul transcendent”. Dar nici chiar ideea pe care o lansează a „intersubiectivității intercorporeale” nu sugerează o structură interioară a sinelui.

O primă sugestie asupra structurii de unu-multiplu a psihismului uman a apărut odată cu psihanaliza ce postulează o instanță a supraeului, prin care în interiorul psihismului individual sunt reprezentate imagourile introjectate ale părinților, ca reprezentanți ai exigențelor culturale. De fapt, se cerea un răspuns față de fenomenul „vocii conștiinței morale”, a cărei structurare a început odată cu daimonul lui Socrate și s-a dezvoltat prin ideea stoică a forumului psihic interior, temă reluată de creștinism; și care stă la baza „proceselor de conștiință”. Toate sugerează că în interiorul psihismului există atât o instanță a altora cât și una a judecății morale, din perspectivă comunitară. Psihologia eului și teoria atașamentului a dezvoltat parțial sugestiile psihanalizei. Bowlby a sugerat o instanță intrapsihică – „internal working model” în care se instalează imagoul protector al persoanei de atașament. Către sfârșitul secolului XX filosofia morală a lui Ricoeur, a încercat să elaboreze o dimensiune a psihismului în care instanța de eu-însumi e dublată, în interior, de o prezență constitutivă a alterității (**Nota 2**). Aceasta viziune, care invocă nu doar psihanaliza și fenomenologia ci și dimensiunea narativ hermeneutică a structurii psihice, rămâne încă insuficient elaborată, atât pentru antropologie cât și pentru psihopatologie. Pornind de la teoria atașamentului, psihanaliza și circumplexul relațiilor interpersonale, psihopatologia orientată spre tulburarea de personalitate a tentat câteva elaborări în această direcție, prin Benjamin și Pincus (**Nota 3**).

În concluzie, psihopatologia ne atrage atenția asupra faptului că, structura identitară a sinelui și autonomia sa, bazată pe nucleul sinelui minimal, e constituită astfel include o instanță a alterității, ce face parte integrantă din sinteza normalității (**Nota 4**).

NOTE

Nota 1

Psihoza isterică a fost o etichetă diagnostică rar folosită către sfârșitul secolului XX. În ultimii ani există o tendință de reactualizare a acestui concept ca „psihoză disociativă”, corelată cu experiența traumelor psihice (Moskowitz, 2009). Tradiția conceptului face trimitere la stările disociativ psihotice în terminologia și interpretarea lui Janet. „Psihozele reactive” au fost mult timp acceptate și comentate în

psihiatria scandinavă. Actuala tendință este însă de a încorpora și tradiția „reacțiilor de stres posttraumatic”, în corelație cu o viziune psihanalitică lărgită asupra traumei. Sunt reactualizate și stările de transă, pe care experiențele religioase de diverse culturi le mențin sau le evocă. În această zonă de confluență, psihozele disociative sunt considerate ca manifestându-se prin episoade de durată relativ scurtă, cu predominarea trăirilor halucinator delirante și de identitate (inclusiv corporală), dar fără o simptomatologie deficitară și dezorganizantă pregnantă.

Problema pe care o ridicăm este însă nu a episoadelor psihotice disociative, ci a încorporării alterității, concepută inclusiv ca personaj supranatural.

Nota 2

Concepția fenomenologico-hermeneutică asupra persoanei umane a lui Ricoeur (1990) orientată moral, a stimulat constant psihopatologia fenomenologică din ultima perioadă, deschizând un orizont stimulat pentru analiza dimensionării intrinseci a sinelui prin alteritate. Lucrarea sa de sinteză – *Soi même come un autre* – e importantă deoarece conduce tema intersubiectivității/intercorporeale (Husserl, Merleau-Ponty) în direcția narativității. Din păcate, progresele în această direcție sunt modeste. Recenta lucrare a lui Stanghellini și Rosfort (2013), deși axată explicit pe viziunea lui Ricoeur, nu integrează multiplicitatea direcțiilor pe care le-a propus psihologia narativă a persoanei din SUA. În capitolul 3 s-a încercat aplicarea acestor direcții la interpretarea delirului. Capitolul de față se plasează în continuitatea acestuia, sugerând intervenția în delir și a structurilor narrative mitico-sacrale, ce susțin realitatea personajelor supranaturale. Subiectul, existând în mediul cultural în care ideologia religioasă e activă, asimilează în structura psihismului său „realitatea” acestor personaje, ce devin active în anumite stări delirante. Personajele mitice religioase nu sunt însă decât una din direcțiile multiplicării sinelui printr-o instanță a alterității ce e asimilată. Cealaltă direcție, reprezentată de asimilarea imagourilor personajelor de atașament, va fi comentată în capitolul următor. Lucrarea lui Stanghellini și Rosfort reține totuși de la Ricoeur diferențierea între „ego” și „ipse”, pe care o analizează mai nuanțat decât alți fenomenologi și psihopatologi (ca de exemplu Henry, Sass, Parnas).

Nota 3

Psihologia persoanei și psihopatologia au o importantă tradiție de analiză și interpretare în perspectiva „câmpului interpersonal” și a „circumplexului relaționărilor interpersonale”, cu aplicații predominant în aria tulburărilor de personalitate. Teoria atașamentului, continuând psihologia eului derivată din psihanaliză, a dezvoltat înțelegerea comportamentului interpersonal prin internalizarea experienței interpersonale, direcție în care s-au afirmat Horowitz, Benjamin, Pincus. Această viziune (Pincus, 2010) trimite la implicarea în motivație a modelelor de relaționare intrapsihică ce angrenează imagourile introjectate ale „altora” semnificativi. Se subliniază astfel dimensionarea interioară a sinelui prin alteritate în general, și prin anumite tipuri de relaționare cu alții, în special. Înțelegerea relaționărilor intrapsihice firești ar putea fi invocată și în psihopatologia delirului.

Nota 4

Configurația de „unu-multiplu” a identității subiectului, incluzând dimensionarea prin alții și prin spiritualitate, interesează în mod special psihopatologia ce se preocupă de corelația cu religia. Astfel, într-o sinteză recentă (Brand *et al.*, 2009) comentează o structură ierarhică a identității cu sine (*self-identity*) din care face parte și sinele nuclear și sinele social. E acceptată concepția psihanalitică privitoare la „încorporare”, „introjecție” și „identificarea parțială” în raport cu alții; precum și contribuția teoriei atașamentului a lui Bowlby, și a „mamei suficient de bune” a lui Winnicott. După ce se comentează aspectul dialogal al sinelui cu el însuși, se au în vedere figurile religioase de atașament. Se subliniază că atât identitatea cât și transformarea sinelui se bazează pe narativitate. Dimensiunea religioasă spirituală a sinelui poate consolida identitatea sau o poate stabiliza. Astfel de abordări ar merita să fie avute în vedere atunci când se comentează delirul cu tematică religioasă și dedublarea psihotică a sinelui.

CAPITOLUL 6

PIERDEREA AUTOCONTROLULUI ASUPRA INTIMITĂȚII PSIHISMULUI. SIMPTOMELE DE PRIM RANG SCHNEIDER

La mijlocul secolului trecut, psihiatrul german Kurt Schneider a grupat un set de simptome subiective etichetându-le ca fiind de „prim rang” în diagnosticul schizofreniei, în absența unei suferințe organice cerebrale. Acestea, care sunt în prezent cunoscute sub sintagma „simptomele de prim rang” (SPR) constau din: percepția delirantă (a delirului primar), halucinații auditive comentative, fenomene de transparență a gândirii (gândire audibilă, difuzare, citire a gândirii), influență asupra gândirii (insertia, retragerea și dirijarea gândirii), control asupra deciziei și comportamentului și pasivitate somatică. Acest grupaj sindromatic se distribuie sau se orientează în mai multe direcții psihopatologice. O parte se corelează cu simptomele paranoide, de „centralitate”, referitoare la simptomele de referință, cele senzitive de relație, de urmărire și supraveghere a intimității. Particularitatea SPR constă în faptul că e „depășită limita” dintre exterioritatea lumii înconjurătoare, la care au acces și persoanele publice, străine; și, pe de altă parte, zona subiectivității intime, a secretului și deciziei strict personale, zonă privată, la care au acces doar persoanele intime, de atașament. Alt grupaj din simptomele SPR, cele ale controlului voinței și comportamentului, se orientează în direcția psiho-relațională în care subiectul poate fi manipulat prin autoritatea sugestiei sau hipnozei. În sfârșit, o a treia perspectivă de raportare ar fi cea la tulburările cursului gândirii susținute de trăiri depersonalizante, anonimizante. Acestea sunt resimțite de subiect ca petrecându-se spontan, în fundalul conștiinței sale, în primă instanță fără intervenție xenopatică. Așa ar fi: presiunea gândirii (mentismul), blocajul (întreruperea, golul mental), mișcări spontane nevoluntare; sonorizarea gândirii ar ține și ea de această clasă. În primă instanță subiectul resimte că o serie de trăiri – ale gândirii și comportamentului său – nu se derulează firesc și îi scapă de sub control, parcă ar fi străine, nu ar mai fi ale sale. În raport cu acest moment inițial, s-ar produce apoi o atribuire xenopatică: blocajul mintal e resimțit ca retragere a gândirii de către cineva din exterior, interferența ca și gândire impusă, sonorizarea, ca răspândire și citire a gândurilor. Interpretările fenomenologice recente (ale școlii din Copenhaga) interpretează SPR ca o deficiență a sinelui nuclear, înțeles ca „ipseitate”; adică fiind caracterizat prin sentimentul de „agenție” și „apartenență” (*ownership*).

SIMPTOMELE DE PRIM RANG SCHNEIDER ȘI CORELAȚIILE LOR PSIHOPATOLOGICE

La mijlocul secolului XX, Kurt Schneider, profesor la Heidelberg a opinat că din multitudinea de simptome atribuite pe vremea sa (1939) schizofreniei, câteva pot fi considerate „de prim rang” în diagnosticul pozitiv și în cel diferențial față de ciclomotie (tulburarea bipolară), dacă nu e prezentă o patologie cerebrală. Acestea sunt: – sonorizarea gândirii; – halucinații auditive comentative constând în mai multe voci ce vorbesc despre pacient; – voci care acompaniază propriile acțiuni cu comentarii, observații; – trăiri de influențare a corpului; – furtul gândirii și alte

moduri de a influența gândirea; – răspândirea gândirii; – percepții delirante și influențarea trăirilor, a voinței, a instinctelor și a activității. Ulterior, el a introdus în listă înregistrarea gândirii (1958) și pasivitatea somatică.

S.P.R. după Liddl (2009)

– 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 normale

„Simptome de prim rang” descrise de Schneider (SPR) nu au atras inițial atenția specialiștilor. Ele s-au impus odată cu traducerea lor în engleză, și cu avansul definițiilor operaționale și a interviurilor structurate în diagnosticul psihiatric. Mai ales studiul internațional OMS asupra schizofreniei – care a folosit instrumentul standardizat PSE-9 în care diagnosticul acestei boli se baza în esență pe SPR – a atras atenția asupra acestui grupaj sindromatic. O parte din simptomele SPR au fost introduse în scala Andreasen (1983) pentru diagnosticul schizofreniei pozitive și în criteriile de diagnostic ale acestei tulburări din Manualul american de diagnostic DSM-III-IV; dar, cu plasarea acestei simptomatologii sub eticheta de „delir bizar”. Sistemul de diagnostic al OMS ICD-10 le consideră de asemenea esențiale pentru identificarea schizofreniei (**Chenar 47**). Dar în manualul de diagnostic adiacent ICD-10, SCAN, ele sunt comentate nu ca deliruri (bizare) ci ca „tulburări de gândire descrise subiectiv și experiențe de înlocuire a voinței”. Studiarea semnificației clinice a SPR a fost mult cercetată și dezbătută în ultimele decenii. Există în prezent opinia aproape unanimă că ele nu sunt specifice schizofreniei, întâlnindu-se și în alte tulburări psihotice, scurte și prelungite; precum și în tulburarea bipolară. Importantă e amploarea, dar mai ales durata prezenței acestor simptome; și contextul sindromatic clinic în care sunt prezente (Nota 1).

Grupajul SPR reunește simptome ce sunt plasate de psihopatologia descriptivă didactică în diverse clase: a tulburărilor delirante (delirul primar), a halucinațiilor (referința la halucinațiile auditive comentative), a cursului gândirii (ecoul, sonorizarea, întreruperea gândirii), a patologiei transparenței și influenței xenopatice, care nu poate fi pus în corelație cu alte arii semiologice.

Criterii ICD-10 pentru diagnosticul de schizofrenie

Prezența, timp de peste o lună, a cel puțin un simptom din itemii de la a) la d) și/sau cel puțin doi din itemii e-i;

- a) Ecoul, inserția, furtul și răspândirea gândirii;
- b) Idei delirante de control, influență, pasivitate, ce se referă clar la corp, membre sau la gânduri, acțiuni, sentimente specifice; percepție delirantă;
- c) Halucinații auditive comentative privitoare la comportamentul curent al pacientului sau discutând între ele despre pacient; alte halucinații auditive venind din corp;
- d) Idei delirante variate care au un conținut neadekvat cultural și sunt complet imposibile;
- e) Halucinații persistente de orice tip;
- f) Întreruperi ale cursului gândirii sau interpelări, din care rezultă vorbirea irelevantă, incoerența, neologisme;
- g) Comportament cataton: excitație sau postură catatonă, flexibilitate ceroasă, negativism, mutism, stupor;
- h) Simptome negative ca: apatie, sărăcire a vorbirii, răcire afectivă sau incongruență a răspunsului emoțional, ce au de obicei ca rezultat retragerea social;
- i) Lipsa de interes, de finalitate, autorepliere, retragere socială.

O corelație ce se impune pentru unele dintre simptomele SPR este cea cu delirul paranoid (schizomorf), care include fenomenele senzitive de relație și supravegherea intimității. Alte simptome pot fi corelate cu manevrarea autoritară al comportamentului prin sugestie (hipnotică). În sfârșit, altele, ar putea fi puse în relație cu psihopatologia dedublării psihismului și cu tulburări ale cursului ideativ. La răscrucea atâtor direcții psihopatologice, trebuia să se impună și o dimensiune specifică a psihismului care se perturbă în acest grupaj sindromatic. În ultimul timp se consideră că e vorba de o disfuncție sinelui nuclear minimal. Această idee reia tema lui Jaspers că în schizofrenie în primă instanță este afectat eul conștient (conștiința de sine), în ceea ce privește delimitarea, coerența, identitatea și agenția sa. Într-un sens mai restrâns psihopatologia de orientare fenomenologică și cognitivă din ultimul timp, consideră că SPR exprimă o perturbare a sinelui înțeles ca „ipseitate”. Aceasta se referă mai ales la două funcții: cea de „agenție”, adică sentimentul subiectului că *el* este autorul actelor sale intenționale; și funcția de „apartenență” la sine a propriilor trăiri (*ownership*).

Aria din SPR care se corelează cu paranoia schizomorfă e destul de importantă. Ea cuprinde în primul rând delirul primar al lui Jaspers, care e însă invocat doar prin ultima sa etapă, cea a percepției delirante. Această includere nu e comentată explicit de Schneider și de urmași, ea având însă semnificația de a indica centralitatea și „căderea” psihismului pe acea orbită (scenă) a psihozei, pe care Jaspers o indică prin intervenția procesului psihopatologic. E de reținut că sunt incluse la acest nivel în SPR trăiri ce se referă la mesaje „nepersonalizate” așa cum sunt unele simptome de referință, constând în percepții decontextualizate și hipersemnificate (*salience*). În continuare, includerea halucinațiilor audio-verbale comentative e relevantă pentru paralela cu convingerea delirantă senzitivă de relație. Dacă în spatele percepției delirante poate sta trăirea unor semnificații referențiale ce vin și de la elemente perceptiv

nepersonalizate, în senzitivitatea relațională sunt evident implicate alte persoane, considerate că au în centrul preocupării lor subiectul. Persoane care discută despre el și îl comentează.

Convingerea delirantă de relație senzitivă e proiectată pe ecranul lumii exterioare, unde persoane cunoscute și necunoscute apar ca acordând subiectului atenție deosebită, discutând negativ despre el, bațjocorindu-l, complotând. Halucinațiile auditive comentative sunt proiectate, de asemenea, în spațiul exterior, la fel ca orice halucinație. Spre deosebire însă de halucinațiile apelative injurioase sau imperative, ele nu se adresează direct, ci indirect subiectului. Ceea ce subliniază faptul că e vorba de intervenția unor „străini”. Oricum, de persoane plasate la o distanță psihologică la care nu e posibilă confruntarea și dialogul. Cu aceasta începe să se profileze una din caracteristicile de bază ale SPR, aceea de a exprima accesul persoanelor aflate la mare distanță psihologică de subiect – persoane oficiale, anonime, străine – la zona intimă a psihismului său.

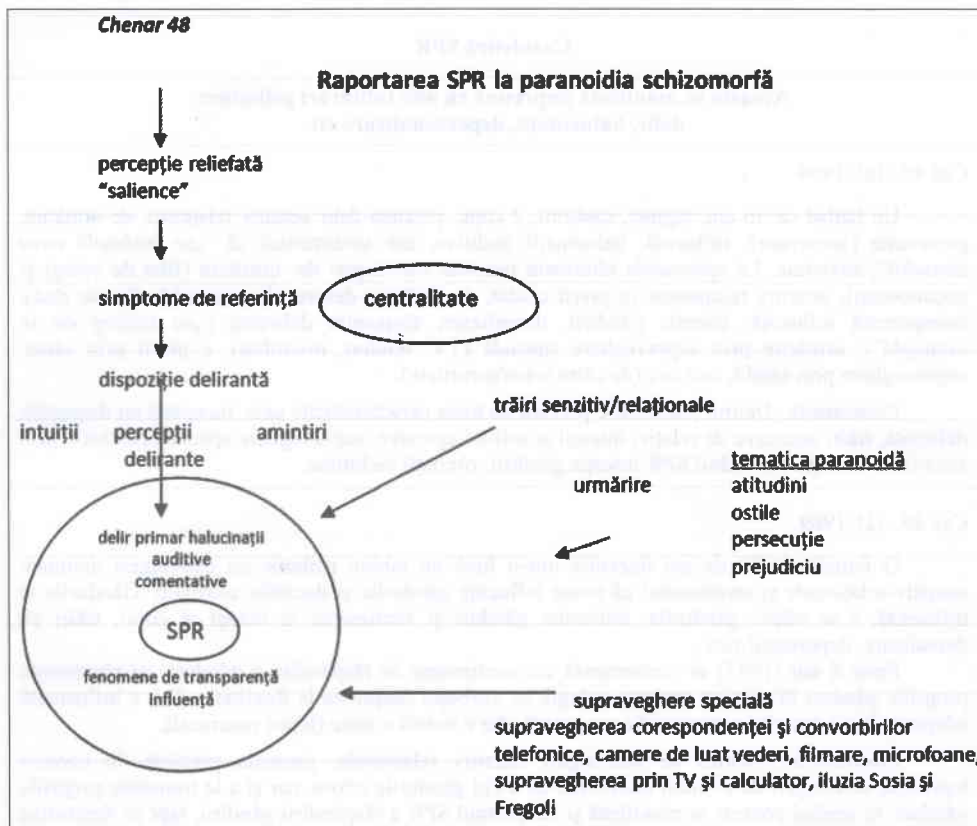
Cealaltă variantă a halucinațiilor audio-verbale incluse în SPR, vocile care comentează gândurile, intențiile și acțiunile subiectului, precizează acest specific. „Ceilalți”, deci alte persoane străine, nu doar că sunt atente în mod special la subiect și îl au în centrul preocupării, a comentariului lor; dar au pătruns în cea mai adâncă intimitate a sa, cea în care se elaborează gândurile și intențiile cele mai secrete. Intră în scenă acel aspect al paranoidei schizomorfe ce se referă la supravegherea intimității prin înregistrarea convorbirilor telefonice și corespondenței, microfoane și camere video plasate în casă, observarea prin TV și calculator, fotografiere, filmare etc. Întreagă această supraveghere – care include și substituirea de persoane prin iluzia Fregoli și Sosia – se menține însă în preajma subiectului, în exterioritatea lumii sale intime.

Odată cu simptomatologia SPR subiectul resimte însă că supravegherea ajunge și în interioritatea subiectivității sale. El are sentimentul că propriile gânduri sunt cunoscute de persoane sau instituții din exterior prin diverse modalități: citirea gândirii, ghicirea gândirii, sonorizarea, răspândirea, împărtășirea gândirii (**Chenar 48**).

O altă direcție cu care unele simptome din SPR se articulează este cea a manipulării prin dominare și sugestie xenopată a unor trăiri, decizii sau acțiuni. Studiarea tulburărilor de personalitate au degajat tipul dependent, care resimte constant și imperios nevoia de a fi condus și dirijat; și nu doar în direcția deciziilor de acțiune, ci și în ceea ce privește opiniile, preferințele, atitudinile.

Pe de altă parte, tradiția sugestiei și hipnozei indică posibilitatea ca o persoană dominatoare să poată implementa în pacient, prin fascinație sau alte tehnici de sugestie, diverse idei, dorințe, atitudini, opțiuni, comportamente. Sugestia hipnotică se înscrie în aria largă a proceselor de modelare și influențare de către alții a gândurilor, deciziilor și comportamentului. E vorba de obicei de persoane care au un prestigiu deosebit, care sunt respectate și/sau admirate, față de care subiectul se plasează într-o poziție de sumisiune și dependență. Dirijarea și influențarea persoanei din partea unor instanțe exterioare, se petrece și din partea instanțelor și instituțiilor sociale, educative, politice, comerciale etc. Ea are în spate însă și lunga tradiție culturală a comunicării și influențării omului de către forțele supranaturale divine, demoniace sau de spirite, în contextul unor relații speciale de conpenetrare. Tradiție care se

regăsește actualmente mai ales în fenomenul delirant al dedublării prin posesiune. În sfârșit influențarea din partea altora a propriilor gânduri, preferințe, decizii sau acțiuni este un fenomen natural și firesc din partea persoanelor de atașament; a celor aflate în relație intimă cu subiectul, așa cum sunt părinții față de copii sau partenerii afectivi și de viață (a se vedea **Chenarul 33 și 34**). În toate aceste cazuri el nu resimte însă gândurile, deciziile și acțiunile induse sau dirijate de alții ca străine de sine, ca „nefiind ale sale”.



Dintre simptomele SPR în această clasă se înscriu: inserția și dirijarea gândirii, influențarea deciziilor, sentimentul de comportament impus, mișcările și vorbirea impusă. Gândirea impusă și dirijarea este resimțită alături și împreună cu fenomenele de transparență psihică. Unele dintre acestea apar și ele firești în contextul relațiilor intime, așa cum ar fi cunoașterea și împărtășirea gândirii.

În cazul simptomatologiei SPR apare evident un deficit, o distorsiune a sentimentului de control decizional asupra intimității, fapt care sugerează și o trimitere spre sindromul de depersonalizare/derealizare. Acesta se caracterizează, în varianta sa standard prin sentimentul pierderii familiarității cu propriile trăiri, cu sine și cu lumea ambientală. Se poate interpreta că SPR se desfășoară în două secvențe. Prima ar fi tocmai pierderea sentimentului familiarității, a apartenenței la sine a

propriilor gânduri, intenții, decizii și mișcări. Al doilea moment, ar fi atribuirea lor unor persoane sau instanțe străine, care ajung să le cunoască, să le controleze și să le influențeze la fel ca persoanele intime. Trimiterea la patologia depersonalizării e însă mai complexă, unele aspecte ale SPR corelându-se cu alte aspecte ale acestui sindrom nuclear al psihozelor; mai precis cu transpersonalizarea delirantă și cu apersonalizarea devitalizantă. În ultimul caz este distorsionat filtrul informațional atențional, după modelul disfuncției coerenței centrale (a se vedea capitolele 7 și 8).

Cazuistică SPR

Aceasta se manifestă împreună cu alte tulburări psihotice: delir, halucinații, depersonalizare etc.

Caz 48. 365/1989

Un bărbat de 36 ani, inginer, căsătorit, 2 copii, prezintă delir senzitiv relațional, de urmărire, persecuție (securitate), influență, halucinații auditive, are sentimentul că: „*se întâmplă ceva deosebit*”, anxietate. La episoadele ulterioare prezintă convingeri de: urmărire (filat de colegi și necunoscuți), senzitiv relaționale (e privit ciudat, se vorbește despre el), paranoide (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 (de către soție/securitate).

Comentariu: Delirul paranoid e prezent cu toate caracteristicile sale, începând cu dispoziția delirantă, trăiri senzitive de relație, intenții și acțiuni agresive, supraveghere specială (inclusiv prin satelit); se adaugă din cadrul SPR inserția gândirii; oscilații ciclotime.

Caz 49. 321/1989

O femeie de 30 de ani 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 paranoide pregnantă, dar e notată o stare (hipo) maniacală.

Comentariu: Alături de convingeri senzitiv relaționale, pacienta prezintă, în context hipoman, convingeri de abilități deosebite, de a citi gândurile altora, dar și a le transmite propriile gânduri; în același context se manifestă și simptomul SPR a răspândirii gândirii, fapt ce determină cunoașterea de către alții a propriilor gânduri... Sentimentul transparenței psihice prin difuzarea și transmiterea către alții a propriilor gânduri ar putea fi o secvență specifică a SPR în context dispozițional maniacal.

Caz 50. 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.

Comentariu: Convingerile de urmărire și SPR sunt atribuite spiritelor; ulterior se identifică și cu Mesia; scenariul delirant se desfășoară într-o lume fictivă.

Caz 51. 772/1995

O femeie de 23 ani dezvoltă în câteva luni un tablou psihotic cu idei senzitiv- relaționale : „vecinii mă bârfesc, răd de mine”, halucinații auditive multiple „aud voci care comentează și îmi spun să fac tot felul de lucruri, când bune, când rele, vorbesc despre mine, aud zgomote prin casă... în interiorul capului”; „am în cap idei care nu-mi aparțin, parcă mi le bagă cineva... necuratul îmi bagă gânduri în cap, îmi cunoaște gândurile, îmi vrea răul... necuratul îmi trimite vedenii”... vede animale, oameni urâți, îl vede pe necuratul în cap, soțul și fiul vor să-i facă rău.

Comentariu: Psihoza se manifestă prin trăiri senzitive de relație atribuită vecinilor și voci care o dirijează, autorul fenomenelor SPR este diavolul (necuratul) pe care-l vede în cap.

Caz 52. 1142/2000

O femeie de 53 ani dezvoltă treptat, în 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 emană în atmosferă substanțe toxice care-i fac gândurile transparente... aceste lucruri au legătura cu extraterestrii... care, când trec pe lângă ea își modifică instantaneu aspectul... sunt diverse substituiți de persoane; o femeie cu care colaborează la serviciu e de fapt o agentă a teroriștilor care se ocupă cu trafic de organe”.

Comentariu: Simptomele SPR de transparență influență sunt atribuite unor experiențe făcute de securitate, dar apar și extraterestri care circulă sub diverse înfățișări, sunt frecvente substituiți de persoane.

Caz 53. 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. Sentimente de impunere a gândirii și dirijare a mișcărilor.

Caz 54. 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 dirijată.

Comentariu: Influența xenopatică e explicită atât prin comunicare telepatică cât și prin halucinații auditive ce o dirijează (simptom ce nu e inclus în SPR).

Caz 55. 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 punea 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”; cenestopatii 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 sună 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”.

Caz 56. 872/1997

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

Comentarea SPR în perspectiva delirului paranoid schizomorf și a controlului manipulativ, plasează esența acestui sindrom în zona disfuncției, a prăbușirii structurii ce organizează relația subiectului cu alții – cu alteritatea umană – pe diagrama intim public. Structura psihică relațională e în egală măsură un fenomen ce se desfășoară în exterioritatea existenței unui subiect, în raportările sale zilnice, diverse cu alții; cu care interacionează nemijlocit. Cât și o structură relațională intrapsihică, ce se organizează de-a lungul întregii ontogeneze și reglează din interior comportamentul social al subiectului. La conjuncția acestor două structuri se desfășoară relaționarea imaginativă metareprezentativă a subiectului, în calitatea de personaj, cu diverse alte personaje mai mult sau mai puțin fictive, cuprinse în diverse scenarii.

SIMPTOMELE DE PRIM RANG SCHNEIDER ȘI TULBURĂRILE FORMALE DE GÂNDIRE. SCALA BONN ȘI SCALA EASE

SPR au fost delimitate de Schneider pe cazuri clinice de schizofrenie cu internare îndelungată. Elevul său Huber s-a preocupat – inițial tot la Heidelberg apoi la Bonn – de perspectiva longitudinală a acestei tulburări. El a studiat stările defective ale evoluției pe termen lung a schizofreniei. Dar și simptomele prodromale sau care ar putea indica o vulnerabilitate pentru schizofrenie, cu mult timp înainte ca tulburarea să se manifeste. Astfel, a luat naștere „Scala Bonn pentru Simptome Bazale (prescurtat BSABS sau BS). Aceasta investighează simptome subiective care ar indica o slăbiciune sau vulnerabilitate a eului (sine-self), pentru psihoză în general și pentru schizofrenie în special cu mult timp înainte ca boala să se manifeste. Deși SPR sunt cele avute în vedere de elevul lui Schneider, ele nu sunt cercetate în varianta lor clasică; ci, e urmărită evidențierea tulburărilor precursorale ale acestora. Scala are 5 capitole: A) Deficiențe dinamice globale; B) Diminuarea capacității de a face față solicitărilor; C) Tulburări cognitive; D) Cenezezii; E) Tulburări neurovegetative și de somn. Cercetând deficitul energetic global și capacitatea de a face față solicitărilor, SB sesizează și evidențiază ceea ce cognitivismul interpretează ca reducere a capacității de prelucrare a informațiilor, simptome care se corelează și cu tulburări decelabile în prezent prin probe neurocognitive (deci „ne-subiective” ca în SB). Pe de altă parte, ea identifică trăiri pe care neofenomenologii actuali le etichetează ca „hiperreflexie” a

sinelui, ce însoțesc deficitul de autoafirmare. Capitolul C, dedicat tulburărilor cognitive abordează și tradiționalele tulburări formale ale cursului gândirii ce se manifestă prin: interferența gândirii, obsesii, mentism (aparitia în minte a unui amalgam de gânduri necontrolabile) și blocaj (întreruperea bruscă a cursului gândirii urmată de un gol mental și reluarea sa în diverse direcții). Aceste fenomene sunt corelate cu reducerea capacității atenției de a reuni ordonat informațiile sub o semnificație sintetică. Scala Bonn evidențiază și tulburările de semnificare ale gândirii concrete, atunci când trebuie să reunească mai multe informații într-un ansamblu, adică simptome de „apercepție”; precum și dificultățile de abstractizare. Tulburările formale din seria interferenței gândirii, exprimă și o posibilă înstrăinare, o nesolidarizare a subiectului cu propriile trăiri ideatice. De fapt, fluxul ideatic ce submerge și înconjoară gândirea țintită a subiectului, atrage date informative și intenționale variate, ce constituie un fel de halou, de ofertă față de intenționalitatea țintită și asumată actual. Din aceste date, subiectul poate selecționa și personaliza materialul informativ ce îi este realmente util în circumstanțele date. Fenomenul parazitării alienante a gândirii realizat prin această „ideație intruzivă” – care poate fi considerată avancamera „inserției gândirii” din SPR – a fost studiat recent și în legătură cu obsesionalitatea.

SB comentează apoi destul de detaliat fenomenul blocajului gândirii, care ar putea fi corelat cu trăirea „retragerii gândirii” din SPR. Dar, golul mental al blocajului gândirii este trăit fără un sentiment de intervenție xenopatică.

În SB mai este analizată (C 1.13) „tulburarea inițiativei gândirii, a energiei și intenționalității ideatice”. Acest fenomen de pasivitate ideatică apare și el ca un teren propice pentru „inserția gândirii” din SPR. La capitolul C.3. „Tulburările acțiunii (mișcării)”, e indicat sentimentul „mișcării automate” și cel al „blocajului motor”, în care subiectul resimte că motricitatea îi scapă de sub controlul voluntar. Din nou, fenomenul e delimitat în absența unui sentiment xenopatic al impunerii sau dirjării motricității (în DSM-5 aceste simptome sunt plasate în capitolul tulburărilor disociative). În schimb, în SB este menționat sentimentul efortului de automobilizare pentru acțiune, trăire pe care neofenomenologii o studiază ca „hiper-reflexivitate”.

Klosterkötter, membru al echipei de la Bonn a descris și urmărit tranziția între simptomele bazale așa cum au fost comentate mai sus și SPR.

Trăirile sau microsimeptomele pe care le relevă SB sunt interpretate prin ceea ce cognitivismul numește „deficiența filtrului informațional” care e atribuit în primul rând atenției selective, fiind corelat cu o schemă generală a informației după modelul „coerenței centrale”. În SPR s-ar putea invoca mai ales o perturbare a filtrului informațional de protecție a sinelui în relaționări personalizate (vezi **Chenarul 50**). Dar, și a celor nepersonalizate, dacă se are în vedere includerea delirului primar și tulburările cursului ideativ. Analiza școlii din Bonn corelează simptomatologia „tematică” a SPR, inclusă de obicei în patologia delirantă „pozitivă” cu simptomatologie predominant „formală” ce se exprimă în simptomatologia deficitar dezorganizantă.

Faptul că SPR sunt trăiri eminentamente subiective, aspect remarcat și cultivat de autorii SB, a atras atenția neofenomenologilor, care consideră că tulburarea bazală („generatoare”) a schizofreniei se află la nivelul sinelui (Sass, Parnas, Zahavi). Această tulburare ar consta dintr-o perturbare a „sinelui minimal”, a „ipseității”, manifestată printr-o insuficiență a autoafirmării, dublată de o hiperreflexie blocantă. Prin acest deficit se perturbă funcțiile de bază ale sinelui minimal, înțeles ca „eu însumi”; cea de „agenție” și cea de „apartenență” („ownership”, „meiness”). Pornind de la SB a fost astfel construită scala experiențelor anormale (anormalous experience) EASE. Ea a fost testată pe persoane aparținând spectrului schizofren predominant în faza prodromală. Scala se concentrează asupra simptomelor subiective depersonalizante, devitalizante și anonimizante, incluzând și tulburările formale de gândire, ce conduc la un sentiment al subiectului de a se simți „anonim”.

Din primul capitol se insistă asupra fenomenului de interferență a gândirii, care e studiat și în SB. Acesta se poate accentua în „presiunea gândirii” și fenomenul de „mentism”. Subiectul resimte că mare parte din gândurile ce le resimte „nu sunt ale sale”, nu sunt marcate de sentimentul „personalizării”, sunt intruzive. Dar nici EASE nu aduce în discuție fenomenul „insertiei gândirii” care e central în SPR, unde exprimă clar o acțiune xenopatică. La fel ca în SB se menționează și blocajul gândirii, ce poate fi și el corelat cu SPR. Dar cel mai mult se insistă pe ecoul și sonorizarea gândirii. Acestea, sunt incluse în SPR; însă, cu conotația că fenomenul e interpretat în acest caz de către subiect, în sensul că pe această cale propriile gândiri devin audibile și pentru alții. În EASE, sonorizarea gândirii e prezentată doar ca o expresie a „spațializării gândirii”, cu plasarea sa în spațiul perceptiv din afara corpului. Se menționează în plus faptul că această spațializare poate fi resimțită și intracorporal, gândurile putând fi plasate în diverse locuri ale capului sau corpului.

În ansamblu, EASE urmărește pierderea sentimentului de „personalizare” a ideții, de resimțire a acesteia ca originată în propriul sine (agenție) și aparținând sinelui (*ownership*). Fenomenul e plasat atât în marginea SPR cât și în cel al obsesionalității. Accentul este însă pus pe „anonimizarea pasivă”, subiectul resimțind că nu mai are gânduri, opinii, intenții proprii, personalizate, că ajunge să se supună opiniei altora; sau a celei generale. Apato-abulia impersonală și pasivă, slăbiciunea capacității de sinteză a eului, ar premerge și ar face loc SPR în cazul intervenției scenariului delirant. Dar, în joc e pusă acum altă față a schizofreniei, simetrică celei ce vine dinspre paranoia delirantă, căreia îi aparțin de fapt simptomele invocate de Schneider. E avut în vedere acel fundal al psihismului persoanei, al sinelui, din care emerge spontaneitatea și intenționalitatea ce se evidențiază în cursul gândirii. Se are în vedere funcția ce operează la acest nivel, asupra varietății și multiplicității trăirilor, pentru a le reuni sintetic într-o unitate cu sens și semnificație personală, asumată. Tradiția psihologiei teoretice europene trimite la conceptul de „apercepție” instituit și folosit de Leibnitz și Kant. De precizat că însăși sentimentul de „centralitate” este comentat în EASE ca un fel de autoreferință bazală, fără a se dezvolta legătura sa cu simptomatologia senzitivă de relație și cu supravegherea intimității din paranoia. Sau, cu interpretarea specială a semnificațiilor din fenomenele de referință, ce se aglomerează apoi în dispoziția (atmosfera) delirantă a delirului primar.

MODELE COGNITIVE ȘI ALE DISFUNCTIEI CEREBRALE ÎN INTERPRETAREA SPR

Cognitivismul încearcă să elaboreze teorii testabile experimental pentru fenomenele psihopatologice. În 1989, Frith și Done s-au concentrat asupra simptomului de control extern al mișcării pe care-l trăiesc unii dintre schizofreni, care au sentimentul că nu ei sunt autorii mișcării pe care o execută. Acest fenomen ar putea fi interpretat printr-un model al anticipării rezultatelor perceptibile ale acțiunii pe care o inițiem și executăm (*forward model*). Dacă e perturbată această informație, subiectul poate să atribuie mișcarea unuia din membrele sale unui factor extern: și nu inițiativei sale. Grupul de cercetare a elaborat modele experimentale pentru testarea acestei ipoteze, la normali și schizofreni (de exemplu, o anumită atingere cu mâna dreaptă a celei stângi, direct sau prin intermediul unui robot). În această direcție de cercetare, care presupune un proces proactiv, unul postactiv și unul comparator, continuă să se imagineze modele experimentale și în prezent (Synofzik, 2013). Într-un bilanț recent, Frith (2012) menținându-și ideea din 1989, comentează și principala dificultate a problemei: și anume, în ce măsură interpretarea poate fi aplicată și inserției gândirii. Faptul ar presupune echivalarea gândirii cu un act motor (ceea ce, spune autorul, a fost propus în trecut). Întreaga elaborare presupune în cazul SPR o insuficiență a delimitării între interioritatea subiectivă și exterioritate. Faptul ar susține și interpretarea halucinațiilor audio-verbale ca o exteriorizare a propriei gândiri și vorbiri interioare.

În aceeași paradigmă de interpretare și cercetare se impune și echipa lui Jannerot. Într-unul din studiile sale, autorul comentează pe larg fenomenologia acestei teme, pornind de la distincția lui Gallanger între funcția de „agenție”, – care se referă la inițierea de către sine a unei mișcări; și funcția de apartenență (*ownership*), prin care sinele resimte unele trăiri ca ale sale. Astfel, el resimte ca membrul său se mișcă; dar poate fi vorba de o mișcare pasivă, pe care o efectuează altcineva manipulându-i membrul; sau mișcarea poate fi efectuată reflex; sau, determinată prin excitarea cortexului cerebral. În nici una din eventualitățile menționate, subiectul nu inițiază el însuși mișcarea propriului braț. Alte aspecte fenomenologice ale problemei ar consta din: – imaginarea unei mișcări, pe care subiectul ulterior nu o mai execută: – coparticiparea tacită la mișcările efectuate de altul sau chiar imitarea acestuia (faptul ar explica învățarea prin observarea comportamentului altuia); – coordonarea intențională și efectivă a propriilor mișcări cu ale altuia, cu care subiectul colaborează sau căruia i se opune într-o confruntare. Astfel, proiectarea și monitorizarea propriilor acțiuni nu e doar una standard, de laborator. Ea se înscrie în interacțiunea subiectului cu alții, în viața de zi cu zi, fiind într-o permanentă „acordare” cu intențiile și acțiunile pe care le desfășoară alții (autorul nu comentează eventualitatea executării unor mișcări în stare hipnotică sau posthipnotică).

O altă direcție de studiu se înscrie în concepția evoluționistă a lui Crow (1999), conform căreia psihoza e un preț plătit pentru câștigul filogenetic al antropogenezei ce constă în achiziționarea limbajului articulat în urmă cu 150.000 ani; fenomen care e strâns legat de asimetria interemisferică. O insuficiență a acestei diferențieri vulne-

abilizează atât limbajul (comunicativ și narativ) cât și capacitatea de diferențiere între spațiul interior și lumea exterioară. Lume ce-i cuprinde și pe ceilalți. SPR sunt incluse de Crow și echipa sa în această paradigmă de cercetare. Studiile cuprind cazuri ce prezintă SPR și cărora li se aplică teste complexe de limbaj, lateralizare și diferențiere interior-exterior (Ceccherini-Neli A. *et al.*, 2007).

Chenar 49

TABLOU COMPARATIV AL SPR ALATURI DE FULBURARILE FORMALE DE GANDIRE SI DE SIMPTOMATOLOGIA DELIRULUI PARANOID (SCHIZOFORM)

tulburări formale de gândire	SPR	delir paranoid de persecutie etc.
	halucinații auditive ce comentează subiectul	
(ecoul gândirii)	halucinații auditive ce comentează actele sonorizarea gândirii	sdr. senzitiv de relație halucinații apelative, imperative, injurioase paranoidia urmărire
interferența g.	răspândire, difuzarea g. împărtășirea g.	supravegherea de la distanță a a intimității (cu aparate)
ideație intruzivă	ghicirea g, citirea g.	control prin substituie de persoane (S.Capgras)
mentism		
(presiunea g.) întreruperea g. pierderea inițiativei	retragerea g. controlul g. impunerea g. contrafacerea g. controlul voinței	dedublare, stări disociative de posesiune
depersonalizare (pierderea limitelor sinelui) mișcări automate necontrolate	acte impuse	hipercontrol sugestie, manipulare
	pasivitate somatică	
cenestopatii	(emoții, impulsuri, senzații corporale)	dominare manipulativă
autoreferința primară	percepție delirantă (delir primar),	percepții reliefate semnificații speciale simptome de referință centralitate delirantă

Corelația semnificativă între acești parametri – inclusiv evaluarea funcționării cerebrale – au fost evaluate la schizofrenii cu SPR și la rudele de prim rang ale acestora.

Una din interpretările lui Crow se referă la dezintegrarea componentelor limbajului, ca fundal pe care apar SPR. Aceste simptome ar putea fi interpretate ca tulburări ale tranziției de la gândire la vorbire și de la vorbirea percepută la semnificație; concomitent cu dificultatea de a distinge între sinele subiectului (în momentul în care el vorbește) și sinele interlocutorului, plasat în lumea exterioară. Interpretările evoluționiste ale lui Crow nu acordă însă atenție distincției între relaționările intime – în cadrul cărora subiectul se raportează la persoane familiare – și relaționarea față de persoane publice, oficiale, străine.

UN MODEL DEVELOPMENTAL/CULTURAL DE ÎNȚELEGERE FENOMENOLOGICĂ A SPR

Simptomatologia aparent stranie a SPR devine ceva mai transparentă dacă urmărim procesul de personogeneză în cursul căruia se structurează polarizarea între zona intimă și cea publică a relaționărilor interpersonale. Și, dacă privim cu naturalețe existența cotidiană a omului normal, ce se desfășoară în mijlocul practicilor și instituțiilor umane, ce includ și religia.

În cursul primului an de viață subiectul comunică prereflexiv și prelingvistic cu mama, în cadrul unei intersubiectivități primare. Procesul privirii împărtășite ajută dezvoltarea sinelui personal în cunoașterea lumii exterioare. În același timp, împărtășirea privirii, subliniază importanța pe care o are matricea psihismului matern care sprijină acest proces, stimulând și impregnând psihismul în formare a copilului. Atașamentul realizează modelul dual de existență, prin care mama e reprezentată în psihismul copilului și când nu e prezentă (prin instanța „internal working model” descrisă de Bowlby), asigurând din această poziție de interioritate, siguranța în explorare și jocuri. Capacitatea reprezentativă ce apare la 18 luni, (când copilul poate imita pe cineva neprezent) și fenomenul mentalizării (*Theory of Mind*) ce se instituie la 3 ani (prin care copilul intuiește intențiile și opiniile celuilalt doar privindu-l), se realizează cu suportul acestei instanțe a reprezentării mamei și a celorlalți în interiorul psihismului personal, ca o prezență constantă, transactuală.

Însușirea funcțiilor executive și a limbajului narativ susține relaționarea curentă cu alții, ce se petrece în prima perioadă a vieții, în universul intim a celor apropiați. Acest spațiu sau câmp existențial al intimității care se instituie în primii ani, va persista toată viața, inclusiv după ce persoana își întemeiază o familie proprie și are proprii săi copii. El este un mediu psihologic în care secretele, opiniile, gândurile și intențiile se împărtășesc mutual, fără formulare verbală. Înțelegerea și acordul reciproc se realizează de obicei prin expresivitatea feței, a privirii mai ales, în contexte situaționale bine cunoscute de parteneri. Adică de cei apropiați sufletește, de cei din familie, de cei îndrăgostiți. La acest nivel nu se pune problema unei anormale „ghiciri a gândurilor”; sau a impunerii și dirijării patologice a gândirii și comportamentului.

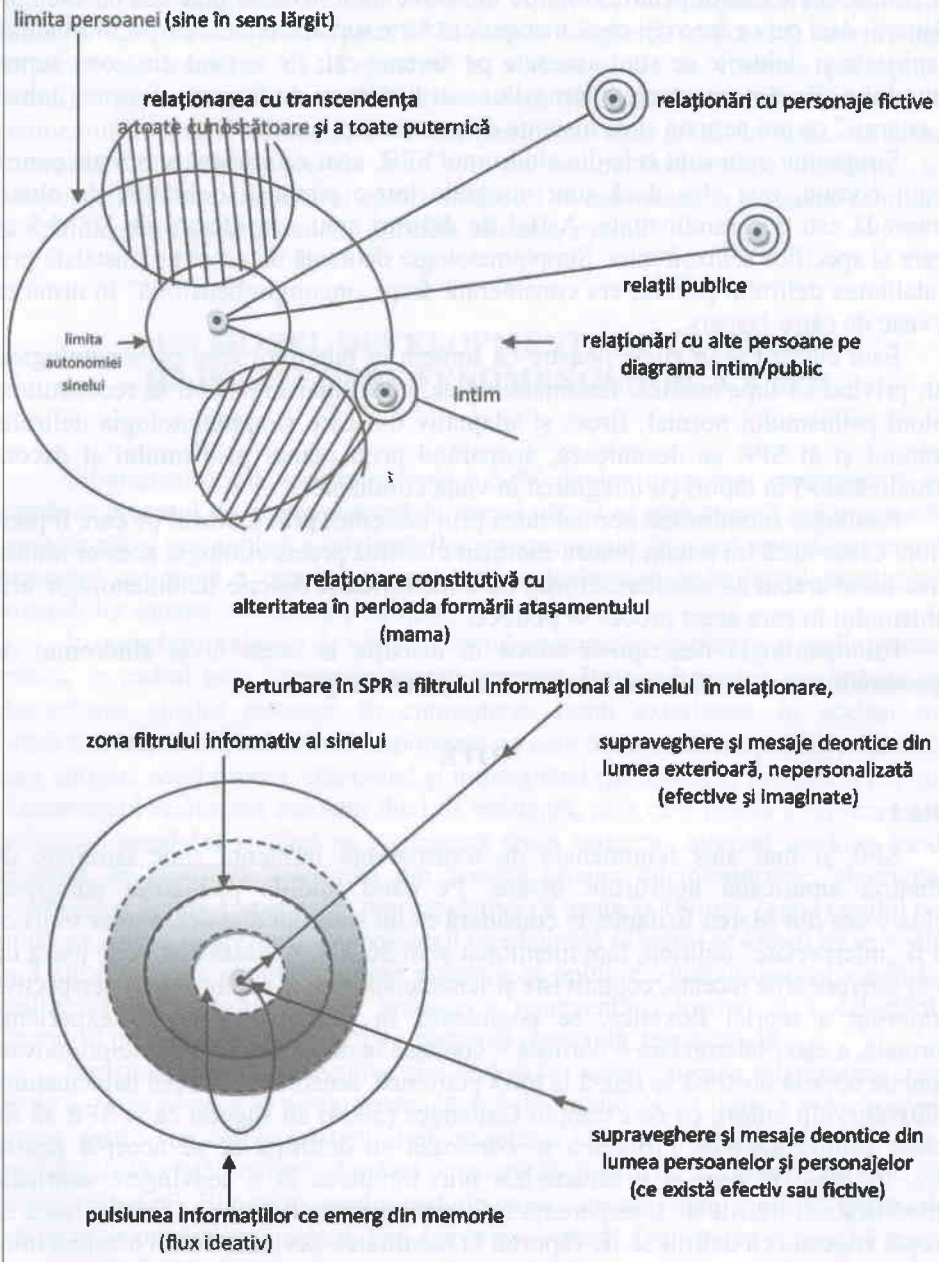
Alta este situația în zona publică și oficială, în care copilul se afirmă progresiv. Persoanele cu care el se relaționează acum se află la o importantă distanță psihologică de intimitatea sa. Distanță ce poate fi eșalonată gradual între persoane cunoscute, persoane aflate în relație publică constantă dar apropiate, persoane oficiale mai îndepărtate, persoane străine. În zona publică funcționează în mod natural acte de limbaj deontice, prin care se formulează din partea oficialităților ceea ce e obligator, interzis și permis subiectului să facă. În situațiile de conflict și confruntare, el încearcă să-și controleze și să-și mențină în intimitate secretele, intențiile și strategiile, pentru a nu fi la discreția oponentilor. Totuși există suficiente situații normale în care subiectul acceptă sugestiile și influența altora, se lasă dominat și dirijat, în diverse grade. Precum și situații în care mărturisește persoanelor oficiale, publice și străine gândurile și intențiile sale intime. De exemplu, în urma torturii sau șantajului. O altă situație specială este cea a dominării și fascinării de către o persoană autoritară, a unui subiect cu un eu mai fragil, cu tendință la dependență. În acest caz, ca și în situația hipnozei, e posibilă o importantă manipulare.

În general însă, subiectul poate controla ceea ce hotărăște să mențină în zona strict privată a psihismului său și ce să comunice public; ceea ce rămâne în zona sa de decizie intimă ultimă și ce accepte din sugestiile sau imperativele exterioare, oficiale, străine. În această relaționare cu zona publică nu e vorba doar de persoane concrete, ci de o întregă „instanță personalistică xenopatică”. Poziție pe care se plasează și instituții, organizații, personaje culturale, istorice sau ființe fictive și supranaturale. Pe lângă toate aceste specificări, se mai impune faptul că relațiile apropiate sunt concretizate în ființe determinate, pe când cele publice tind spre generalitate impersonală a lui „alții”, a străinilor anonimi, a xenopatiei generice.

Dacă ne referim acum la viața cotidiană ce se desfășoară în mijlocul practicilor instituționalizate, printre acestea întâlnim și practica religioasă susținută de credință. Credința în ființele supranaturale ce sunt implicate în mitologia religiei, poate fi transpusă și ea în scenariile delirante.

În plus, în creștinism și în religiile monoteiste, Dumnezeu este unic și absolut. El are în mod natural și definitoriu acces la instanțele subiective intime și poate influența deciziile și actele subiectului, îl poate nu doar ocroti ci și îndruma, sfătui. Unul din obiectivele rugăciunilor este tocmai o apropiere cât mai mare față de Dumnezeu, faptul ca acesta să fie alături de credincios, să-i ia în seamă gândurile, să-i asculte problemele, să-l îndrume și sfătuiască. Idealul misticilor constă în contopirea ființială cu Ființa Supremă. În aceste condiții, cunoașterea și controlul gândurilor intime de către Dumnezeu, faptul de a auzi vocea acestuia, i se pare credinciosului, un fapt posibil. Dumnezeu în atotputernicia sa, poate nu doar să se adreseze omului, să vorbească cu vocea sa – ca în cazul proorocilor – dar poate și media cunoașterea gândurilor sale de către alții. În mod similar, credinciosul poate accepta cu ușurință că, dacă e posedat corporal de diavol, acesta poate nu doar să-i cunoască gândurile ci și să i le controleze; și să-i dirijeze comportamentul. Sau, să utilizeze propriul corp și propria-i vorbire, pentru a se exprima, substituindu-i-se. Pacientul poate afirma: „nu eu am făcut sau vorbit astfel, diavolul din mine a făcut-o, utilizând trupul și vorbele mele”.

Lumea autonomiei sinelui în relaționare



La extreme, zona coexistenței intime și cea a relaționării cu ființa supremă, asigură un acces firesc la intimitate subiectivității, la zona de emergență a agenției, la cea a apartenenței la sine a trăirilor. Astfel încât, ele pot reprezenta puncte de

plecare pentru „des-implicarea” din normalitate a simptomatologiei ce se exprimă prin SPR. Dincolo de relația cu Dumnezeu și cu diavolul, relaționările subiectului uman cu instanțe ființiale supranaturale mediată de narativitatea mitico-fantastică, pot realiza și ele cadrul pentru astfel de trăiri. La acest nivel se plasează de exemplu vrăjitorii; deci cei ce fac vrăji ca să manipuleze forțe supranaturale. Perspectiva include și spiritele și duhurile ce sunt accesate pe diverse căi; fie venind din zona supranaturalului, fie din invocarea strămoșilor sau literaturii de ficțiune. Spirite, duhuri și „energii” ce pot acționa și ca instanțe de persecuție.

Simptome cum sunt cele din sindromul SPR, apar ca evident anormale pentru simțul comun, mai ales dacă sunt integrate într-o tematică delirantă, de obicei paranoidă sau de grandiozitate. Astfel de deliruri sunt considerate de DSM-5 ca bizare și specifice schizofreniei. Simptomatologia delirantă de acest tip, instalată prin modalitatea delirului primar, era considerată drept „incomprehensibilă” în urmă cu un veac de către Jaspers.

Este evident și în zilele noastre că suntem în fața unor stări psihopatologice. Dar, privind cu lupa analizei fenomenologice, nu e chiar imposibil să reconstituim tabloul psihismului normal, firesc și adaptativ din care simptomatologia delirului paranoid și al SPR se decantează, acaparând prim planul psihismului și decontextualizându-l în raport cu integrarea în viața cotidiană.

Patologia subminează normalitatea prin deficitul, prin minusul pe care îl pune în joc. Chiar dacă nu putem pentru moment clarifica precis etiologia acestui minus, nimic nu ar trebui să blocheze efortul de a identifica și descrie fenomenologic aria psihismului în care acest proces se petrece.

Psihopatologia descriptivă aduce în discuție la acest nivel sindromul de depersonalizare și derealizare, înțelese într-un sens larg.

NOTE

Nota 1

SPR și mai ales fenomenele de transparență influență sunt asimilate de psihiatria americană delirurilor bizare. Pe când tradiția psihiatriei europene, inclusiv cea din Marea Britanie, le consideră ca un sindrom distinct, a unor trăiri ce pot fi „interpretate” delirant, fapt menționat și în SCAN. Această distincție joacă un rol în interpretările recente, cognitiviste și fenomenologice ale delirului. În perspectiva *bottom-up* a teoriei doxatice, se postulează în primul moment o experiență anormală, a cărei interpretare – normală – conduce la delir; deși exemplele promovate inițial de această doctrină se referă la trăiri periferice, senzoriale, de tipul halucinațiilor și iluziilor, alți autori, ca de exemplu Gallanger (2004) au sugerat ca și SPR să fie incluse printre acestea. Problema se corelează cu definiția ce se acceptă pentru delir. În cazul în care el e caracterizat prin trimiterea la o convingere anormală nemodificabilă, trăirile de transparență/influență ar putea fi incluse în delir. Dacă se acceptă sugestia ca delirul să fie raportat la identitatea deviantă de rol a subiectului (într-un scenariu aberant dintr-o realitate fictivă) simpla „trăire” a cunoașterii sau inserției gândirii nu exprimă o modificare identitară. Aceasta apare doar în urma unei interpretări, cu plasarea subiectului într-un scenariu paranoid; în concluzie, optăm pentru varianta SCAN.

CAPITOLUL 7

DEPERSONALIZAREA ÎN PSIHOZE.

TRANSPERSONALIZAREA

Sindromul de depersonalizare/derealizare (Dep/Der) se referă la trăirea unui sentiment de nefamiliaritate cu lumea și cu sine: cu propriul corp și trecut, cu ambianța, cu alții. Subiectul simte că nu poate rezona afectiv la evenimente, la reprezentarea de sine, la situații, propriul corp poate fi resimțit ca deformat, lumea ireală. El are sentimentul că asistă ca un spectator la propria viață și la lume. În prezent, sd. Dep/Der e plasat în DSM-5 în clasa tulburărilor disociative (= sd. Dep/Der st.). Tradiția, ce începe în secolul XIX, pe măsură ce i-a descris mai amplu simptomatologia, l-a plasat în diverse contexte clinice, inclusiv în cele psihotice, delirante. Și în prezent sd. Dep/Der st. disociativ e considerat ca și comorbid cu multe suferințe cerebrale (migrenă, epilepsie etc.) și psihiatrice, întâlnindu-se și în normalitate în epuizare și stările stresante. Cea mai importantă comorbiditate este cu tulburările anxioase de care se deosebește însă clar prin lipsa sentimentului de pericol și a simptomelor neurovegetative. Aceasta ridică problema specificității sale pentru psihismul uman. Sd. Dep/Der poate fi identificat și în psihoze, așa cum a observat tradiția psihiatrică mai ales în faza de instalare a delirului, de trecere de la viața cotidiană la „lumea delirantă”, în cadrul căreia subiectul aderă de un rol special într-un scenariu aberant. În principiu este vorba de perioada „delirului primar” pe care însă tradiția care-l urmează pe Jaspers o centrează doar pe o variantă condensată.

Depersonalizarea și derealizarea psihotică din delir (sd. Dep/Der. ps) se însoțește de sentimentul schimbării. Pacientul afirmă: „ceva se întâmplă, ... eu m-am schimbat, ... cei din jur s-au schimbat, ...sunt vrăjiti” etc. Acest sentiment al schimbării este desigur marca tranziției – „mutării”, „căderii” – subiectului din condiția sa normală, în care e inserat în firescul vieții cotidiene, în condiția patologică a „lumii delirante”, în zona deficitară a „orbitei psihotice”. Sentimentul schimbării proprii se însoțește de nerecunoașterea aspectului său, de iluzii de schemă corporală, de perceperea deformată a altora, de sentimentul că ambianța e altfel, că „e cineva prezent în spațiul intim”, etc. În urma acestei schimbări, subiectul se simte cu o identitate și un univers de relație modificat, în situații aparte (persecutat, urmărit, posedat de diavol, în relații speciale cu Dumnezeu, marcat de transparența și influența gândirii etc.).

Sd. Dep/Der st. disociativ apare astfel doar ca o etapă a unui proces de transpersonalizare. Faptul că propriul corp și trecut, ambianța și alții îi par subiectului străine, sugerează o primă fază, de deconectare față de „lumea umană” a vieții cotidiene; dar subiectul își păstrează în această fază coerența propriei identități, chiar dacă aceasta apare ca ceva străin. Continuarea procesului depersonalizant duce la sentimentul „schimbării”, care relevă pierderea identității firești și tranziția spre o nouă identitate, delirantă.

Procesul depersonalizant, care este unul fundamental în psihopatologia psihozelor, mai are însă și o a treia etapă, care se referă efectiv la pierderea identității și asertivității personale originare. În contextul simptomatologiei negative a psihozelor se poate ajunge la trăirea unei „depersonalizări devitalizante”, „anonimizante” în care subiectul își pierde conturul, spontaneitatea, devenind pasiv și indiferent. El se transformă într-o entitate anonimă, abstractă.

SINDROMUL DEPERSONALIZĂRII. ISTORIC

Depersonalizarea, asociată frecvent cu derealizarea, indică tradițional un sindrom subiectiv caracterizat prin sentimentul nefamiliarității și neadeziunii subiectului în

raport cu sinele său corporal și psihic, cu ambianța și alții. Toate acestea îi apar străine, neobișnuite, nefirești. El nu se mai simte „acordat” cu situația, lumea și ceilalți, rezonanța sa afectivă e blocată, corpul poate fi resimțit cu senzații ciudate și deformat ca aspect și limite, trecutul îi apare străin. Sindromul a fost descris în secolul XIX și comentat constant în secolul XX, configurându-se două direcții principale de prezentare și interpretare. Una din acestea, care pune accentul pe trăirile subiective, acceptă că sindromul de depersonalizare/derealizare deși se manifestă frecvent ca și comorbid, se poate constitui și într-o tulburare specifică, diagnosticabilă ca atare. DSM IV-5 plasează tulburarea în clasa celor disociative, necomentând explicit și detaliat legătura sa cu psihozele. Deși trăirea subiectivă e foarte neplăcută, nu se constată obiectiv modificări corporale, expresive sau comportamentale notabile. Starea ar putea fi indicată ca sindrom de Depersonalizare Derealizare standard (sd. Dep/Der st.).

Cealaltă orientare, configurată la începutul secolului XX și marginalizată de sistemul DSM-III-5, articulează depersonalizarea cu trăirile psihotice; și mai ales cu dezorganizarea deficitară din schizofrenie. Ea are drept referință psihopatologică sugestia lui Jaspers, dezvoltată ulterior de psihopatologia germană (Bürge 2008, Mishara 2014, Moe 2014) că baza schizofreniei, ca prototip al psihozelor, e constituită de o tulburare a „eului” (Ichstößeung) în ceea ce privește: – activitatea (spontaneitatea) sinelui; – unitatea; – identitatea și continuitatea sa în timp; – delimitarea față de lumea exterioară (**Nota 1**). Procesul psihopatologic al delirului primar ar viza și el structura eului.

Chenar 51

Criterii DSM 5 pentru Tulburarea de depersonalizare/derealizare (încadrate la Tulburările disociative)

A. Prezența unor experiențe persistente sau recurente de depersonalizare și/sau derealizare.

1. Depersonalizarea constă dintr-o experiență de irealitate, detașare sau de a fi observator exterior a propriilor gânduri, sentimente (*feelings*), senzații, a propriului corp sau acțiuni (*e.g.* alterări perceptuale, sens modificat al timpului, sine nereale sau absent, amorțeală („numbing”) emoțională sau fizică).

2. Derealizarea constă dintr-o experiență de nerealitate sau detașare privitoare la ambianță (*e.g.* indivizii sau obiectele sunt trăite ca nereale, ca în vis, ca în ceață, lipsite de viață sau distorsionate vizual).

B. În timpul acestor experiențe testarea realității rămâne intactă.

C, D, E. Tulburarea determină o suferință semnificativă clinică sau deficiențe în funcționarea ocupațională sau socială; ea nu se datorează altor condiții medicale somatice, consumului de substanțe psihoactive și nu poate fi mai bine explicată prin alte tulburări mentale (ca schizofrenia, tulburarea de panică, depresia majoră, tulburarea acută de stres sau de stres posttraumatic sau alte tulburări disociative).

Bleuler se referea la depersonalizare ca la simptomul specific primar al schizofreniei, înțelegând prin acest sindrom o apersonalizare cu pierderea limitelor, dependență, înstrăinarea gândirii și voinței, dezorganizare. Ulterior, Langfeldt, când a făcut distincția între tulburarea schizofreniformă și schizofrenia propriu-zisă, a considerat că aceasta din urmă este marcată de o depersonalizare procesuală. La

mijlocul secolului XX, la Congresul Mondial de Psihiatrie de la Paris (1950), Follin a susținut ideea că depersonalizarea nu e atât un sindrom, cât o secvență deficitară în procesul de transformare ce-l suferă persoana în direcția recâștigării unei noi identități, delirante. Corelarea depersonalizării cu schizofrenia a revenit recent în atenția psihopatologilor fenomenologi (Parnas, Raballo) care studiază, în continuitatea școlii din Bonn, fazele prodromale ale bolii, comentând „simptomele bazale” sau „experiențele anormale”.

Înțelegerea depersonalizării ca tulburare ce marchează dinamica instituirii delirului sau fazele prodromale ale schizofreniei, ar trebui nu doar recunoscută și studiată de psihopatologia clinică actuală. Ci, și indicată prin anumiți specificatori, care să o diferențieze de varianta disociativă din DSM-5.

Simptomatologia specifică sd. Dep/Der a fost sesizată și comentată în prima jumătate a secolului XIX de autori ca Grissinger (1845), Zeller (1838), Esquirol (1847). Prima descriere sistematică e publicată de Maurice Krishhaber (1873). Termenul de „depersonalizare” e introdus de Dugas în 1894 care publică și o monografie cu titlul *La Depersonalization* definind sindromul ca „o stare în care apare sentimentul sau senzația că gândurile și actele scapă persoanei și îi devin străine”. Inițial sindromul a fost interpretat ca datorându-se unei tulburări senzoriale a percepției, a „cenesteziei” corporale, fapt ce ar explica și descrierile metaforice. Apoi, în spiritul epocii, au fost invocate facultățile psihologice ale memoriei și afectului. Fenomenul a fost apropiat de simptomul „jamais vu” (corelat celui de „déjà vu”) ca falsă memorie și pierdere a familiarității cu ambianța și sinele. Pierderea „sentimentului realității” și apatia făceau parte din sindrom. După ce s-a conturat conceptul de schemă corporală și imagine corporală (Head, Schilder, Lhermitte) disfuncția acestora a fost și ea invocată. Experimentarea sinelui a fost un alt concept adus în discuție. Janet a pus accentul pe deficitul de realizare a acțiunii ce duce la un „sentiment de incompletitudine”. Jaspers însă include sd. depersonalizării standard în conceptul mai larg al tulburării conștiinței de sine (Ichstörung) care ar fi nucleul patologiei schizofrene. Tulburarea implică activitatea sinelui, unitatea și identitatea acestuia, conștiința personalității și a delimitării sale de non-eu. Psihanaliza a văzut în depersonalizare un sindrom developmental rezultând din fixarea narcisistă. În secolul XX, între cele două războaie mondiale, Mayer Gross introduce termenul corelativ de „derealizare”. El considera că sd. Dep/Der este expresia unui răspuns preformat a creierului, analog cu deliriumul, catonia sau criza epileptică. Sindromul a fost descris în diverse contexte clinice, asociat frecvent cu atacurile de panică și epilepsia temporală. Sistemul de diagnostic DSM-5 plasează sindromul în cadrul tulburărilor disociative; iar în ICD-10 el e prezentat ca o tulburare (nevrotică) independentă. Treptat s-au sedimentat un grupaj de simptome reunite în câteva clustere caracteristice pentru acest sindrom, ce se poate manifesta și ca o tulburare psihică independentă. S-au constituit și scale de evaluare dintre care mai cunoscută este *The Cambridge Depersonalization Scale – CSD* (Sierra M., Berrios G.E., 2000).

Este instructiv a se compara simptomatologia invocată de viziunea DSM-5 care plasează Tulburarea de depersonalizare derealizare printre cele disociative – în descrierea lui Sienna (2009) –, cu sinteze semiologice mai vechi, ca de exemplu cea a lui Follin și Azoulay, din urmă cu aproximativ 50 ani (1961), când nu exista viziunea

propagată de sistemul DSM-5. În mare, aceeași simptomatologie este acceptată. Prezentarea lui Follin aduce însă în discuție, alături de un accent crescut pe sentimentul dedublării, nehotărârea, tendința accentuată spre o hiperreflexie autoanalitică, care nu se articulează cu grupajul tulburărilor disociative, în care e plasat în prezent sindromul.

De asemenea, autorii mai vechi acceptă și ideea unei depersonalizări ca etapă procesuală în tranziția spre noua identitate delirantă; idee care în actuala formulare a sindromului este neglijată sau exclusă.

În continuare se va urmări în primă instanță varianta DSM-5 mai ales în direcția diagnosticului diferențial. Apoi, va fi comentat sensul procesual al depersonalizării – pe direcția Jaspers/Follin – ca etapă în tranziția spre noua identitate delirantă. În final, va fi amintit sensul psihopatologic anonimizant al sindromului, reactivat de noua fenomenologie.

Chenar 52

O sinteză recentă a simptomatologiei sindromului de depersonalizare/derealizare (standard) (după Sierra – 2009)

Sunt menționate următoarele grupaje simptomatice:

- **Asomatizarea:**

- Pierderea sentimentului de apartenență la sine a corporalității: corpul e resimțit parțial sau total străin;

- Pierderea sentimentului că subiectul este agentul mișcărilor pe care le face, simțindu-se ca un automat (fără ca „agenția” să fie atribuită altora ca în SPR);

- Sentimentul de a se simți în afara propriului corp (halucinațiile autoscopice sunt rare – 15%);

- Autoobservarea detașată a propriului comportament, cu dedublarea eului: unul din euri acționează, celălalt observă;

- Distorsiuni perceptive corporale: părți ale corpului sunt resimțite mai mici sau mai mari, deformate, cu senzații particulare („ca și cum capul ar fi mare și de vată”).

- **Dezafectualizarea, indiferența emoțională:**

- Trăirile emotive nu mai sunt resimțite, subiectul nu mai simte plăcere sau bucurie (anhedonie), nu mai e impresionat de muzică, nu se mai bucură de prezența altora și nu mai rezonează afectiv împreună cu ei (deși poate înțelege starea lor afectivă);

- Anestezia afectivă nu se manifestă corporal și nu e evidentă expresiv, ca în schizofrenie.

- **Desinvestirea afectivă personală a reamintirilor și a imaginărilor ce-l implică pe pacient, pe care subiectul le trăiește detașat, fără semnificație personală:** „îmi amintesc lucrurile ca și cum nu mi s-ar fi întâmplat mie”;

- Alterarea sensului duratei: timpul apare ca lipsit de relief și direcție; pot apare fenomene de „dējà vu”, „deja vecu”. Fenomenele se corelează nu doar cu tulburările temporale ale reamintirii ci și cu cele spațiale, corelate perturbării resimțirii corporalității;

- **Sentimentul de „gol mental”, însoțit de dificultăți ale atenției, concentrării sintezei;** subiectul trebuie să facă un efort conștient pentru a realiza diverse sarcini, fapt ce favorizează „hiperreflexia”. Minte apare „rece”, „înghețată”, opusă eferescenței entuziasmului creator.

- **Derealizarea:** sentimentul de a fi rupt de lumea înconjurătoare. Aceasta e resimțită „nereală”, îndepărtată, ca în vis, stranie, nefamiliară. Poate apare sentimentul că oamenii se comportă mecanic, ca păpușile. Se poate menționa un obstacol invizibil între subiect și lumea înconjurătoare, metafora clasică fiind: „mă simt ca sub un clopot de sticlă”.

O sinteză clasică asupra depersonalizării din 1961

Follin S., Azoulay J., La dépersonnalisation, EMC 37125 A 30, 11-1961

E conservată conștiința de sine și tulburarea se exprimă prin alterarea sentimentului de a fi și a avea un corp, de a fi o persoană care are o identitate și percepe lumea ca apropiată, familiară, reală, ca mediul actelor prin care subiectul se realizează. Descrierea clinică insistă asupra a 4 aspecte:

1. Sentimentul de alterare a eului psihic: sentiment de straniețate și schimbare; îndoiala asupra identității, faptul de a nu se recunoaște, vid interior, indecizie în acțiuni, pierderea voinței, automatism, irealitatea amintirilor și a activității intelectuale; sentiment de transformare și dispariție a afectivității, devalorizare, neant, vid, dedublare interioară; sentimentul dedublării poate ajunge la heautoscopie și uneori se apropie de automatismul mental; vidul interior se apropie de o „desanimare”, de scăderea intensității vieții.

2. Sentimentul de alterare a eului corporal: se exprimă prin angoasa de a avea un corp transformat, straniu, ireal, care nu-i mai aparține, cu limite vagi, pe cale de a se anantiza, ca și cum din el s-ar retrage toată viața; spre deosebire de sentimentul de imortalitate din sd. Cotard, în depersonalizare subiectul e angoasat de posibilitatea de a dispărea; pot fi prezente cenestopatii dar mai ales senzații stranii, de modificare a densității corporalității de devitalizare, de a fi imaterial; sunt resimțite modificări ale limitelor corpului, sentimentul de a fi în afara corpului, schimbarea vizează întregul corp dar mai ales fața (fața nu mai e cum era altădată).

3. Sentimentul de derealizare: lumea apare ca străină, fără realitate („obiectele nu sunt schimbate, eu sunt cel care le vede dintr-o altă lume”, „mă învăluie o atmosferă, un strat, ceva ce mă izolează de lumea exterioară”). Persoanele sunt și ele vizate ca bizare, ca marionete, ca în vis, cu fețele deformate: „noi suntem toți niște morți vii”; obiectele par să-și piardă raportul reciproc, apare sentimentul de dezorientare, de a „fi pierdut în spațiu”. Foarte frecvent e prezentă o modificare a percepției timpului; sentimentul subiectului că timpul nu mai curge, că el nu mai trăiește în ritmul lumii ci într-un mare vid, apar fenomene de „déjà vu” și „jamais vu”. Un pacient afirmă: „trec ca o umbră într-o lume de aparențe populată de fantome.

4. Autoanaliza caracterizează efortul disperat a depersonalizatului de a se regăsi pe sine, de a rezolva sentimentul de straniețate a corpului și realității, a îndoielii. Ea se concretizează deseori în jurnale intime. Autoanaliza întreține cu depersonalizarea un cerc vicios, accentuând-o. Insatisfăcut de realitate, subiectul apelează la autoanaliză dar nu găsește repere precise; el se exprimă prin metafore, prin expresia: „ca și cum”. Autoanaliza întreține ruminății mentale: scrupule, interogații, îndoieli, obsesii; ea vizează starea de irealitate depersonalizantă.

În concluzia părții descriptive a articolului, autorii comentează că starea de depersonalizare poate evolua spre un delir constituit, caz în care se instituie o mutație, starea de perplexitate anxioasă dispărând, făcând loc certitudinii delirante. „*Luată în totalitatea mișcării sale evolutive, depersonalizarea apare clinic a un proces ce tinde spre delir*” (sublinierea autorilor).

Autorii mai comentează: „Depersonalizarea e în mod fundamental o criză, un moment evolutiv a unei dezagregări a conștiinței și un mod de a delira (în sens etimologic – de a sări de pe cale, drum...)” „*Dispoziția delirantă se suprapune cu un mod de depersonalizare... limita între depersonalizare și delir se lămurește în sens evolutiv. Procesul depersonalizării reprezintă astfel articularea dintre nevroză și psihoză, se plasează în însăși centrul psihopatologiei psihotice delirante (subacute, oneiroide, după Ey) la frontiera unei psihopatologii a conștiinței și a personalității*”. (Sublinierea autorilor).

SINDROMUL DE DEPERSONALIZARE/DEREALIZARE STANDARD ÎN RAPORT CU TRĂIRILE NORMALE ȘI CU ALTE SINDROAME PSIROPATOLOGICE

Sd. Dep/Der standard este acceptat în prezent, atât în DSM-5 cât și în ICD-10, ca o posibilă tulburare psihică categorială, care are individualitate clinică proprie. Tulburarea deseori apare brusc, într-un moment precis identificabil. Ea se poate manifesta episodic prin crize de diverse durate, de la câteva secunde sau minute, la ore și zile. Se descriu însă și cazuri cu evoluție prelungită sau cronică. Din punct de vedere evolutiv sd.Dep/Der poate fi asemănat cu patologia dispozițională depresivă și/sau maniacală.

Simptomele ce constituie sd. Dep/Der pot apărea, toate, în normalitate, mai ales în condiții de epuizare și stres. Unele persoane sunt mai predispuse. Apariția în condiții de stres intens e de obicei însoțită și de trăiri din seria panică/anxietate. Consumul multora din substanțele psihoactive, de la marijuana la LSD și Ecstasy, induc trăiri specifice acestui sindrom. Faptele sugerează ca sd. Dep/Der exprimă o potențialitate psihocerebrală ce se activează în anumite împrejurări. Ideea a fost susținută prima dată de Mayer Gross, care înscrie sindromul într-o serie de trăiri psihopatologice care au corespondent în normalitatea adaptativă, așa cum este anxietatea, depresia, mania, impulsivitatea, obsesia. O corelație specială ar exista între sd. Dep/Der și stările de epuizare și gol sufletesc consecutive trăirilor mistice ecstatice.

În patologie sd. Dep/Der se întâlnește frecvent ca și comorbid cu:

- tulburările acute de stres;
- tulburările anxioase mai ales atacurile de panică și anxietatea socială;
- tulburările dispoziționale, în special depresia;
- stările disociative;
- unele tulburări de personalitate ca cea evitantă, obsesiv-compulsivă și borderline;
- stări psihotice acute și stări prepsihotice.

În schizofrenie forma standard a sd. Dep/Der ar fi rară. În schimb, este frecventă în: epilepsie, migrenă, consecutiv traumatismelor craniene, în tulburări vestibulare, și în tulburările de somn.

Pentru psihopatologie e importantă comentarea și compararea sd. Dep/Der st. (disociativ) cu sindroamele cu care e cel mai frecvent comorbid: cele anxioase, depresia și obsesionalitatea.

Trăirile de tip atac de panică și de anxietate intensă, la fel ca cele depersonalizante, apar și în normalitate, în condiții de stres intens și pericol major. În clinică comorbiditatea Tulburării de panică, a Agorafobiei cu atacuri de panică și a Fobiei sociale cu sd. Dep/Der st. este deosebit de mare. Una din diferențele majore constă în faptul că sd. Dep/Der st. nu se însoțește de modificări comportamentale de evitare și asigurare și nu sunt prezente manifestări corporale neurovegetative. Panica și anxietatea umană au în spate o lungă tradiție biologică, în care se manifestă ca fenomene adaptative, fiind însoțite însă de o importantă alertă neurovegetativă.

Pentru sd. Dep/Der st. în care astfel de manifestări lipsesc, nu pot fi însă indicate antecedente biologice. El apare ca specific psihismului uman, care există într-o „lume umană”, în interiorul căreia se formează și de care e fundamental atașat. Lume umană la care se raportează conștient, reflexiv și intențional, a cărei semnificații le înțelege, reacționând la ele. Se poate spune despre un om, înțeles ca ființă intențională, că „e deschis să recepteze semnificații ca...”, „are în vedere înțelesul de...”, „se orientează spre sensul...” etc. Înțelesurile lumii umane sunt configurate și receptate prin intermediul limbajului, a simbolurilor, a normelor, valorilor. Subiectul uman rezonază specific la semnificația acestei lumi umane, în care el există împreună cu ceilalți – conpenetrat cu alții în cadrul unei intersubiectivități intercorporeale –, în mediul familiar al vieții cotidiene. Pentru om, faptul *de-a-fi-în-lume* (în înțelesul de lume umană) este aspectul său definitiv. Chiar dacă, prezența sa în această lume se realizează incluzând participarea corporalității sale biologice. „*A-fi-în-lume*” în sens uman, presupune faptul de a fi „înrdăcinat” în propria corporalitate biologică, revalorizată cultural; – deci, familiaritatea cu această corporalitate. Dar și a avea o adeziune, o ancorare, o acordare originară cu parametrii specifici lumii umane, prin intermediul situațiilor comprehensibile. Faptul s-ar realiza – conform unei interpretări recente a lui Radcliff (2013) – printr-un grupaj de „sentimente existențiale” (Nota 2). Depersonalizarea derealizantă ar exprima retragerea sau pierderea maladivă a acestei funcții de ancorare și adeziune la specificul lumii umane; fapt ce conduce la sentimentul nefamiliarității cu lumea din jur, cu propriul corp și cu sine, ca subiect participant la „lumea sa umană corelativă”. Trăirea e în principiu distinctă de anxietate. Totuși, în delirul primar, când subiectul trăiește o cădere bruscă din planul lumii vieții cotidiene în instanța unei lumi fictive, schimbarea ce se anunță induce și o tensiune anxioasă, care se liniștește doar odată cu cristalizarea tematicii delirante.

Chenar 54

Sentimentul existențial și atmosfera delirantă (după Radcliff, 2013)

Atmosfera delirantă ce precede instalarea delirului primar ar consta din perturbarea unei funcții bazale a psihismului uman, care asigură articularea – adeziunea, acordarea – subiectului conștient cu lumea sa corelativă, în înțelesul antropologic al acesteia. *Faptul-de-a-fi-în-lume* intențional, prin intermediul situațiilor și al coexistenței intersubiective cu alții, s-ar exprima printr-un „sentiment existențial” (*Existențial feelings*) care e resimțit tacit și firesc, ca implicat în existența naturală a fiecărui om. În condițiile deficitului psihopatologic acesta poate fi trăit sub forma neaderenței depersonalizante față de lume; sau a nefamiliarității și stranieții din delirul primar. Subiectul relatează trăiri din seria: „...mă simt detașat (de lume), îndepărtat, înstrăinat, izolat, indiferent de orice, rupt de..., deconectat, în afara de...; lipsit de contact cu lucrurile, în afara lor, separat de...”; el poate trăi un sentiment de nerealitate, supraréalitate, nefamiliaritate, straniețe, neparticipare, de a de nu mai fi în aceeași lume, a fi străin de ea etc.

Dintre perturbările sentimentului existențial menționate mai sus unele exemple se referă la straniețea ruperii articulării cu lumea, la detașarea izolantă a depersonalizării derealizante. Altele, ce se referă la nefamiliaritatea stranieții, nerealității, sau supraréalității, se corelează cu sentimentul de centralitate și agresiune a unor semnificații neclare, din delirul primar.

– Sd.Dep/Der se întâlnește și în unele tulburări depresive, ce au caracteristicile generale ale depresiei majore. Aspectul particular în aceste cazuri constă în faptul că, deși subiectul se simte trist, el resimte și o anestezie sau o blocare afectivă; adică faptul că nu își poate „trăi și exprima tristețea”. Sunt prezente simptomele bio-psiho-comportamentale ale depresiei, de la tulburări de somn și alimentare la modificări ale psihomotricității, ritmului și conținutului ideatic. Semiologic vorbind, sd. Depresiv are în comun cu sd. Dep/Der anhedonia, incapacitatea de a se bucura, de a fi atras de aspectele ambianței care să îi producă plăcere. Anhedonia e menționată însă și în simptomatologia deficitară a psihozelor. Similitudinea e însă doar exterioară, semiologică și nu fenomenologică. Depresivul nu e atras de elementele ambianței deoarece el se dezarticulează de structura temporală a prezentului – de „prezența” la actualitatea trăită – reorientat fiind spre trecut și negație. Psihoticul cu simptomatologie deficitară trăiește o dispoziție indiferentă generalizată, el fiind în consecință, indiferent și în raport cu sine ne mai autoîngrijindu-se. Fapt ce nu e prezent la persoanele cu sd. Dep/Der standard, care se raportează firesc și activ la problemele actuale ale situației prezente și la autoîngrijire. În cursul secolului XX, cazuistica depresiv melancolică cu „anestezie afectivă”, sentiment de vid interior și derealizare, a fost considerată – mai ales de fenomenologi – ca o variantă psihotică a depresiei, diferită de cea delirantă și stuporos catatonă (după Tattosian, 1979). În prezent – în DSM IV-TR și DSM-5 – ea este reținută în cadrul unei variante a depresiei „cu aspecte melancoliforme”, în care se menționează că subiectul „resimte o calitate deosebită a trăirilor subiective”. Varianta e însă descrisă uneori și cu o serie de particularități biologice specifice, cum ar fi hipersomnia și hiperfagia. Patologia depresivă propriu zisă, are prin definiție o dimensiune corporal biologică – la fel ca anxietatea – care acum se caracterizează prin inhibiție și lentoare instinctivă, motorie și a derulării psihice. Sd.Dep/Der se rezumă însă la trăiri specific umane, vizând articularea subiectului la lumea sa umană, ancorarea și acordarea cu aceasta, care apare ca inhibată. De aceea, cazurile de depresie cu anestezie afectivă ar fi mai repede de interpretat ca o comorbiditate, ca o disfuncție concomitentă a „modulului depresiv” – și a modulului depersonalizant (**Nota 3, Nota 8**).

– Sd. Dep/Der st. deși e inclus în clasa Tulburărilor disociative, se deosebește de toate celelalte categorii plasate aici, prin faptul că simptomatologia sa e eminent subiectivă, autoreferențială, lucidă și autoreflexivă. În plus, ea nu e însoțită de tulburări sau manifestări comportamentale. În tulburarea disociativă de identitate, subiectul dezvoltă două sau mai multe modele comportamentale diferite și aderă de fiecare din manifestările personalităților sale multiple. În cazul tulburărilor mnestic disociative, pacientul nu acuză trăiri subiective neplăcute. Nici stările de transă nu sunt trăite reflexiv; și la fel, nici cele de conversiune somatică. Absența unei suferințe subiective declarate o întâlnim și în celelalte manifestări psihopatologice care, la fel ca cele disociative, au derivat din clasicul concept de histerie. Dacă ținem cont și de hiperexpresivitatea emotivă afișată în tulburarea de personalitate histrionică, în care subiectul nu resimte efectiv trăirile pe care le afișează, din întreaga clasă și spectru al Tulburărilor disociative (derivate din histerie), sd. Dep/Der apare ca singurul în care patologia se manifestă aproape exclusiv în plan subiectiv (**Nota 4**).

– Un comentariu e necesar și privitor la comorbiditatea dintre sd.Dep/Der și Tulburarea Obsesiv Compulsivă (TOC), care e cunoscută și identificată de mult timp și constant. În acest caz se cere făcută însă o trimitere și la „psihastenia” descrisă de Janet la începutul secolului XX, când cadrul nosologic al TOC nu era încă bine circumscris. Psihastenia, care cuprindea simptome anxios fobice, obsesiv compulsive, asteno-depresive și altele, era explicată de Janet într-o perspectivă comportamentalistă, ca datorându-se unei insuficiente „tensiuni psihice motivaționale”. Acest fapt ar conduce la o insuficiență a actului realizator. Iar drept consecință s-ar produce o afectare, o scădere a „funcției realului”. Apare astfel un sentiment de „incompletitudine”, cu trăiri de tip depersonalizare/derealizare. Viziunea lui Janet mută problematica în direcția acțiunii realizatoare. Ea se articulează predominant cu varianta anonimizantă a depersonalizării; precum și cu dificultatea sintezei informative prin ordonarea ierarhică a informațiilor, temă ce va fi comentată ulterior. Este vorba de perturbarea psihoneurologică care vulnerabilizează psihismul și îl pregătește în direcția patologiei de tip autist, obsesiv psihasten și schizo-dezorganizant (**Nota 5, Nota 9**).

În marginea acestei orientări a fost comentată și problema antropologică a plictisului (**Nota 6**).

DEPERSONALIZAREA ÎN PERSPECTIVA DELIRULUI PRIMAR. „CĂDEREA PE ORBITA PSIHOTICĂ”

Jaspers a considerat că centrul psihismului individului uman îl constituie eul conștient sau conștiința de sine. La baza delirului primar și a schizofreniei el a pus tulburările eului (Ichstörung).

În legătură cu procesul psihopatologic al delirului primar, (ce a fost comentat în Capitolul 1) și care implică ca etapă dispoziția sau „atmosfera” delirantă, au existat multiple preocupări, decupări, analize și interpretări. Jaspers se oprește la starea de tensiune nelămurită, stranie, în care subiectul are sentimentul că se va întâmpla ceva important, care-l privește. El mai amintește în alt loc, cu aceeași semnificație, „sentimentul prezenței”. Subiectul resimte că, parcă în apropiere, în casă, în zona cea mai intimă, s-ar afla cineva. Alți autori (Stanghellini, 2013) au apropiat de această dispoziție delirantă starea de perplexitate descrisă de Störing (1939) în care subiectul pare a fi dezorientat, exprimând surpriză, stupefacție, fiind în mare măsură detașat de lumea din jur, pe care o resimte stranie. A fost inclusă în această clasă și „sentimentul sfârșitului lumii” (Wetzel, 1922) care se referă la trăirea tensionată a apropierii apocalipsei; trăire care de asemenea decontextualizează subiectul de realitatea cotidiană imediată, plasându-l, cu sentimente contradictorii, în contact cu un univers supranatural, al lumii religioase. Cea mai metodică elaborare a procesului delirant primar a realizat-o însă Conrad, din perspectiva configuraționistă. Toate comentariile ulterioare au făcut apoi referință la schema autorului german. Conform acestuia, prima fază ar fi cea denumită de el „tremă”, care plasează subiectul într-o stare de alarmă neîntreruptă. Urmează faza „apofaniei”

în care subiectul e marcat de un sentiment de centralitate, el atribuind diverse semnificații nerezale celor percepute. Pacientul începe să se simtă în centrul lumii, fapt care se accentuează major în următoarea fază, cea a „anastrofei”. În ultima fază, cea „apocaliptică” invazia psihozei – a schizofreniei – este completă.

Caz 57. 1406/2002

Un bărbat de 19 ani dezvoltă în 3 săptămâni o stare psihotică: se simte urmărit de duhuri și de „drogați”, aude voci care-i spun să se lupte cu diavolul, voci care discută despre el, îi sunt inserate gânduri ce aparțin unor puteri speciale... tata și mătușa sunt conduși de spirite... are impresia că obiectele din locuință nu-i mai aparțin și sunt puse acolo de alte persoane ca să îi facă rău... în casă se petrec lucruri ciudate : ușile se deschid singure, se întâmplă lucruri stranii pe care nu le poate explica... parcă e prezent cineva în casă... are impresia că a fost vrăjit, blestemat...

Comentariu: Nefamiliaritatea cu ambianța casei e resimțită prin faptul că obiectele de aici nu mai îi mai aparțin, au fost puse de cineva – se întâmplă în case lucruri ciudate, parcă cineva e prezent – trimitere explicită la vrăji.

Caz 58. 1594/2004

O femeie de 40 ani dezvoltă în 3 săptămâni o stare de agitație psihomotorie, se simte urmărită de „cineva”, chiar și în casă... aude voci care vorbesc despre ea (își pune vată în urechi), se uită în jur să vadă cine o strigă și o urmărește... acasă se petrec lucruri stranii; ușile și ferestrele se deschid singure... parcă e cineva în casă... aude vocea tatălui ei decedat care o cheamă la el... uneori parcă o vizitează acasă satana sub forma fostului ei soț... merge tot mai frecvent la biserică... se accentuează depresia cu ideate suicidare).

Comentariu: trimiterea la spirite și la diavol diluează reperele spațiale, mai ales că acestea pot lua în posesie rudele și persoanele apropiate, tatăl decedat poate fi prezent prin vocea sa, în mod firesc, în casă. Sentimentul unei prezențe neobișnuite se substituie sentimentului firesc că, în propria casă, „sunt prezente” în diverse feluri doar persoanele familiale sau acceptate, cunoscute.



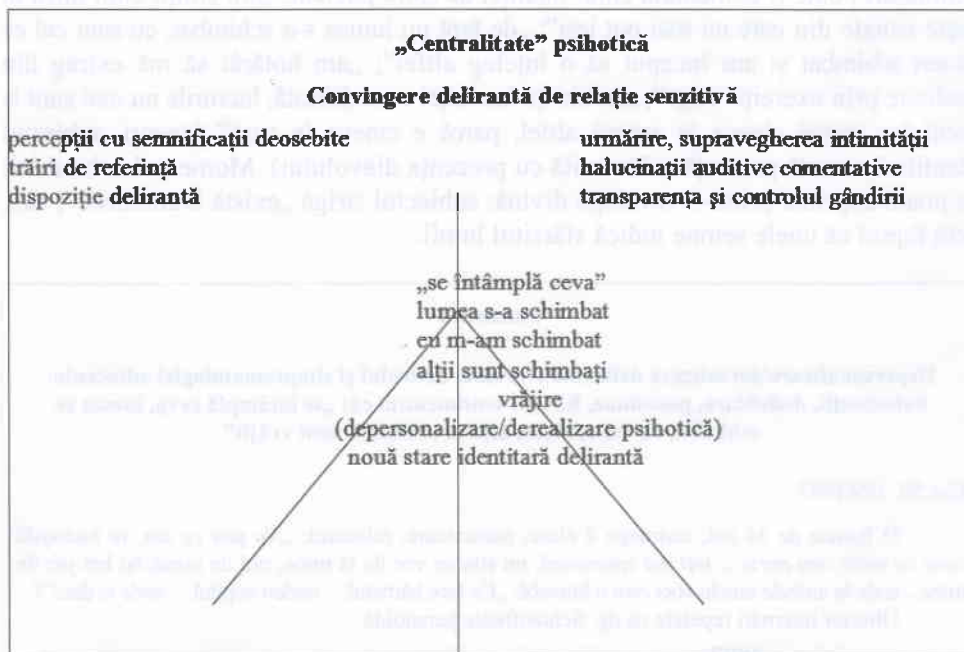
Întreg procesul psihopatologic ce se desfășoară în aria pe care tradiția a comentat-o ca „delir primar” are caracteristicile unei metamorfoze trăită de subiect în perspectiva identității și a lumii sale corelative. El poate fi înțeles ca un proces de depersonalizare/derealizare care conduce la o trans-personalizare, ce afectează și lumea pacientului. Aceasta se schimbă: el devine „altfel”, altcineva. Lumea devine „alta”. Acest sentiment de schimbare, care nu mai e surprins de actualul sd. Dep/Der st. dar era sesizat de vechile descrieri (vezi Follin, **Chenarul 53**) sesizează aspectul nuclear al „centralității” ce caracterizează specificitatea delirantă a psihozei.

Dispoziția „centralității” psihopatologice, ce conduce spre noua identitate delirantă, de personaj integrat într-un scenariu aberant-fictiv, poate evolua pe două căi, care în final se conjugă. Una din acestea pleacă de la sentimentul senzitiv de relație și continuă prin cel de urmărire, supraveghere a intimității (cu aparate sau prin substituie de persoane), pentru a se finaliza în simptomele SPR de transparență/influență și halucinații auditive comentative. Cealaltă linie începe prin fascinarea de către

detalii suprasemnificate, trecând prin simptomele de referință generice (= semnificații relaționale speciale ale numerelor, culorilor, evenimentelor atmosferice, textelor publicate etc.); și se termină cu „atmosfera delirantă” în care subiectul așteaptă tensionat un eveniment excepțional ce i se va întâmpla. În zona de intersecție între aceste două direcții, comportamentul și exprimările persoanelor percepute pot fi resimțite ca suportul mesajelor speciale. Privirea comentatorului de la TV țintește pacientul iar vorbirea sa îi este destinată, prin mesaje care uneori par a fi criptate, ascunse în spatele rostirii explicite.

Sentimentul de „centralitate” este mai mult sau mai puțin manifest trăit și exprimat în mijlocul acestei varietăți de trăiri psihopatologice paranoide, fiind scos în relief de simptomatologia SPR. Trăirile autoreferențiale pot fi considerate ca având și un punct de plecare într-o autoreflexivitate primară, plasată în spatele relaționărilor.

Centralitatea capătă uneori o intensitate deosebită, cum ar fi cazul unui pacient care afirma: „sînt că sunt placa turnantă a lumii în interiorul căreia forțe malefice pe care nu le pot preciza, influențează negativ evenimentele mondiale”. De obicei, însă, centralitatea patologică se exprimă prin presiunea asupra subiectului a unui univers de semnificații ce se desprind de suportul structurat al situației actuale – și a celor ce o încadrează ordonat ierarhic – constituind mediul prin care se realizează mutația în direcția universului fictiv al scenariului delirant. Adică, în „altă lume” decât cea a vieții cotidiene.



Aspectul fenomenologic, subiectiv în faza inițială a delirului este sentimentul de transformare, că „se întâmplă ceva”, „ceva se schimbă”. Schimbarea resimțită

privește atât subiectul identitar cât și ambianța sau pe alții, cu accente variate în descrierea pacienților. Esențial e sentimentul că ansamblul realității se transformă, că subiectul intră într-o lume aparte, deosebită de cea în care a trăit, că devine altcineva. Această „vrăjire” este cel mai frecvent atribuită cuiva: membrilor de familie, vecinilor, cunoștințelor, colegilor de serviciu, unor instanțe supranaturale; sau chiar „vrăjitorilor”, când delirul are caracteristici narrative mai accentuate. Sentimentul de schimbare se articulează cu simptomatologia delirantă: urmărire, persecuție, SPR, posesiune, relație cu divinitatea, modificări ale dispoziției afective și comportamentul corespunzător, nouă identitate etc. El se manifestă uneori și comportamental.

Schimbarea resimțită este uneori clar formulată de pacient care poate să afirme: „nu știu ce am, se întâmplă ceva cu mine, am nervi... toți mă spionează...”, „de câteva luni, simt că m-am schimbat, nu mai sunt eu”, „alunec în trecut, am sentimentul, convingerea chiar, că toți oamenii îmi vor rău”..., „am simțit că se întâmplă ceva cu mine, că mă modific, eram dornică de distracții, am cheltuit mulți bani, am făcut abuz de relații sexuale” „...de patru luni simt că se întâmplă ceva cu mine, nu mai sunt eu, m-am modificat în interior, mi s-a schimbat vocea, nu mă mai pot concentra, mi se citesc gândurile...”; „în ultimele 6 luni simt că m-am schimbat, se petrece ceva cu mine, parcă o voce vorbește din interiorul meu dar nu o pot localiza, parcă mi se citesc gândurile...”; „m-am schimbat, sunt o altă persoană, am înviat acum o săptămână” etc...

Patologia delirantă dezvoltându-se în zona „tematicului”, trăirea acestei schimbări poate fi comentată chiar nuanțat de către pacient: „am simțit cum intru în niște canale din care nu mai pot ieși”; „de fapt nu lumea s-a schimbat, eu sunt cel ce m-am schimbat și am început să o înțeleg altfel”; „am hotărât să mă extrag din realitate prin exerciții yoga”, „ambianța locuinței e modificată, lucrurile nu mai sunt la locul lor, parcă cineva le așează altfel, parcă e cineva în casă” (uneori, subiectul identifică această prezență nelămurită cu prezența diavolului). Momentul schimbării se poate exprima printr-o revelație divină: subiectul strigă „există Dumnezeu”; sau, prin faptul că unele semne indică sfârșitul lumii.

Cazuistică

Depersonalizare/derealizare delirantă (corelată delirului și simptomatologiei adiacente: halucinații, dedublare, posesiune, S.P.R.: sentimentul că: „se întâmplă ceva, lumea se schimbă, eu mă schimb, alții se schimbă, sunt vrăjit”

Caz 59. 199/1987

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 întreabă: „Ce face bărbatul... unde-i copilul... unde te duci”?

Ulterior internări repetate cu dg. Schizofrenie paranoidă

1987

1989

Caz 60. 78/1985

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



Caz 61. 49/1985

O femeie de 34 ani dezvoltă în 3 luni, în contextul unor evenimente de viață un episod (1985) depresiv paranoid: toți vor să îi facă rău, ei și copiilor, va veni miliția să o ridice... se simte dirijată în toate acțiunile, fuge dezordonat pe stradă, *se simte vrăjtită..ca să scape de vrajă arde toate lucrurile ce i-au fost date de diverse persoane...* intens sentiment de vinovăție: „am păcătuit în fața lui Dumnezeu și a tuturor oamenilor, le-am vrut răul, i-am urât pe oameni”. Recăderi cu episoade depresiv relaționale.



Caz 62. 142/1986

O femeie de 29 ani, inginer, relatează: „în ultimele 6 luni am simțit că se petrece ceva cu mine, am simțit o voce care vorbește în interiorul meu dar pe care nu o pot 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...

Internare cu dg. Schizofrenie; internări intermitente în anii următori.



Caz 63. 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 nesiguranță, 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 paranoide, halucinații și pseudo-halucinații auditive.

Comentariu: Sentimentul de schimbare este resimțit la începutul psihozei



Caz 64. 71/1985

O femeie de 25 ani, muncitoare, necăsătorită, relatează: „Simt că de 4 luni se întâmplă ceva cu mine, că nu mai sunt eu, m-am modificat în interior, mi s-a schimbat vocea, nu mă mai pot concentra la nimic, mi se citesc gândurile de către alții care îmi introduc gânduri în cap cu niște aparate; eram tot timpul urmărită, nu știu de cine, dar simt că cineva vrea să îmi facă rău, fața mea este modificată, nu știu în ce sens, sunt toată schimbată; refuză să se alimenteze ca să nu fie otrăvită.

În următorii ani are internări anuale cu diagnosticul de Schizofrenie; după 5 ani (1990) se internează cu diagnosticul de Psihoză schizoafectivă, episod depresiv; treptat episoadele sunt doar depresive, fără simptome psihotice; după 15 ani de la debut (2000) diagnosticul de schimbă în Tulburare bipolară, episoadele prezentând intermitent unele simptome paranoide; între 2006–2013 nu are internări, pentru a recădea apoi cu simptome delirant halucinatorii paranoide.



Caz 65. 157/1987

O femeie de 30 ani dezvoltă în 4 luni (1987) un delir paranoid de persecuție, urmărire (de o persoană cunoscută, care vrea să îi omoare copilul); devine anxioasă: „se petrece ceva cu mine, ceva groaznic”. Ulterior evoluează bipolă, cu episoade predominant maniacale, ușor colorate senzitiv relațional.

Caz 66. 316/1989

Un bărbat de 31 ani dezvoltă în câteva luni un episod psihotic (1989): „Parcă nu mai este el, s-a schimbat mult, nu are capacitatea de a se concentra...lumea exterioară s-a schimbat și ea, oamenii îl privesc într-un fel special, discută despre el, plănuiesc ceva...” apoi se dezvoltă un sentiment de superioritate, grandiozitate, omnipotență, dar și de persecuție. Evoluează cu episoade maniacale, colorate senzitiv relațional, după 13 ani apar și idei mistice și de transparența influență.

Caz 67. 104/1986

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 maniacal paranoidă, urmează altele cu același diagnostic; după mai mulți ani se călugărește; se internează periodic cu dg. Tulburare bipolară cu delir paranoid.



Sentimentul schimbării psihice a lumii corelative poate fi însoțit de unul al schimbării corporale. Aspectul feței apare ca modificat, „îmbătrânit”, „altfel”; privirea nu mai e ca cea dinainte, privindu-se în oglindă are impresia că s-a îngrășat sau a slăbit, oricum, arată diferit. „Sennul oglinzii” descris în debutul schizofreniei, se corelează evident cu acest sentiment de schimbare a aspectului propriu, ca purtător al identității. Uneori subiectul afirmă că nu se mai recunoaște în oglindă; sau că, privind în oglindă vede pe altcineva (o pacienta a acoperit din această cauză toate oglinzile din casă).

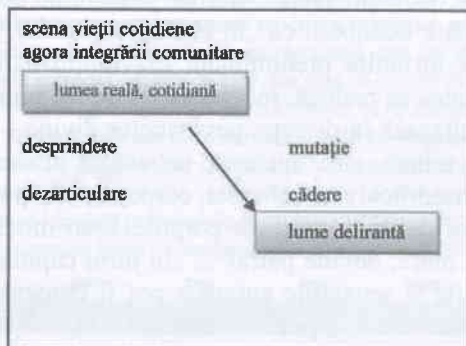
Diverse aspecte ale sindromului Dep/Der st. care includ depersonalizarea corporală, pot fi întâlnite în debutul psihozei. Între aspectele mai deosebite e sentimentul dedublării psihocorporale, care pregătește trăirea posesiunii de către diavol sau spirite. Pacientul resimte că e dedublat, că „în el mai e cineva”, o altă persoană”. Posesiunea corporală este atribuită predominant diavolului care, din interiorul corpului are acces la intimitatea sa psihică, jucând astfel un rol important în SPR. Transpersonalizarea ce se realizează în direcția persoanelor divine – „sunt fiul lui Dumnezeu, ...Dumnezeu e în mine... etc.” nu pune un accent deosebit pe corporalitate. Simptome clasice de modificare a schemei corporale se pot însă manifesta în formula de tip halucinator delirant: părți ale corpului apar modificate ca dimensiune și formă, „capul e mai mare, devine pătrat”... „în jurul capului e un cerc galben strălucitor”... cenești și senzațiile cutanate pot fi comentate ca „șerpi ce umblă pe corp și pătrund în abdomen”, „spirale a unor duhuri ce acționează pe tegumente și intră în cap”... „propriul corp e perceput din exterior” etc.

Sentimentul de schimbare subiectivă și corporală se însoțește de obicei de cel al schimbării ambianței și a altora. Pacienții pot relate: „...de 3 luni lumea în jur se schimbă, locuința, satul, nu mai sunt ca înainte, eu însumi m-am schimbat”; „...realitatea parcă e schimbată, eu sunt altul, fața e modificată, oamenii pun întrebări al căror sens nu îl înțeleg”; „se întâmplă ceva deosebit, parcă sunt urmărit, filat de colegi și de necunoscuți care vorbesc despre mine”; „de o lună simt o stare de oboseală deosebită, de nesiguranță, am impresia că atmosfera din jur s-a schimbat, sunt urmărită, colegele își bat joc de mine...”; „totul în jur e modificat, dacă mă uit în oglindă parcă nu sunt eu și îmi spun „este o prostituată”, așa spun și niște voci de bărbați...”; „lumea din jur se schimbă, nordul a devenit vest și asta mă deranjează, deoarece nu mai pot să mă orientez” etc. ...

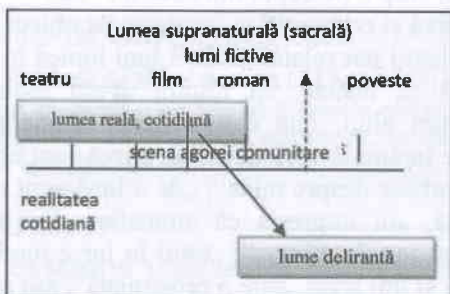
Sentimentul schimbării – care exprimă depersonalizarea/derealizarea psihotică (Dep/Der. ps.) – poate să nu fie afirmat și descris de pacient, dar dedus din comportamentul și exprimările sale.

Sentimentul de schimbare cuprinde și persoanele din jur. Acestea îi apar delirantului ca fiind „altfel”, uneori ca „substituite”, „mascate”, „gonflate”, „parcă ar fi un vampir”; ceilalți îi apar ca „diavoliți”, aspectul lor e particular, „au ochii roșii”, „se mișcă altfel”. Comportamentul celorlalți apare de asemenea ca schimbat, „soția începe să aibă un comportament rece, distant, indiferent”, „mama pare a se comporta altfel, ca și cum i-ar face avansuri sexuale băiatului”. Felul de a umbla și vorbi devine misterios, neobișnuit: „unele persoane își mișcă altfel piciorul, fac grimase, îmbrăcămintea e și ea cu semnificații particulare: „cei îmbrăcați în blugi și în albastru mă influențează negativ”.

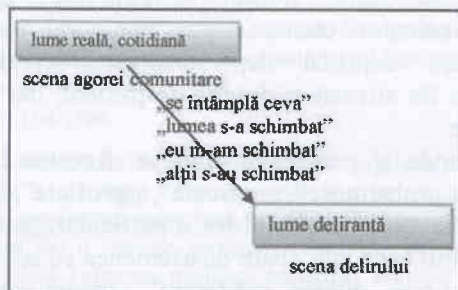
Schimbarea ambianței și a altora corespund simptomatologiei clasice a derealizării, care, acum, în cazul intrării în delir, e resimțită mai accentuat ca o lume de ficțiune, populată de variate entități neobișnuite, supranaturale: spirite, energii, duhuri, „câmpuri energetice”, „extraterestri”. Iar aceste entități învăluie ca un „câmp”, ca o „atmosferă” „eul” mai mult sau mai puțin dedublat al psihoticului, penetrându-i intimitatea, acționând asupra gândurilor, comportamentului, mișcărilor, vorbirii și funcționării corpului său. La această atmosferă schimbată a ambianței, a lumii, se pot adăuga și percepții determinate, care apar ca având o semnificație deosebită.



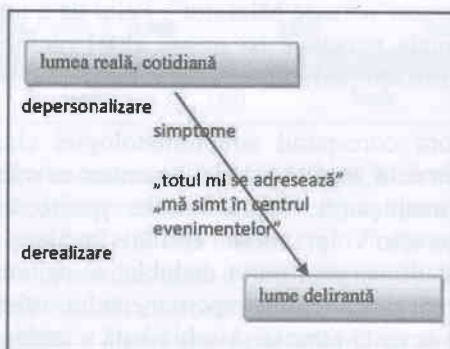
Intrând în delir, subiectul *se simte prins* în derularea unor evenimente ce-l afectează în mod special, e *acapar*at de un scenariu a cărui erou principal se simte; el *aderă* de acesta, e *convins* de cele ce le simte că se petrec cu el, *pe scena noului univers delirant* în care a intrat.



Delirantul aderă necondiționat la situația delirantă pe care o trăiește pe scena „lunii delirante” pe care se desfășoară scenariul delirului, în care 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.



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.



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

- Trăiri senzitive de relație
- Trăiri de urmărire și supraveghere a intimității
- Simptome de referință
- Dispoziție, percepție delirantă
- Halucinații auditive comentative
- Simptome de transparență/influență SRP
- Alte dispoziții afective

**Cazuistică Dep/Del
Forțe supranaturale**

Caz 68. 518/1991

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 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 apără; trăiește parcă într-o lume de ficțiune, sărută repetat o cruce, comportament bizar.

Caz 69. 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 satanice... „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”*.

Caz 70. 71/1985

O femeie de 23 ani dezvoltă într-o lună (1985) un episod psihotic paranoid depresiv cu halucinații auditive ce le aude din afară și din interiorul corpului, o întreabă, vor să știe ce gândește, vor să o ducă la închisoare pentru că a mințit: „*m-am schimbat mult, în oglindă mă văd urâtă, grasă*”. Evoluează cu episoade depresiv relaționale, idei de urmărire (de către țigani), persecuție, transparența (îi se citesc gândurile prin telepatie)... recăderi depresiv paranoid, la o internare ulterioară (2012) „*se simte însărcinată cu Duhul Sfânt, ca Fecioara Maria*”.

Concluzie: Prezența în delir a forțelor supranaturale se corelează și ea cu trăiri din seria Dep/Del, susținând un proces de transpersonalizare.

Caz 71. 312/1989

Un tânăr de 22 ani debutează brusc (într-o săptămână, 1989), cu un comportament neliniștit, vagabondează, transparență psihică (cei din jur știu ce gândește), pseudohalucinații imperative, culorile roșu și galben capătă o semnificație deosebită, un sentiment de bulversare: „*toate lucrurile s-au schimbat, tot ce știam eu era invers, și localitățile erau schimbate*”. Resimte voci în cap care-i dau ordine „*mi se dau gânduri*, de la soare veneau gânduri străine, nu toate gândurile sunt ale sale, se fac experiențe pe el...”.

Caz 72. 367/1989

Un bărbat de 37 ani debutează brusc, *simte o schimbare, anxietate majoră, brusc îi apare ideea că e un mare păcătos și pune soția să-i citească din Biblie*. Peste un an o recădere tot cu instalarea bruscă, afirmă „*se petrece ceva cu mine*”, *simte că e urmărit, are false identificări de persoane, interpretări, halucinații vizuale; ulterior repetate interpretări delirant paranoide însoțite de depresie și idei mistice*.

Caz 73. 534/1992

O femeie de 22 ani debutează în câteva luni un tablou psihotic având sentimentul că i se cunosc gândurile, diavolul îi șoptește și o sfătuiește să facă lucrurile rele, comportament bizar: se urcă pe gardul casei pe care stă ore în șir; afirmă : „*simt că m-am schimbat, am devenit mai urâtă*”. Recăderi cu episoade delirant halucinatorii.

Caz 74. 764/1995

Un bărbat de 26 ani dezvoltă în 5 luni o preocupare tot mai accentuată față de religie, merge zilnic la biserică...la un moment dat are o trăire specială: „un fel de radiație din cap până în picioare ca o energie dată de Dumnezeu...” se simte urmărit cu convingerea că Dumnezeu există... apoi se repetă o criză în biserică, urlă!... preotul îl dezleagă pe loc de satana... aude voci în cap care îl îndeamnă ce să facă și ce nu („nu mânca că te îneci”, „să mori”), sonorizarea gândirii, influență „eram ca un robot teleghidat, nu gândeam, făceam totul din instinct”. La o recădere trăiește halucinații auditive imperative: „să omoare, să nu creadă” (i le atribuie diavolului, se simte posedat, merge la mănăstire; la alte internări apar halucinații imperative și kinestezice pe care le interpretează ca posesiune demoniacă.

Caz 75. 996/1998

Un bărbat de 23 ani dezvoltă în 2 săptămâni un tablou psihotic: e convins că e urmărit, persecutat, influențat, aude voci care vorbesc despre el, *prietenii acționează asupra corpului său*, afirmă: „spiritele rele îmi pătrund prin piele și îmi golesc inima... îi comprimă inima... nu mă mai ascultă picioarele deoarece sunt dirijate de alții... dușmanii îl fac să mănânce repede pentru a se îneca, simte pe pielea spatelui energiile transmise de aparate”. Seara la culcare se vede pe el însuși în mintea sa... „parcă nu aș mai fi eu...” dușmanii vor să-l predea satanei... dar el comunică mental cu Iisus care-i transmite să facă numai lucruri bune...

Comentariu: Sentimentul de transformare a depersonalizării delirante se corelează destul de frecvent cu trăiri din sfera religioasă, inclusiv de posesiune.

Jaspers, Schneider și Conrad au acordat importanță unui scenariu particular, acut și tensionat, al delirului primar, în care subiectul resimte un sentiment de centralitate. Acesta a fost prezentat în capitolele anterioare: pacientul resimte că în jurul lui se învârt semnificații neclare care-l anunță că i se va întâmpla ceva deosebit; iar totul culminează cu o percepție delirantă; care clarifică tema delirului.

Scenariul menționat rareori se petrece în această modalitate standard; dar elementele sale desfășurate în timp, sunt prezente pe parcursul instituirii delirului. Astfel, se întâlnesc percepții decontextualizate ce capătă o semnificație deosebită (fenomenul „salience”), chiar dacă nu în varianta standard descrisă. Subiectul poate afirma că remarcă o serie de „semne” aparte. În cazul în care se pregătește un delir religios, aceste „semne cerești” anunță o revelație. Alteori ele fac parte pur și simplu din scenariul inițial al delirului, percepția având caracter de iluzie sau de interpretare confabulatorie.

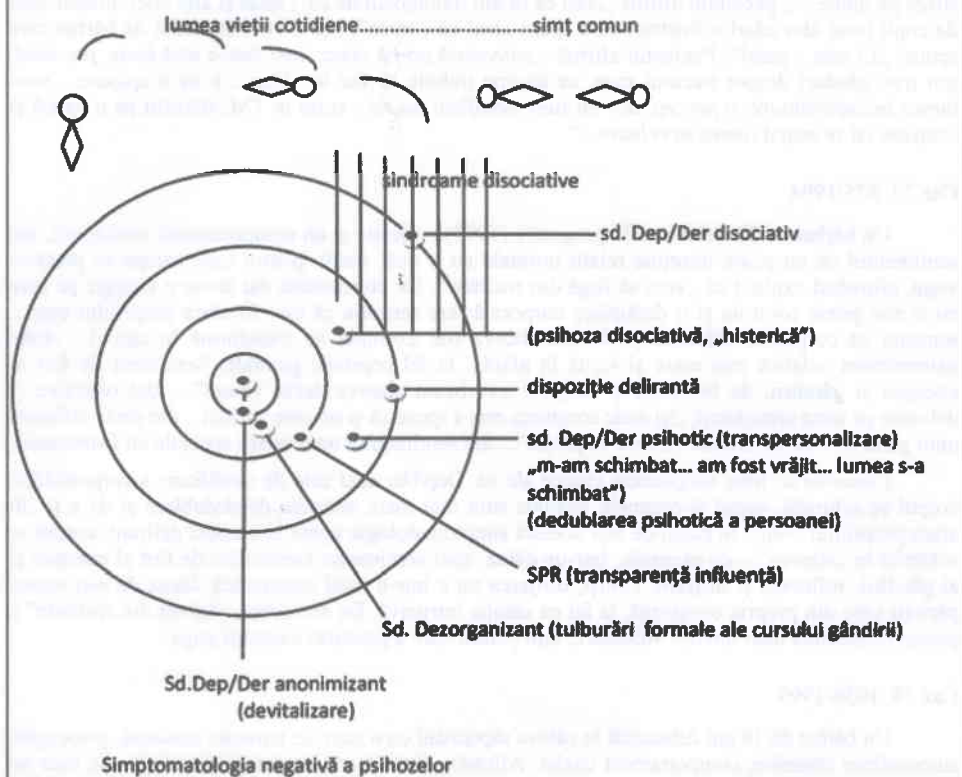
Pacientul poate relate: „am văzut o pisică cu colți mari care era trimisă de Dumnezeu”...; „am văzut în curte pene și un topor înfipt într-un lemn, pe care sigur vecinii l-au pus în mod special...”; când am tras apa la baie am auzit un mieunat de pisică, telefonul sună ciudat...”; „pe stradă am văzut o mașină albastră care sigur a venit după mine”; „am primit o floare specială, care sigur se numește A (numele pacientei), astfel încât am căpătat puteri speciale asupra diavolului...”.

Trăirile din seria: vrăjire, schimbarea ambianței, schimbarea propriului psihism și corp, schimbarea altora, percepții deosebite, cu sentimentul dedublării, al transpersonalizării, al posesiunii (demoniace sau divine) etc., toate aceste simptome susțin procesul de transformare identitară a personalității care are sentimentul că „intră în altă lume”. De fapt, e vorba de intrarea în lumea delirantă, în care funcționează și halucinațiile și simptomele de prim rang Schneider și dezorganizarea.

Lume delirantă care are uneori caracteristici de ficțiune narativă, univers cvasiliterar, ce poate absorbi noua identitate a subiectului. Starea de depersonalizare delirantă – sd. Dep/Del – marchează de obicei intrarea în acest univers.

Chenar 56

Niveluri ale sd. de depersonalizare/derealizare (Dep/Der) ca proces de modificare a identității sinelui și a articulării cu lumea specific umană



Nivelul la care se desfășoară orbita delirantă poate fi variat. Ea se poate intersecta substanțial cu universul realității cotidiene comunitare; sau, se poate detașa în mare măsură de acesta, ca o lume paralelă. Identitatea delirantă a subiectului depersonalizat psihotic, dedublat și transpersonalizat, se poate metamorfoza contaminându-se de elemente narative, de ficțiune, ale realității suprapersonale politico istorice, ale mitologiei etc. În plus, pe măsură ce orbita psihotică ajunge să fie marcată de dezorganizare semantică, de abstractizare și fragmentare ideoverbală, ajungem la orbita delirului schizofren. Această direcție este una în care identitatea își pierde „încorporarea” („embodied”), ce-i asigură în mod firesc articularea cu realitatea vieții cotidiene, ce e așezată pe temelia lumii fizice. Subiectul tinde să devină o entitate abstractă ce poate intra în jocurile de pe calculator, teleportat etc.

Cazuistică – Dep/Del
Depersonalizare în context delirant

Caz 76. 1113/1999

Un tânăr de 25 ani dezvoltă progresiv un stil de viață aparte, inițial influențat de o grupare vegetariană excentrică, adoptând și doctrina energetic vitală a acesteia. Ulterior, părăsește această grupare trecând spre un comportament tot mai ciudat, trăiri și interpretări neobișnuite, izolare socială. Are senzația că este urmărit de anumite spirite malefice, vede umbre ciudate, fără forme specifice, în pădure, apoi în camera lui, ...afirmă că *de câțiva ani comunică cu o entitate astrală*; aude o voce de femeie care-i spune: „hai să ne plimbăm... hai să fumăm o țigară... hai să ne jucăm... îl strigă pe nume...”; pacientul afirmă „cred că m-am îndrăgostit de ea”; aude și alte voci: uneori voci de copil (mai ales când e frustrat) care spun: „las' că-i trece”, sau o voce hotărâtă de bărbat care spune: „El este... gata!”. Pacientul afirmă: „*câteodată parcă visez, sunt într-o altă lume, paralelă, îmi trec gânduri despre trecutul meu, ce anume trebuie să fac în viitor... e ca o apăsare... simt lumea înconjurătoare, o percep, dar eu sunt modificat nu ea... eram în TM, stăteam pe o bancă și simțeam că se mișcă lumea în reluare...*”

Caz 77. 675/1994

Un bărbat de 20 ani dezvoltă progresiv (1994) o idee și un comportament neobișnuit, are sentimentul că nu poate întreține relații normale cu o fată, motiv pentru care începe să practice yoga, afirmând 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: are senzația că este în afara propriului corp... senzația că corpul se schimbă și devine altceva (de exemplu se transformă în câine)... simte extremitatea cefalică mai mare și ieșită în afară... la fel organele genitale. Sentiment de furt al energiei și gândirii, de influență și dirijare: „vorbeam altceva decât voiam”... idei obsesive și delirante pe tema omuciderii; „își aude conștiința care-i spune să-și omoare părinții... dar simte influența unui gând ce vine de altundeva care-l oprește”... are sentimentul unei relații speciale cu Dumnezeu.

Comentariu: Între simptomele clasice ale sd. Dep/Der sunt cele de modificare a corporalității: corpul se schimbă, capul și organele genitale sunt mai mari, senzația de dedublare și de a fi „în afara propriului corp”. În cazul de față această simptomatologie apare în context delirant: corpul se schimbă în „altceva” – de exemplu, într-un câine, apar sentimente xenopatică de furt al energiei și al gândirii, influență și dirijare. Totuși, dirijarea nu e într-o totul xenopatică, ideea de a-și omori părinții vine din propria conștiință, la fel ca ideea intruzivă. De asemenea „ieșirea din realitate” e parțial consecința unei intenții voluntare, fapt pentru care a practicat exerciții yoga.

Caz 78. 1056/1999

Un bărbat 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 pretecerilor, 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 prostii, 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 demoniacă, 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 încet am impresia că sunt 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 telepatic cu prietenii mei din alt oraș... pot influența negativ gândurile oamenilor... dacă mă uit la oameni pot să le fac rău, pot să-i omor”.

Comentariu: Schimbarea realității și sinelui e sesizată analitic și nu ca un fenomen de trăire care să îl surprindă: afirmă că „a intrat în niște canale din care nu mai poate ieși”, notează deviere de la realitate și comentează ideea delirantă corelată unor dezorganizări și devieri semantice, constată că „lumea nu mai e la fel și personalitatea sa s-a schimbat!”.

Patologia de tipul depersonalizării/derealizării înțelegea într-un sens mai larg, nu se reduce deci la sd.Dep/Del st., înscris în clasa tulburărilor disociative. Acestea sunt doar o prefață sau o variantă pentru un proces psihopatologic mai amplu, care face parte din clasa transformărilor psihotice delirante, identitare ale persoanei – ale sinelui, ale eului conștient. Reluând datele fenomenologice ale sindromului Dep/Der st. și situația de Depersonalizare/Transpersonalizare din delir (sd. Dep/Der. ps.), s-ar putea face următorul comentariu.

Așa cum sugera Mayer Gross când a propus conceptul de derealizare, întregul sindrom poate fi considerat ca disfuncția unei structuri funcționale psihocerebrale integratoare din cadrul a arhitectonicii psihismului uman. E vorba de infrastructura identitară ce stă la baza „prezenței” subiectului în lume, în înțelesul de „lume umană”, prin intermediul situațiilor, care-l leagă în mod firesc și de lumea ambientală, fizică.

S-ar putea accepta că, sinteza ce se realizează în interiorul persoanei umane între psihismul biologic și cel specific antropologic, se prezintă nu doar ca un continuum, ci are și un nivel de articulare între cele două instanțe. Prima, bazală, cea care ține predominant de psihismul biologic, asigură prezența individului la lumea ambientală pe baza corporalității, ce se orientează spațio-temporal și poate acționa eficient în mediul înconjurător, imediat. Cea de a doua instanță, articulează subiectul de specificul lumii umane, care se bazează pe narativitatea lingvistică și normativitatea valorică precum și pe mediul intersubiectiv în care se afirmă miturile, legendele, istoriile, biografiile, relațiile, poveștile, romanele și tragediile, literatura de ficțiune, teoriile științifice și doctrinele. Orice subiect uman are acces în mod firesc și spontan, de la început, la acest mediu uman supraindividual al narativității, eroilor fictivi și teoriilor, în cadrul vieții sale comunitare. În sd. Dep/Der st. s-ar realiza o dezarticulare între cele două instanțe. Subiectul se percepe pe sine ca prezent în lumea fizică, dar se simte neaderent de lumea specific umană în care de obicei se proiectează ca personaj, prin narativitatea sa biografică. Această dezarticulare îl face insensibil la intersubiectivitate, la deschiderea spre semnificațiile propriului trecut și la cele ale viitorului proiectat. Totul i se pare nefamiliar, străin, ca în vis, ca într-un univers de ficțiune, tocmai pentru că nu mai poate fi deschis spre lumea inter-subiectivă a intenționalităților și semnificațiilor comunitare narative specific umane. Dacă privim din perspectiva evidențierii în psihopatologie a unor structuri funcționale adaptative implicate, s-ar putea sugera ipoteza unui sistem psihic de apărare prin indiferență față de semnificații umane deosebite, latent în fiecare om; și care intră în joc în anumite împrejurări. S-a constatat că sindromul apare deseori în normalitate în condiții de stres puternic și de epuizare, împrejurări în care ar putea avea un rol protectiv. Comorbiditatea sa frecventă cu anxietatea și depresia ar avea aceeași semnificație. În plus, bunul simț indică utilitatea unui sistem psihologic care să permită subiectului ca, în anumite împrejurări să-și păstreze controlul de sine, „sângele rece”, participând ca observator lucid și neimplicat la unele evenimente tensionante. În această direcție se deschide un larg câmp de posibile cercetări.

Ceea ce trăiește subiectul în sd. Dep/Der st. e sesizarea nemijlocită a suportului psihocorporal prin care el e prezent în lumea fizică ambientală; dar, fără articularea

cu lumea sa specific umană, care-i asigură de fapt identitatea. Identitatea sa cu sine „propriu- zisă”, specific antropologică. Sesizarea directă a acestui topos minimal și bazal al existenței, dezgolit de structurile suprajacente, e nefirească, ciudată. Psihismul persoanei conștiente e în mod primar „încorporat”. Pentru om corpul are însă concomitent o semnificație biologică și una antropologică. Prezența în ambianța fizică și prezența în situația antropologică, deși strâns întrepătrunse, nu sunt identice. Prezența în lumea umană înseamnă intenționalitate, vizare și angajare spontană și activă în situații problematice comprehensive. Dar, această angajare presupune funcționarea unei aderențe bazale la lumea specific umană, ceva de tipul „sentimentului existențial” a lui Radcliff. S-ar putea sugera ipoteza că sd. Dep/Der st. rezultă din scoaterea temporară din funcțiune a unui asemenea sentiment existențial. În sd. Dep/Der st. am asista la căderea temporară pe un nivel bazal al autoperceperii de sine, care, astfel, ni se dezvăluie.

Dacă procesul depersonalizării avansează în direcția „prezenței în lumea specific umană”, se ajunge la sentimentul transformării identității.

O altă variantă a „faptului de a fi în lume” intră deci în joc în cazul depersonalizării delirant psihotice, în care subiectul simte că „lumea în care el există s-a schimbat”; că „el s-a schimbat” etc. Acest proces se petrece în direcția lumii ficționale, a narativității culturale, care dublează în permanență instanța existenței bio-fizice; fiind însă inclusă în sinteza „lumii firești a vieții cotidiene”. În această direcție, sentimentul depersonalizant al modificării este urmat de cel al transpersonalizării. Noua identitate se poate afirma – conform celor comentate în capitolul privitor la delir –, în primă instanță ca o modificare de stare: subiectul se simte hipercapabil, cu misiuni speciale; sau, iremediabil bolnav, urât, vinovat, înșelat, urmărit, persecutat, supravegheat, manipulat. Modificarea identitară poate avansa în direcția paranoidiei, a influenței și transparenței, a intimității cu Dumnezeu sau a posesiunii demoniace. Într-o manieră mai definită, mutația identitară poate fi caracterizată prin noul rol ce absoarbe subiectul într-un scenariu fictiv, aberant, delirant. Acesta se poate contura și ca o nouă identitate socială, prin filiație și relații ilustre, prin reîncarnări, preluări de identitate, prin atenția pe care subiectul crede că i-o acordă personaje importante, sau prin misiunile care i se încredințează. Structura narativă a unor deliruri poate fi considerată similară cu narativitatea biografică naturală.

DEPERSONALIZAREA ÎN SENSUL APERSONALIZĂRII ANONIMIZANTE

Depersonalizarea a interesat constant psihopatologii care în decursul secolului XX s-au preocupat de schizofrenie, mai ales în varianta sa bleuleriană, dezorganizant autistă, ce consideră delirul ca simptom secundar.

Mare parte din simptomele selectate în sd. Dep/Der, mai ales cele referitoare la lipsa atașamentului față de lume și de alții, anhedonia și golul mental, sentimentul pierderii limitelor sinelui corporal, au fost identificate tot timpul la schizofreni, mai

ales la cei cu evoluție îndelungată. Aceste trăiri subiective erau însă corelate acum cu o stare de pasivitate, de lipsă a inițiativei și reactivității la situații, de indiferență față de tot ce e în jur. Simptomatologia care în sd. Dep/Der st. constă doar din acuze subiective, în schizofrenie se întâlnește în contextul a ceea ce în prezent e desemnat ca manifestare negativă a psihozelor, și care e observabilă comportamental și expresiv ca avoliție, anemotivitate, alogie. Aceste simptome se manifestă de obicei în schizofrenie alături de delirul halucinator și dezorganizant, fiind însă prezente și în perioadele prodromale și defective. Mai ales faza inițială și prodromală a psihozelor de tip schizofren, incluzând și cazuistica considerată vulnerabilă, prezintă un deficit de vitalitate, spontaneitate, asertivitate și acordare efectivă, cu depersonalizarea apersonalizantă. Ea a fost studiată mai detaliat în ultimul timp, când s-a acordat o atenție crescută cazurilor predispușe spre psihoză, prin studiile școlilor din Bonn și Copenhaga. Spre deosebire de sd. Dep/Der st, și de transpersonalizarea delirantă, această direcție conduce spre resimțirea subiectului ca „anonim”; el tinde să devină „oricine”, încetând să mai fie un „cineva”. Subiectul își pierde capacitatea de a fi autonom și original, de a fi „el însuși”, de a se manifesta ca o „prezență vie” ce influențează evenimentele (Nota 9).

NOTE

Nota 1

În ultima perioadă se fac în mod repetat referințe la felul în care Jaspers a abordat tulburările sinelui (ale „eului” – Ichstörung) în comentarea psihozei, a schizofreniei mai ales; fapt ce necesită precizări. Psihopatologia lui Jaspers e orientată metodologic, astfel încât abordează stările psihopatologice din diverse unghiuri de vedere. Partea întâi a lucrării se referă la fenomenele psihice individuale, partea a doua la conexiunile cauzale. Partea întâi e predominant descriptivă și are patru capitole: I fenomenele subiective ale vieții psihice morbide; II performanțele obiective; III somatopsihologia; IV fenomene obiective semnificative. Problematika tulburării sinelui apare în partea întâi, denumită și fenomenologie, care e dedicată trăirilor subiective din psihopatologie. Jaspers abordează aceste trăiri subiective după un plan care are succesiv în vedere: 1. conștiința obiectelor (cu referința centrală la percepție); 2. Experiența spațiului și timpului; 3. conștiința corpului; 4. Delirul și conștiința realității (unde comentează și tema delirului primar); 5. Stările afective și ale simțirii; 6. Pulsioni, tendințe, voință; 7. Conștiința sinelui (unde sunt comentate „Ichstörung”); 8. Fenomenul autoreflexiei. Într-o a doua secțiune e abordată starea de conștiință în ansamblu, cu referința la atenție, somn și hipnoză, alterarea psihotică a conștiinței și forme complexe de experiență ale fanteziei. Problema persoanei în ansamblu și a lumii personale e tratată în altă parte.

În capitolul privitor la conștiința sinelui, se tratează despre activitatea, unitatea, identitatea și delimitarea sinelui (eului) în raport cu lumea exterioară, despre conștiința propriei personalități și personalitățile multiple. Abordând activitatea sinelui Jaspers scrie: „Fiecare manifestare psihică, fie ea percepție, memorie, idee... poartă cu ea aspectul particular de „a fi a mea”, de a avea calitatea „eului”, de „a aparține

personalității”. Numim acest aspect „personalizare”...dacă e prezent sentimentul că trăirile nu-mi aparțin mie, că sunt înstrăinate, automate, independente, sosesc de altundeva, denumim acest fenomen „depersonalizare”. În perioada de început a secolului XX conceptul de depersonalizare era încă vag conturat, Jaspers nu ezită însă să îl utilizeze pentru stări psihotice pe care în prezent le-am plasa în SPR. În interiorul acestui capitol privitor la Ichstörung, sunt frecvente exemple care indică fenomene ce pot să se manifeste și ca psihotice și ca nepsihotice, în terminologia actuală. Așa e de exemplu, referința la stările de dedublare sau chiar de dublă personalitate (dublura manifestându-se ca posesiune demoniacă). Privitor la demarcația eului, exemplele sunt luate din aria schizofreniei și a intoxicației cu mescalina. De asemenea, nu e prezentă o distincție clară între depersonalizarea cotate în prezent ca disociativă și starea de vid interior apato abulic din schizofrenie.

Parametrii de analiză a trăirilor subiective aduși în discuție de Jaspers (percepția obiectelor, a spațio-temporalității, resimțirea corpului, a sinelui) sunt jaloane metodologice extrem de utile, care au fost dezvoltate fructuos de unii autori recenți, ca Cutting (1997). Caracteristicile indicate de Jaspers pentru conștiința de sine (self) rămân și ele valabile. Aceste aspecte metodologice pot fi însă în prezent comentate mai diferențiat (de exemplu privitor la identitatea și limitele eului); iar analiza depersonalizării poate fi făcută cel puțin din trei perspective distincte, așa cum se încearcă în lucrarea de față.

Nota 2

Radcliff (2007, 2008, 2013, 2015) a publicat în ultimul timp o serie de analize de psihopatologie fenomenologică referitoare la „sentimentele existențiale” care stau la baza adeziunii fiecărui om conștient la lumea sa umană. Punctul de plecare psihopatologic în aceste analize a fost dispoziția delirantă, în care apare sentimentul de straniețate, de nefamiliaritate cu lumea. Referința la Radcliff e în primul rând la analiza pe care o face Heidegger Dasein-ului în Ființă și Timp; dar și la lucrările lui Husserl. Heidegger postulează că modalitatea „existențială” a *faptului-de-a-fi-în-lume* este un dat constitutiv (apriori), o condiție de posibilitate a existenței Dasein-ului (omului conștient); articularea cu o lume, precede preocuparea, grija, proiectele etc. „În interiorul” acestei existențe în lume, se desfășoară viața de zi cu zi, împreună cu alții, marcată de frică și uneori de angoasă. Acest fel de a pune problema este unul filosofic; iar Heidegger s-a opus constant aplicării analizei sale a Dasein-ului în psihologie și psihopatologie. Sentimentele existențiale ale lui Radcliff comentează însă tocmai faptul psihopatologic al posibilei „desprinderi” a subiectului de lumea (umană) în care există. Analizele fenomenologice ale lui Husserl plasează conștiința într-un ego monadic și încorporat, aducând astfel o perspectivă ce lipsește la Heidegger. Fenomenologia sa vizează un ego transcendent, plasat dincolo de problematica vieții cotidiene. Aspectul interesant al comentării sentimentelor existențiale constă în faptul că, acest demers indică și el faptul că psihopatologia relevă infrastructura psihismului conștient. Radcliff nu analizează însă sentimentele existențiale în corelație directă cu trăirile din întreaga arie a depersonalizării. Dacă acest sindrom e înțeles diferențiat – prezent și în delir și în simptomatologia

negativă a psihozelor – atunci sentimentele existențiale ar putea fi considerate o structură funcțională de articulare a fundalului de psihism biologic din om, cu deschiderea sa spre specificul psihismului uman. O astfel de circumscriere a temei, ar stimula cercetări care să evidențieze și suportul său neuropsihologic.

Nota 3

Într-o carte recentă, Radcliff (2015) analizează fenomenologic depresia, făcând referințe, desigur, la sentimentele existențiale. Sintetizând tradiția studiilor fenomenologice în domeniu, autorul relevă specificul distorsiunii temporalității, cu lipsa speranței și, uneori, disperare. Autorul consideră că în depresie sentimentele existențiale sunt deficitare; diferența față de deficitul lor în schizofrenie ar consta în concentrarea în depresie a trăirilor pe corporalitate (conform analizelor lui Fucs, 2005, 2009); pe când în schizofrenie, trăirea corporalității (a sinelui încorporat) e diluată, pierdută (Stanghellini, 2009 a). Autorul nu comentează însă faptul că depresivul nu mai poate sintetiza „prezentul trăit”, fapt ce nu e specific sindromului de depersonalizare/derealizare. Aceste diferențe sugerează că sentimentele existențiale se manifestă cel mai specific în cadrul depersonalizării.

Nota 4

În sd. Dep/Der st. încadrat în capitolul tulburărilor disociative, se menționează autoobservarea detașată – și chiar experiența de a fi în afara corpului – ca un aspect al dedublării psihismului. Sintezele mai vechi privitoare la acest sd. puneau un accent crescut pe sentimentul dedublării, dar luând în considerare și o simptomatologie ce aparține obsesionalității psihastene. În patologia disociativă, trăirea dedublării psihice se concretizează cel mai pregnant în stările disociative de identitate. În capitolul 4 s-a comentat corelația posibilă a acestora cu stările delirante de posesiune (divină și demoniacă) și de transpersonalizare. Problema detașării față de propriile trăiri – inclusiv corporale – se plasează și ca o posibilă etapă în instituirea SPR. Așa cum s-a comentat în Capitolul 6. dedublarea psihică din obsesionalitate intră și ea în discuție, odată cu comentarea acestui sindrom axial al psihopatologiei care e depersonalizarea.

Nota 5

Depersonalizarea în sensul psihasteniei lui Janet (1903), corelată sentimentului de incompletitudine, ce derivă din acțiunea neîndeplinită, cu insuficiența „funcției realului”, exprimă un deficit în direcția depersonalizării anonimizante (Dep/An). Acțiunea și munca în sine nu presupun atașamentul față de altul, care este nucleul atașamentului general față de lume. Ea se poate realiza în singurătate, fie că e orientată spre produse concrete fie spre realizări teoretice, abstracte. Atașamentul față de lume, ca sentiment existențial (în sensul lui Radcliff), presupune „acordarea” și „vibrarea” împreună cu lumea, ceea ce ține în primul rând de atașamentul afectiv înțeles ca și conpenetrare cu alteritatea. Acțiunea presupune și ea, desigur, o deschidere față de lume, inclusiv spre cea specific umană, în care subiectul se proiectează

realizator. Intrarea în lume pe această poartă, aduce însă în prim plan aspectele formale ale acțiunii pe care subiectul o inițiază și o realizează prin „agenția” sa; și nu pe cele tematice, care implică autonarativitatea, în care el e prezent ca persoană. Psihastenul lui Janet a fost descris ca trăind senzația stranie a neterminatului pentru acțiuni ce au fost deja încheiate, fapt ce a fost pus pe seama perfecționismului. Göppert (1960) (după Lăzărescu, 1973) a identificat însă, mai de mult, faptul că acesta se cramponează de muncă deoarece, la încetarea acesteia, pentru el se instalează un vid interior insuportabil; vid care îl precipită spre noi activități pentru a „scăpa de urât” și a „umple timpul”. Situația a fost corelată cu plictisul, direcție în care cele mai semnificative comentarii sunt cele ale lui Cioran. Acesta, în scrierile sale aforistice face apologia lenei, formulând vehement că „munca i-a fost dată omului ca un blestem din care el a făcut o voluptate”. Inactivitatea pe care Cioran o proslăvește, este însă dublată la el de trăirea unui îngrozitor plictis, resimțit și ca vid interior; și care amintește de remarca lui Göppert. În cazul lui Cioran problema se cere pusă însă altfel, sentimentul de plictis al vidului sufletesc apare și ca un echivalent al „acediei”, a situației în care omul se simte părăsit de Dumnezeu.

Nota 6

Plictisul, care e corelat cu tradiția „spleen-ului” englezesc, a fost comentat de Minkowski (1966) în corelație cu sentimentul de „amorțeață” și nerezonare afectivă a celor cu depersonalizare; dar și cu sentimentul zădărniceii lucrurilor omenești, subiectul pierzând motivația unor angajări existențiale mundane. Referința standard ar fi cea la Ecleziastul. Frankl (2009) a invocat și el acest fel de trăire în marginea „nevrozelor noogene”, comentând golul interior din perspectiva lipsei de sens existențial spiritual. Ambele abordări fac trimitere indirectă, deci, la religie. Opera lui Cioran pune însă punctul pe „i” evidențind cum acest vid al plictisului se plasează pe urmele „acediei” călugărilor din mănăstire care, în după amiezile de duminică, oboșiți de atâtea rugăciuni, se simțeau părăsiți de Dumnezeu. Depersonalizarea vidului interior apare în acest context la un pol opus extazului. Faptul e semnificativ pentru condiția umană. Interpătrunderea și contopirea cu ființa supremă ce se petrece în extaz, e o relaționare cu o instanță ființială lipsită de determinării, chiar dacă constituie o esență de ființă. Această dimensiune a Antroposului ne plasează dincolo de muncă și de atașamentul general față de lume, mediat în principiu de atașamentul față de alți oameni. Chiar dacă această problematică trimite spre una ontologică spinoasă, ea indică fenomenul depersonalizării ca atingând o zonă nucleară a persoanei umane, a sinelui și identității sale.

Nota 7

Depersonalizarea în varianta disociativă a sd. Dep/Der st. se oprește la sentimentul nefamiliarității cu sine și cu lumea, care rămân însă prezente în universul ambiental spațial, fixate într-o imobilitate și detașare observațională neimplicantă. Varianta psihotic delirantă a depersonalizării subliniază momentul de metamorfoză, de schimbare identitară. Varianta anonimizantă a depersonalizării punctează dezor-

ganizarea, lipsa de contur, nucleu și asertivitate identitară. Sd. Dep/Der st. menține un contur „formal” al sinelui, ce rămâne o zonă intramundană resimțită ca localizată, chiar dacă limitele sunt problematizate.

Nota 8

Implicarea dimensiunii biologice a psihismului uman în sd. depresiv, care e evidentă semiologic, a fost comentată doctrinar de Schneider într-un studiu din 1920, elaborat sub influența viziunii antropologice a lui Scheller. Fenomenologia personalistă a lui Scheller (1950) a acordat o importanță deosebită afectivității, simpatiei mai ales, neignorând însă aspectele sale sociologice și biologice. Schneider, (după Broome *et al.*, 2012) se referă la stratificarea vieții emoționale distingând: 1. Sensibilitatea senzațiilor; 2. Sensibilitatea (resimțirea afectivă) a corpului trăit („leib”); 3. Sentimentele (trăiri afective) psihice ale egoului; 4. Trăiri afective spirituale. Trăirile afective corporale sunt de origine biologică și sunt resimțite ca o „depresie vitală”, care se exprimă prin modificări obiective în funcționarea corporală. Depresia vitală este marca endogenității, căci această simptomatologie nu se reîntâlnește în depresia reactivă. Ulterior, unii fenomenologi au analizat depresia endogenă din perspectiva blocării dinamismului afectiv și a desituaționalizării (Schulte, Tellembach, Straus după Tatossian, 1979) punând accent pe cazurile care resimt „incapacitatea de a fi trist”. Această caracteristică de „anestezie afectivă” care a fost comentată și de Jaspers, indică o mixtare cu simptomatologia specifică sd. Dep/Der st. Privind din perspectiva unei psihopatologii fenomenologice clinice, o astfel de cazuistică există desigur, dar ea nu trebuie selecționată ca cea mai semnificativă pentru depresia endogenă. Prezența autoanalizei și a relațiilor privitoare la incapacitatea de a suferi, sugerează o comorbiditate cu sd. depersonalizării. Rămâne deschisă tema elementelor comune între cele două sindroame. Ar putea fi sugerată preeminența în sd. depresiv endogen a aspectului „formal” al sindromului, cu estomparea raportărilor la un conținut concret, la evenimente și persoane determinate, așa cum se petrece de exemplu în depresia de doliu. Totuși, în depresia nucleară subiectul se retrage din prezent, fiind orientat spre trecut, autodevalorizare și neființă, astfel încât anhedonia sa are la bază o altă poziționare atitudinală decât „amorțeala” desimplicată, de tip observațional, a depersonalizatului.

Nota 9

Corelația sd. Dep/Der cu obsesionalitatea a fost făcută de la începutul identificării sindromului, iar psihastenia lui Janet, (1903) descrisă la începutul secolului XX, este o importantă mărturie. Întreaga tradiție semiologică menționează autoanaliza ca un element important al sd. Dep/Der, care îl și întreține; iar indecizia și îndoiala sunt strâns corelate cu el. Opțiunea DSM-III-5 pentru varianta disociativă scoate însă din zona de interes această cazuistică, constituindu-se astfel un hiatus nosologic până la patologia deficitară, a abulicului indecis și ambivalent. Faptul e un deserviciu adus psihopatologiei, care cere o reactualizare a problematicii și cazuisticii tradiționale. Dacă aria „nepsihotică” a sd. Dep/Der nu e redusă la

sindromul disociativ actualmente acceptat și se reia cazuistica obsesionalității grave – care parțial e de tip psihasten – atunci se poate evidenția mai pregnant structura funcțională psihologică ce e perturbată în acest sindrom. Sentimentul de „vid interior” e destul de rar semnalat în sd. Dep/Der disociativ. El este însă prezent la tulburarea de personalitate borderline, în cea obsesiv compulsivă (unde a fost de mult timp semnalat de Göppert) și în fazele prodromale sau de vulnerabilitate crescută pentru schizorenie. Vidul interior psihic se corelează cu sentimentul de plictis și face parte din tradiția acediei. El se articulează însă și cu inactivitatea, putând sta și în spatele diverselor forme de adicție.

PARTEA a II-a

TULBURĂRI FORMALE, NETEMATICE ÎN PSIHOZE

Deficitul psihopatologic al psihozei se manifestă în prim plan prin tematica delirului halucinator, ce se instituie printr-o depersonalizare transpersonalizantă, cu desprinderea din contextul vieții comunitare firești și alunecarea într-un subunivers fictiv, în care subiectul devine personajul bizar a unei lumi distorsionate. Acest proces are la bază, desigur, o suită de tulburări formale, care afectează funcționarea sintetică și adecvată a psihismului persoanei.

Deficitul psihopatologic al psihozei se poate manifesta însă și în direcția în care identitatea persoanei se aplatizează și se pierde, astfel încât nici identitatea de pseudopersonaj a unui scenariu fictiv nu mai e funcțională. Această orientare deficitar negativă a patologiei psihotice evoluează în direcția unei depersonalizări anonimizante, devitalizante, lipsită de centru, coerență și limite, marcată de o dispoziție global indiferentă; indiferență care, vizează acum și propria poziționare în lume. Drumul în această direcție a deficitului apato-abulic indiferent, trece prin situația dezorganizării psihice. În această zonă psihopatologică, în prim plan nu se mai plasează scenariile tematice ale identității deficitare distorsionate, ci aspectele formale ale pierderii ordinii ierarhice a funcționării psihice, a organizării sale în identificare; precum și în raport cu o structură formală centrată și delimitată flexibil într-un context. În marginea psihozei, aspecte ale acestor tulburări formale – care în principiu se referă la prelucrarea informației – se întâlnesc în spectrul autist. Patologia obsesiv compulsivă, fiind centrată pe acțiune și nu pe relaționare, oferă și ea destul de pregnant exemple ale tulburării structurilor formale; iar tulburările de personalitate se prezintă ca o avantcameră a depersonalizării anonimizante.

Începând cu patologia spectrului autist și terminând cu cea a depersonalizării devitalizante și anonimizante, tulburările formale vizează și structura de fond a psihismului, astfel încât identitatea caracterială, centrarea și delimitarea personalității sunt vizate în mod diferit și constant. De aceea, referințele la tulburările de personalitate sunt semnificative. Tulburările formale se manifestă, însă, desigur în perspectiva raportărilor situaționale, a comunicării, expresivității, acțiunii, rezolvării de probleme. În ambele direcții e evidentă perturbarea „coerenței centrale”.

Aspectul principal al simptomatologiei psihotice din acest domeniu îl constituie dezorganizarea ideo-verbală; care presupune și ea, în spatele simpto-

matologiei evidente, o deficiență bazală a coerenței centrale a sinelui și a manifestărilor active ale acestuia.

În ultimii ani studierea autismului a permis degajarea a trei funcții neuro-psihologice sintetizatoare, fapt care deschide noi perspective în înțelegerea tulburărilor formale din psihoze. De aceea, această secțiune se deschide cu un capitol dedicat autismului și acestor funcții. Trimiterea la tulburările formale ar urma să susțină elaborarea unor modele teoretice de studiere a dezorganizării depersonalizante deficitare. De aceea, conținutul capitolului 8 are doar o legătură indirectă cu psihopatologia clinică a psihozelor.

CAPITOLUL 8

AUTISMUL, OBSESIONALITATEA ȘI TULBURĂRILE FORMALE, DRUMUL SPRE DEZORGANIZAREA DEFICITARĂ

Schizofrenia, ca prototip al psihozelor endogene a fost caracterizată de Bleuler prin autism și dezorganizare, tulburările „tematice” delirant halucinatorii fiind considerate ca secundare acestora. În prezent autismul e considerat o tulburare developmentală în care nu se dezvoltă comunicarea interpersonală socială, și există un comportament special, caracterizat prin intoleranță la schimbare, atenție crescută acordată detaliilor, stereotipii și reducerea intereselor.

Cercetările cognitive au evidențiat în autism perturbarea a trei funcții neurocognitive sintetizatoare:

- mentalizarea (ToM), o funcție prin care se intuiesc intențiile altora în situație;
- coerența centrală, ce asigură, predominant în percepție, configurarea structurală și semnificativă în raport cu un context accesibil;
- și, funcțiile executive care stau în spatele planificării și executării acțiunilor cu scop.

Aceste funcții sunt deficitare și în alte tulburări psihice ca obsesionalitatea și schizofrenia dezorganizată deficitară. În cadrul spectrului autist, cazurile cu intelect superior sunt foarte apropiate de tradiționalele tulburări de personalitate schizoide, manifestând același dezinteres și indiferență față de prezența și atitudinea altora. Dispoziție indiferentă, care diferă de cea anxios fobică din tulburarea „tematică” a delirului paranoid. Autistul interferează cu obsesionalitatea, prin preocuparea crescută față de ordine și ordonare, sistematizare, colecționare, mișcări involuntare și atenție crescută asupra detaliilor. Patologia obsesivă, mai ales în exprimarea ei ca tulburare de personalitate, manifestă o centrare pe activitate și muncă, manifestând o fragilitate a funcțiilor executive. Analiza variantei psihastene a tulburării de personalitate obsesiv compulsivă, sugerează o interpătrundere a funcțiilor executive cu cea a coerenței centrale, în cadrul unei funcții generale a coerenței centrale. Aceasta din urmă poate fi considerată ca implicată și în dezorganizarea schizofrenă.

Se evidențiază astfel un ansamblu de „tulburări formale” în psihopatologie, paralele și interferând cu domeniul tematic al delirului halucinator.

SPECTRUL AUTIST, FUNCȚIA MENTALIZĂRII ȘI CEA A COERENȚEI CENTRALE PERCEPTIVE

Autismul, ca expresie și concept, a fost introdus în psihopatologie de către Bleuler pentru a caracteriza replierea pe sine a schizofrenului, desprins de lumea comunitară a vieții cotidiene. În prezent, prin autism se înțelege o tulburare developmentală de diverse intensități, în care nu se dezvoltă abilitățile de comunicare și relaționare interpersonală, manifestându-se deficiențe de integrare a informațiilor (Amaral, 2012; Dawson, 2006). Deși actuala tulburare autistă nu e plasată în grupul psihozelor, ea păstrează similarități cu vechiul autism schizofren, prin deficiența contactului cu ambianța și alte persoane și prin dispoziția indiferentă. Autismul este

important pentru problematica psihozelor deoarece atrage atenția asupra fondului personalistic; și, pentru că a permis studierea cvasiexperimentală a unor funcții neuropsihice integratoare, așa cum e mentalizarea, coerența centrală și funcțiile executive. S-a deschis astfel calea pentru cercetarea disfuncțiilor formale a procesării informației în cadrul raportărilor la situații, fapt deosebit de important în psihopatologia psihozelor. Autismul este deci invocat mai ales pentru că ocazionalizează comentarea acestor funcții integrative de prelucrare a informațiilor.

Autismul descris de Kanner, care împreună cu sindromul Asperger constituie nucleul spectrului autist, era circumscris în DSM-IV-TR prin trei clustere simptomatice: – nedezvoltarea capacităților de relaționare interpersonală prin comportament și expresivitate nonverbală; – însușirea deficitară/particulară a limbajului și comunicare lingvistică neadecvată; – îngustarea, reducerea, rigiditatea intereselor și preocupărilor, însoțită de intoleranță la schimbare, nevoia de ordine fixă, mișcări repetitive stereotipe, atenție acordată detaliilor și deficiență în perceperea ansamblurilor. Actuala caracterizare a spectrului autist din DSM-5 prezintă două mari grupaje simptomatice (**Chenar 57**).

Chenar 57

Spectrul autist Criterii din DSM-5

A. Un deficit persistent în comunicarea și interacțiunea socială în multiple contexte care se manifestă prin următoarele (în prezent sau pe baza istoriei):

1. Deficit în reciprocitatea emoționabilității sociale, de exemplu abordări sociale anormale și eșuarea conversației reciproce, o redusă împărtășire a intereselor, emoțiilor și afectului; eșecul inițierii sau răspunsului la interacțiune;

2. Deficit în comportamentul comunicațional nonverbal; de exemplu comunicarea verbală și nonverbală e slab integrată; anormalitatea în contactul ocular și limbajul corporal sau deficit în a înțelege și utiliza gesturile; până la completa lipsă a comunicării nonverbale sau expresiei faciale.

3. Deficit în a dezvolta, menține și înțelege relațiile; de la dificultăți în a ajusta comportamentul la variate contexte sociale la dificultăți în a împărtăși jocuri imaginative sau de a-și face prieteni sau lipsa interesului de a avea persoane apropiate.

B. Modele de comportament, interese și activități restrictive, repetitive ce se manifestă prin cel puțin două din următoarele:

1. Stereotipie sau repetitivitate a modelelor de comportament, utilizare a obiectelor sau a vorbirii (e.g. simple stereotipii motorii, a lovi ușor obiectele, ecolalie, fraze ideo sincrazice);

2. Insistență pe neschimbare, aderență inflexibilă la rutină sau modele ritualizate de comportament verbal sau nonverbal, dificultăți cu tranziția, modele de gândire rigide, ritualuri de salutare, nevoia de a urma același drum sau a folosi aceeași mâncare în fiecare zi;

3. Interese restrânse, fixe, anormale ca intensitate și obiectiv (e.g. preocupare crescută cu obiecte neobișnuite; interese excesiv de circumscrise sau perseverative);

4. Hiper sau hiporeactivitate la contactul sensorial sau interese neobișnuite în aspectele senzoriale ale ambianței (e.g. aparenta indiferență la durere/temperatură, răspuns adversiv la anumite sunete sau texturi, excesiva mirosire sau atingere a obiectelor, fascinație vizuală cu lumină sau cu mișcări).

C. Simptomele trebuie să fie prezente în perioada dezvoltării timpurii (dar pot începe să fie manifeste când solicitarea depășește capacitățile, sau pot fi marcate prin strategii învățate în viața adultă).

D. Simptomele cauzează deficitul funcționării sociale, ocupaționale sau alte domenii.

Primul se referă la nedezvoltarea comunicării interpersonal sociale (emoțională, verbală și nonverbală, realizarea și menținerea relaționării). Al doilea, se referă în continuare la restrângerea și rigiditatea intereselor, stereotipie, intoleranța la schimbare, reactivitate senzorială particulară etc. Se poate remarca introducerea deficitului în „realizarea și menținerea relaționării”. Conceptul spectrului autist include, pe lângă diverse entități clinice descrise de-a lungul timpului, cazuri cu intelect bine dezvoltat și performanțe ridicate în anumite domenii de activitate. El are replici în normalitate, evidențiabile mai ales la rudele de gradul I.

În patologia autistă, așa cum indică și denumirea, deficitul principal constă într-o relaționare interpersonal socială perturbată. Cercetările au relevat nedezvoltarea sau dezvoltarea distorsionată la autiști a trei funcții neuropsihice de sinteză: teoria minții, coerența centrală și funcțiile executive (Baron Cohen, 1997). Abordarea acestora e o ocazie de a evidenția tulburările formale în psihopatologie. Cea mai importantă dintre ele se referă la cogniția socială și a fost denumită „mentalizare” sau „teoria minții” (*Theory of Mind* – ToM). Ea constă în capacitatea copilului de trei ani de a percepe intuitiv intențiile și evaluările altei persoane într-o situație dată. Copilul își dă seama ce gândește, ce vrea și cum evaluează situația celălalt.

Funcția ToM e considerată specific umană, ca un câștig al antropogenezei psihice adaptative (Baron-Cohen, 1995). Ea este corelată cu alte aspecte ale cogniției sociale, ca recunoașterea emoțiilor și atribuirea cauzalității în raport cu persoanele. Doar înțelegând intuitiv intențiile și evaluările celuilalt în situație prin funcția ToM, e posibilă colaborarea dintre oameni pentru acțiuni conjugate. Autismul ne plasează deci explicit pe orbita psihologiei și psihopatologiei evoluționiste și developmentale (Baron-Cohen, 2007).

Funcția ToM se dezvoltă progresiv până la trei ani, bazându-se pe împărtășirea privirii sugarului cu cea a mamei, pe atașament, dezvoltarea limbajului, a percepției de sine, a funcțiilor executive și a capacității de reprezentare (Lăzărescu, 2011). Ea este articulată în principiu cu atașamentul, putându-se dezvolta însă și pe o orbită separată de acesta.

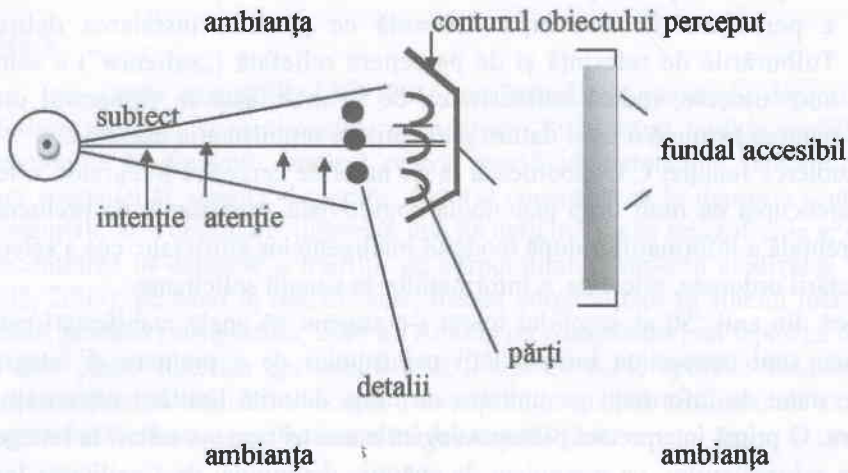
Ca aspect al cogniției sociale ToM se dezvoltă și se nuanțează ulterior în cursul ontogenezei, manifestându-se predominant în dialog. Funcția ToM e activă în toate procesele de relaționare publică în care subiectul e în situația de a anticipa, prin scenarii metareprezenționale, comportamentul altora, inclusiv atitudinea acestora față de sine. Atât scenariile anticipative probabiliste cât și derularea evenimentelor la care subiectul participă ca personaj, se articulează cu narativitatea susținută de memoria episodică și biografică. Distorsiuni în cogniția socială intervin și în elaborarea tematicii delirante paranoide, deci a tulburărilor psihotice „tematice”. Așa cum s-a menționat mai sus, intervine însă acum o prelungire a ToM în plan meta-reprezențional. În schizofrenie funcția ToM a fost găsită deficitară doar la formele cu simptomatologie negativă și dezorganizată, care pot fi considerate că fac parte, de fapt, din aceeași mare clasă cu autismul (Bora, 2009). Deficitul ToM a fost inclus în unele modele ale dezorganizării psihice ca o caracteristică de bază a acesteia, alături de deficitul de integrare a informațiilor (Hardy-Baylé, 2003).

Funcția ToM presupune configurarea în psihismul copilului a unei „scene” pe care subiectul își reprezintă situația, prezența sa în mijlocul situației pe care o cunoaște și o înțelege; precum și prezența altora care, cu mintea lor, au și ei o reprezentare proprie a situației; asupra intențiilor și evaluărilor celorlalți. El anticipează acțiunile altora și consecințele propriilor sale acțiuni. În acest sens capacitatea ToM e similară cu funcționarea proceselor metacognitive ce se desfășoară în rezolvarea de probleme, printr-o modelare ce permite evaluări probabiliste „baysiene”. Modelarea relaționărilor interpersonale are însă o complexitate în plus față de cea a rezolvării unor probleme practice, subiectul trebuind să se reprezinte și pe el însuși ca acționând în viitor în raport cu evoluția comportamentului și atitudinilor celorlalți, pe un fel de „scenă” dramatică. Acest aspect poate fi considerat punctul de plecare pentru reprezentarea imaginativă a unor atitudini și stiluri de raportare de durată a celorlalți în raport cu sine, ca de exemplu ostilitate, înșelare, supraveghere, admirare și dragoste etc. Faptul se manifestă în scenariile de tip narativ ale delirului. Pentru aceasta nu e suficientă metacogniția, ce asigură rezolvarea de probleme pe modele probabiliste. De aceea, s-ar cere acceptată o instanță psihică metareprezentatională, după sugestia celor ce s-au ocupat de transmiterea transgenerațională a atașamentului (Main, 1995, 2000). Într-o astfel de instanță subiectul își poate reprezenta atitudinea constantă, transsituațională, a altora în raport cu sine, în cadrul unor scenarii în care el este eroul principal. Scenarii care se articulează cu dimensiunea narativității identitar biografice a persoanei.

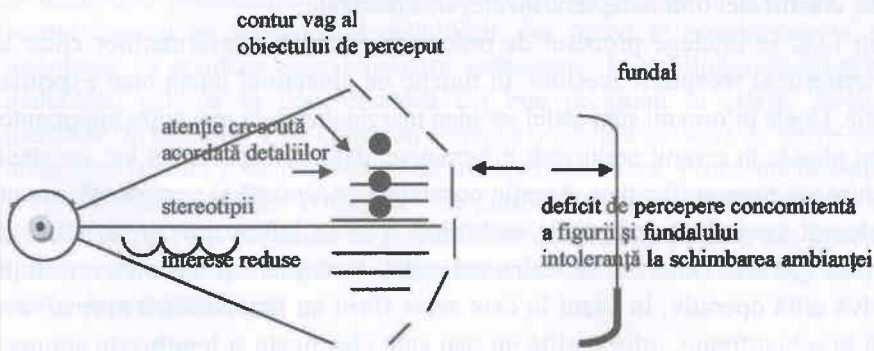
În concluzie, funcția ToM nu poate fi corelată direct cu patologia delirantă. Delirul presupune prelungirea ei într-o instanță metareprezentatională, a narativității biografice și culturale.

După ce rolul funcției ToM în autism a fost stabilit, a devenit evident că o parte din simptomatologia acestuia, cea care nu se referă la relaționarea socială, nu poate fi explicată doar prin nedezvoltarea ei. Frith și Happé (1994) au sugerat că autismul se caracterizează printr-o deficiență specifică a integrării informațiilor la diverse nivele. În procesul informativ normal există tendința ca varietatea informațiilor să fie reunite și ierarhizate, pentru a se construi o semnificație de nivel înalt a obiectului sau evenimentului vizat. Acesta e astfel delimitat și plasat într-un context. Capacitatea a fost numită „coerență centrală” (C.C.). Autistul e deficitar și în funcția C.C., el nereușind să perceapă pregnant și diferențiat un întreg mai complex, așa cum e fața mamei. Atenția sa e fixată pe detalii, de exemplu, pe gură sau ochi; dar nu pe configurația de ansamblu și expresia acesteia, receptată ca un întreg semnificativ. Deficiența se referă atât la raportarea figurii la fundalul său cât și la recontextualizare. În normalitate fundalul e inclus în percepție, ca accesibilitate la informații suplimentare (Ardvison, 2010). La autist se înregistrează uneori o indistinție între figură și fond. Alteori, el percepe figura delimitată rigid, dar fără fundalul ei; deci decontextualizată. Apoi, își fixează atenția asupra fundalului, neglijând figura. Deficitul de reprezentare a contextului, în strânsă corelație cu „memoria de lucru” este invocat în ultimul timp ca o tulburare formală de bază în interpretare (Chenar 60).

Percepția unui obiect în perspectiva funcției „coerenței centrale”



Consecințe ale deficienței coerenței centrale în autism



Funcția C.C. este diferită de funcția ToM; dar ele se pot conjuga și interinfluența. Dificultatea de a percepe fața mamei ca un întreg semnificativ în primul an de viață, poate avea consecințe asupra reprezentării imagoului acesteia, a dezvoltării atașamentului, apoi a funcției ToM și a empatiei.

În autism a fost studiată C.C. predominant în procesul perceptiv care vizează un obiect pregnant. În viața omului obișnuit, o funcție de tipul C.C. intervine însă în orice decupare perceptivă a unei situații semnificative, pe fundalul ambianței și a cursului evenimentelor. E vorba acum de un proces mult mai complex, prin intrarea în joc a dimensiunii intențional semnificante a

subiectului; și, prin mobilitatea evenimentelor ce se derulează în mediul, în ambianță, în „atmosfera” perceptivă. Perceperea unui ansamblu, a unei configurații situaționale ca având o anumită semnificație pentru subiect, este o funcție esențială adaptării și funcționării normale în viața cotidiană. Această funcție e perturbată în dispoziția delirantă ce precede instalarea delirului primar. Tulburările de referință și de percepere reliefată („saliency”) a semnificației unor obiecte, indică solidaritatea ce se manifestă în psihismul uman între decuparea formală a unui datum perceptiv și semnificația acestuia.

Studierea funcției C.C. abordează la un nivel de cercetare integrator, o temă care a preocupat de mult timp psihologia cognitivă, interesantă de prelucrarea psihocerebrală a informațiilor după modelul inteligențelor artificiale: cea a selecției și prelucrării ordonate, eficiente, a informațiilor în situații solicitante.

Încă din anii '50 ai secolului trecut s-a sugerat că unele manifestări psihopatologice sunt consecința incapacității psihismului de a prelucra și integra o cantitate mare de informații pe unitatea de timp, datorită limitării capacității de procesare. O primă interpretare psihopatologică a acestei teze s-a referit la retragerea socială a schizofrenilor, ca mecanism de apărare, determinat de fragilitatea lor în prelucrarea informațiilor din aria relaționării sociale (Nota 1).

S-a dezvoltat apoi teoria filtrului informativ atențional (f.i.a.). Atenția e un proces complex, conjugat percepției și acțiunii, prin care informațiile sunt identificate, etichetate, clasificate, ordonate, ierarhizate, sistematizate.

Prin f.i.a. se înțelege procesul de ordonare ierarhică a informațiilor chiar la nivelul periferic al receptării acestora, în funcție de obiectivul intențional exprimat prin atenție. Unele informații sunt astfel spontan marginalizate ca mai puțin importante; altele sunt plasate în centrul prelucrării informative, datorită importanței lor; iar altele sunt excluse, ca ne semnificative. Atenția normală, concentrată și persistentă, are un volum adecvat sarcinii de îndeplinit, ierarhizând spontan informațiile și rezistând la solicitări sau zgomote nedorite. Se realizează astfel, inconștient și automat, o selecție informativă utilă operativ. În cazul în care acest filtru nu funcționează normal, așa cum ar fi în schizofrenie, informațiile nu mai sunt clasificate și ierarhizate automat la nivel periferic, spontan și continuu conform importanței lor, cu reținerea doar a ceea ce e esențial în funcție de direcția problemei ce se cere rezolvată. În consecință se produce un bombardament informativ care obosește și dezorientează individul. Astenia și retragerea socială a multor schizofreni s-ar explica astfel. Subiectul trebuie să facă un efort deliberat de a controla informațiile receptate printr-o atenție sporită la nivel periferic; ceea ce determină un aucontrol perceptiv și acțional continuu. Faptul întreține și o stare de „hiperreflexie”, de atenție sporită acordată propriului efort de a percepe, gândi și acționa.

Filtrul atențional informativ nu e activ doar în direcția obținerii informației perceptive exterioare. În cursul rezolvării problemelor curente ale vieții,

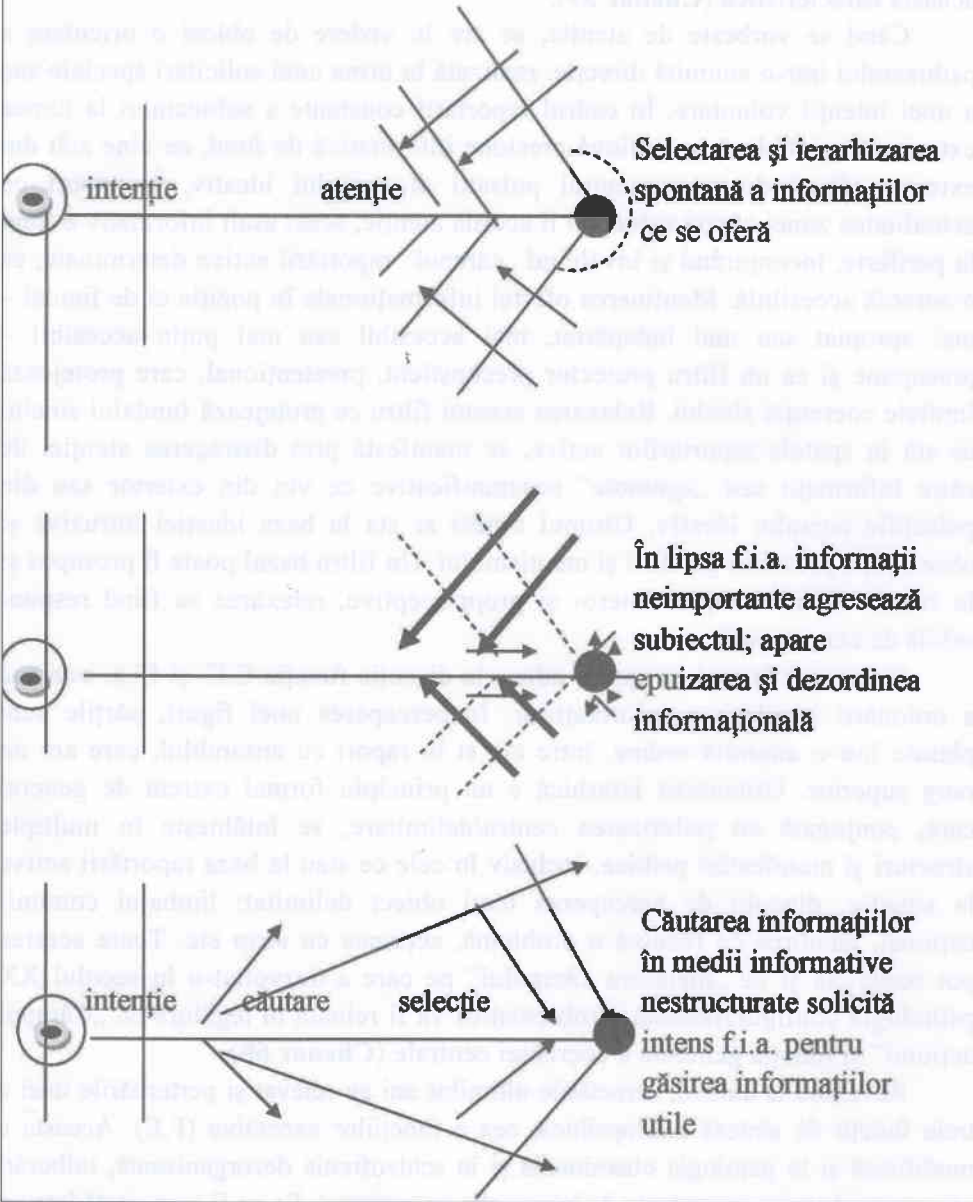
el operează și în direcția selectării informațiilor din memorie, a informațiilor *feed back* transmise de mișcările corporale în cadrul acțiunii; și, în general, a informațiilor continui ce subiectul le caută și le receptează. F.i.a. are particularități importante în cazul căutării informațiilor într-o bază de date ample, așa cum ar fi internetul. În această direcție actuala tehnologie a dezvoltat metodologia „analizei semantice latente”. Căutarea în propria memorie are uneori această caracteristică (**Chenar 59**).

Când se vorbește de atenție, se are în vedere de obicei o orientare a psihismului într-o anumită direcție, realizată în urma unei solicitări speciale sau a unei intenții voluntare. În cadrul raportării constante a subiectului la lumea exterioară există însă o continuă presiune informativă de fond, ce vine atât din exterior cât și dinspre circuitul pulsativ al cursului ideativ. În raport cu actualitatea zonei căreia subiectul îi acordă atenție, acest asalt informativ e ținut la periferie, înconjurând și învăluind „câmpul” raportării active determinate, ca o aureolă accesibilă. Menținerea ofertei informaționale în poziția ei de fundal – mai apropiat sau mai îndepărtat, mai accesibil sau mai puțin accesibil – presupune și ea un filtru protector preconștient, preatențional, care protejează limitele coerenței sinelui. Relaxarea acestui filtru ce protejează fundalul sinelui ce stă în spatele raportărilor active, se manifestă prin distragerea atenției de către informații sau „zgomote” ne semnificative ce vin din exterior sau din pulsațiile cursului ideativ. Ultimul aspect ar sta la baza ideții intruzive și obsesive, a presiunii gândirii și mentismului. Un filtru bazal poate fi presupus și în raport cu informațiile intero- și proprioceptive, relaxarea sa fiind responsabilă de cenestopatii.

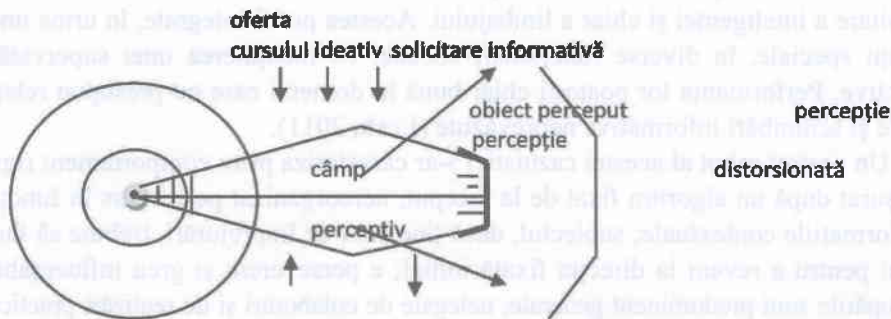
Un aspect formal pe care îl aduce în discuție funcția C.C. și f.i.a. este cea a ordonării ierarhice a informațiilor. În perceperea unei figuri, părțile sunt plasate într-o anumită ordine, între ele și în raport cu ansamblul, care are un rang superior. Ordonarea ierarhică e un principiu formal extrem de general care, conjugată cu polarizarea centru/delimitare, se întâlnește în multiple structuri și manifestări psihice, inclusiv în cele ce stau la baza raportării active la situație, dincolo de perceperea unui obiect delimitat: limbajul comunicațional, gândirea ce rezolvă o problemă, acțiunea cu scop etc. Toate acestea pot beneficia și de „metafora câmpului” pe care a dezvoltat-o în secolul XX psihologia configuraționistă. Problematika va fi reluată în legătură cu „Câmpul acțiunii” și funcția generală a coerenței centrale (**Chenar 60**).

Revenind la autism, cercetările ultimilor ani au relevat și perturbările unei a treia funcții de sinteză neuropsihică, cea a funcțiilor executive (F.E). Aceasta e modificată și în patologia obsesională și în schizofrenia dezorganizantă, tulburări care au unele zone importante de intersecție cu autismul. Ea va fi comentată într-un paragraf ulterior.

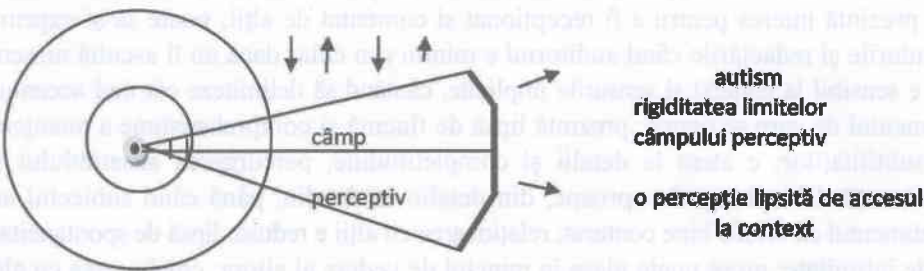
Filtrul informativ atențional (f.i.a.)



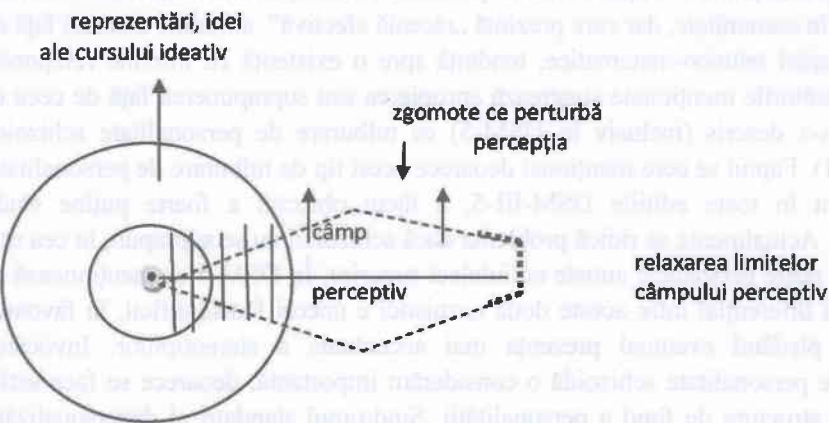
Percepția înțeleasă ca și câmp perceptiv



limitele câmpului perceptiv



percepție tubulară



AUTISMUL SUPERIOR. TULBURAREA DE PERSONALITATE SCHIZOIDĂ ȘI DISPOZIȚIA INDIFERENTĂ

În ultimul timp se acordă o atenție deosebită cazurilor de autism cu o bună dezvoltare a inteligenței și chiar a limbajului. Acestea pot fi integrate, în urma unei educații speciale, în diverse funcționări sociale, cu menținerea unei supervizări protective. Performanța lor poate fi chiar bună în domenii care nu presupun relații sociale și schimbări informative neprevăzute (Losh, 2011).

Un portret robot al acestei cazuistici s-ar caracteriza prin: comportament rigid desfășurat după un algoritm fixat de la început, nereorganizat pe parcurs în funcție de informațiile contextuale; subiectul, dacă ține cont de împrejurări, trebuie să facă efortul pentru a reveni la direcția fixată inițial; e perseverent și greu influențabil; preocupările sunt predominant generale, nelegate de colaborări și de realizări practice; poate fi interesat de studii sistematice în domenii circumscrise și de elaborări teoretice într-o zonă limitată impersonală; șau de activități constructive și de sistematizare; nu prezintă interes pentru a fi recepționat și comentat de alții; poate să-și exprime gândurile și redactările când auditoriul e minim sau chiar dacă nu îl ascultă nimeni; nu e sensibil la context și sensurile implicite, căutând să delimiteze cât mai accentuat domeniul de care se ocupă; prezintă lipsă de fluență și comprehensiune a nuanțelor și subtilităților; e atent la detalii și completitudine, parcurgerea ansamblului se realizează din aproape în aproape, din detaliu în detaliu, până când subiectul are sentimentul că totul e bine conturat; relaționarea cu alții e redusă; lipsă de spontaneitate și de intimitate; nu se poate plasa în punctul de vedere al altora; colaborarea cu alții e dificilă sau imposibilă, în dialoguri și acțiune.

Studierea spectrului autist lărgit, adică a rudelor apropiate ale autiștilor, a identificat prezența între aceștia a multor persoane cu comportament în limite normale și integrate în comunitate, dar care prezintă „răceală afectivă”, atitudine distantă față de alții, preocupări tehnico-matematiche, tendință spre o existență cu minime relaționări sociale. Trăsăturile menționate sugerează apropierea sau suprapunerea față de ceea ce tradițional s-a descris (inclusiv în DSM-5) ca tulburare de personalitate schizoidă (**Chenar 61**). Faptul se cere menționat deoarece acest tip de tulburare de personalitate, deși prezent în toate edițiile DSM-III-5, a făcut obiectul a foarte puține studii sistematice. Actualmente se ridică problema dacă schizoizii nu se suprapun, în cea mai mare parte, peste persoanele autiste cu intelect superior. În DSM-5 se menționează că diagnosticul diferențial între aceste două cazuistici e uneori foarte dificil, în favoarea autismului pledând eventual prezența mai accentuată a stereotipiilor. Invocarea tulburării de personalitate schizoidă o considerăm importantă, deoarece se face astfel trimitere la structura de fond a personalității. Sindromul standard al depersonalizării disociative are în vedere trăiri episodice, mai scurte sau mai prelungite. În psihopatologia psihozelor se cere însă acordată atenție însăși fundalului personalistic.

Tulburarea de personalitate schizoidă
Criterii DSM-5

A. E prezentă o configurație constantă a detașării de relațiile sociale și de reducere a exprimării emoțiilor în contexte interpersonale, ce debutează în perioada adultului tânăr și e prezentă în variate contexte, prin patru (sau mai multe) din următoarele:

1. Nu dorește și nu se bucură de relații apropiate, incluzând și faptul de a face parte din familie;
2. Alege aproape întotdeauna activități solitare;
3. Are interes redus, sau deloc, pentru experiențe sexuale cu alții;
4. Manifestă plăcere pentru puține activități sau deloc;
5. E lipsit de prieteni apropiați sau confidenți în afara de rudele de gradul întâi;
6. E indiferent față de aprecierea sau criticismul altora;
7. Manifestă răceală afectivă, detașare sau afectivitate toxică.

Tulburarea de personalitate schizoidă nu e o categorie pregnant delimitată. Ea nu e menționată nici în comentariile privitoare la spectrul schizofren, care fac trimitere la suita: schizotaxie (Mehl), schizotipie, (tulburare schizotipală), schizofrenie. În schizotipie predomină însă tulburări paranoide și dezorganizate mitigate. Totuși, personalitatea schizoidă are o importanță cel puțin principială, deoarece atrage atenția asupra unei cazuistici personologice ce este caracterizată, pe lângă asociabilitate, prin indiferență. În varianta cazului tipic ideal, indiferența schizoidului s-ar manifesta atât față de alții cât și față de sine, evenimente și raportarea altora la sine. Schizoidul, la fel ca și autistul, nu e interesat de contactul cu alte persoane și nici de părerea acestora despre sine, despre acțiunile sale, despre valoarea sa. La acest nivel se afirmă o diferență tranșantă în raport cu un alt tip de personalitate anormală din „clusterul A” (considerat ca orientat spre psihoză) și anume cu paranoidul (p. 111). Acesta e senzitiv, hipersensibil la atitudinea altora față de sine, fiind exagerat de suspicios, mereu în tensiune, cu ideea că alții complotază împotriva sa. Varianta ideală a celor două tipuri de personalitate anormală marchează și diferența între cele două direcții ale manifestărilor psihotice. Cea predominant tematică, orientată spre delir; și cea pre-dominant formală, orientată spre dezorganizare și simptomatologie negativă.

Starea dispozițională afectivă se manifestă în psihopatologia episodică în primă instanță prin manie și prin depresia majoră. În aceste tulburări, subiectul, se retrage din prezența la situația actuală, repliindu-se anormal pe propria valoare a sinelui. Sinele se proiectează acum expansiv și dezinhibat, încrezător, într-un viitor a toate posibil (manie); sau, se repliază pe trecut, autodeprecieri, negare de sine, neînțelegere (depresie). O a doua manifestare dispozițională majoră o constituie cea în care sinele se manifestă anxios fobic, cu suspiciune paranoidă. Intrarea în delirul paranoid se realizează prin dispoziția delirantă, care combină nefamiliaritatea depersonalizării cu anxietatea lipsei de repere. Raportarea hipermetrică la stima și valoarea de sine din tulburările dispoziționale e înlocuită acum cu sentimentul unei vulnerabilități extreme față de intențiile nocive ale altora; și al convingerii în hipercontrolul ce-l exercită forțele xenopatice asupra propriei persoane. Odată cu indiferența față de lume, alții și sine

ne aflăm în fața unei a treia modalități dispoziționale. Aceasta se regăsește într-o modalitate accentuată, în simptomatologia psihotică negativă, în spatele dezorganizării, în prezența unui sine apersonalizat, lipsit de spontaneitate, neasertiv.

Spectrul autist și schizoidia ne introduc deci într-un univers dispozițional diferit de manie, depresie și paranoide, cel al indiferenței. Autistul, în varianta Kanner, nici nu înregistrează prezența mamei sau a altor persoane, tratându-le ca pe niște obiecte; iar pe sine nu se recunoaște în oglindă. În tulburarea de personalitate schizoidă, e indicată o lipsă de interes pentru relații interpersonal sociale și absența unor legături de intimitate prelungite. În ambele cazuri, nu e dezvoltată capacitatea de atașament și de rezonanță afectivă, empatică cu alții, aceștia rămânând indiferenți pentru subiect. Dispoziția indiferentă, la fel ca celelalte stări dispoziționale marcate, nivelează structura afectivității, reducând dimensiunea atașamentului și emotivității, concomitent cu distorsiunea raportării la sine. Deficitul în aria atașamentului privează subiectul de capacitatea apropierei sufletești de altul, de simpatia și iubirea reală, de „acordarea” afectivă empatică, de împărtășirea emoțiilor și milă. Această răceală afectivă a deficitului de atașament e distinctă de cogniția și relaționarea socială, care poate fi bună. De exemplu, la psihopat.

Baron-Cohen (2007), care s-a preocupat de semnificația evoluționistă a autismului, a sugerat existența a două funcții psihice majore la om: cea a sistematizării și cea a empatizării. Autistul ar fi deficitar în empatizare, în cogniția și relaționarea socială, dar predispus spre hipersistematizare. Psihopatul e deficitar în empatia atașamentului, dar e performant în cogniția socială și relaționarea socială, pe care o utilizează în manipularea machiavelică a victimelor, pe care le exploatează fără remușcări. Plasat în acest sistem de evaluare, schizoidul indiferent nu se relaționează eficient cu alții ca psihopatul, fiind anhedonic și neinteresat de propria asertare; caracterizarea sa generală nu-l consideră însă nici preocupat în mod special de sistematizări și delimitări, ca autistul. El e considerat predominant ca un apragmatic izolat. Schizoidul, considerat ca o oglindă în direcția normalității a schizofreniei deficitar dezorganizate, semnalează că în această tulburare apare o problemă specială a limitelor și asertivității interpersonale a sinelui, în contextul unei depersonalizări anonimante.

AUTISMUL, TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ ȘI PROBLEMATICA ORDONĂRII DELIMITATIVE A SPAȚIULUI AMBIENTAL

Între comorbiditățile spectrului autist, pe primele locuri se află tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC), alături de ADHD și patologia anxios-depresivă. Comorbiditatea cu TOC vizează mai ales un grupaj al acestei patologii, corelat compulsiilor de ordonare, mișcărilor involuntare și colecționarismului.

TOC se caracterizează prin episoade în care sunt prezente obsesiile și compulsiile ce repliază subiectul pe sine egodiston și care sunt mari consumatoare de timp. Obsesiile sunt idei (pulsuni, imagini) recurente, persistente și neplăcute ce apar intruziv,

nevoluntar, creând anxietate; și pe care subiectul nu reușește să le înlăture. Compulsiile sunt mișcări sau acte mentale ce se impun și ele involuntar, de obicei pentru a contracara obsesiile, scăzând pentru moment anxietatea. Simptomatologia TOC se desfășoară în cadrul unei pronunțate egodistonii hiperreflexive și e grupată în prezent în trei clustere principale (Stekete, 2012):

- intenții agresive urmate de compulsii de verificare;
- ideatie de contaminare urmată de compulsii de spălare, curățenie;
- obsesii și compulsii de ordine/ordonare.

Un al patrulea cluster ce se atribuia TOC fiind considerat apropiat de ordonare, colecționarismul, este circumscris în DSM-5 ca o categorie separată, plasată însă în același capitol care comentează spectrul TOC. Suprapunerea simptomatică între autism și TOC se realizează mai ales în aria simptomatologică a colecționarismului, ordonării și simetriei.

La acest nivel merită reluată sugestia lui Baron-Cohen privitoare la funcția sistematizării, ca polarizată cu cea a empatizării. Sistematizarea are în vedere raportarea subiectului la entități ce pot fi puse în relație prin funcții matematice ordonatoare așa cum sunt cărțile dintr-o bibliotecă, speciile de plante, cuburile colorate. Ea se referă la o altă direcție de raportare decât relațiile afective cu ființele umane. Ordinea și ordonarea obiectelor din ambianța spațială se află sub incidența funcției de sistematizare.

Unul din simptomele majore ale autismului e intoleranța la schimbarea ambianței, tendința de a menține aceeași („sameness”) poziție a obiectelor și a le sistematiza într-o variantă fixă. Acest simptom, care e corelat cu atenția crescută acordată detaliilor, poate fi considerat o expresie a deficienței funcției C.C., subiectul resimțind ca nu poate prelucra rapid și eficient informații noi. În perspectivă evoluționistă, controlul informativ asupra ambianței imediate are valoare adaptativă. Spațiul înconjurător proxim trebuie să fie corect și bine perceput și controlat; dar, cu sesizarea schimbărilor sau apariției de elemente noi, care ar putea fi periculoase. Comportamentul autistului sugerează o regresie disfuncțională la acest nivel comportamental.

Simptomatologia obsesiv-compulsivă (OC) de ordine și ordonare a obiectelor din spațiul înconjurător habitual – care este menționată ca o frecventă comorbiditate cu autismul – poate fi interpretată similar. Deoarece în cazul TOC e vorba de persoane cu psihism mai diferențiat, simptomatologia este și ea mai complexă; dar referința de bază este în esență tot la problematizarea ordinii spațiale proxime. Spre deosebire de patologia agorafobică în care spațiul locuinței e resimțit ca protector în raport cu pericolozitatea spațiului public, în TOC subiectul e preocupat de ordinea și ordonarea propriei locuințe sau camere, resimțind nevoia unui control permanent asupra spațiului înconjurător familial. Ordonarea obsesivă poate fi considerată și o reacție de apărare față de o tendință psihologică centrifugă, de dispersie și dezordine; Tendință care deseori se manifestă efectiv, subiectul nesuportând dezordinea pe care singur o produce, continuu. Concentrarea obsesivă pe spațiul imediat înconjurător este o caracteristică TOC care se articulează direct cu problematizarea propriilor limite corporale. Așa cum s-a menționat, un alt cluster simptomatic al TOC ce se poate

manifesta separat dar și conjugat cu cel de ordonare, este centrat pe contaminare. În acest ultim caz simptomele OC se referă la vulnerabilitatea însăși a limitelor spațiale ale corporalității față de agenți nocivi, invizibili; compulsia complementară este ablutomania, spălarea și curățenia compulsivă. Preocuparea față de ordine și față de contaminare se conjugă, uneori la un nivel subclinic, la gospodinele ce fac în permanență ordine și curățenie în casă. Centrarea pe limitele spațiale ale corporalității – susținute de „schema corporală” psihocerebrală – este o caracteristică a patologiei TOC, ce se exprimă și la categoriile incluse în spectrul acesteia: tricotilomania, gratajul patologic, dismorfofobia (caz în care e problematizată imaginea corporală).

În cazul simptomatologiei OC de ordine/ordonare, se combină anormalitatea trăirii spațiului proximal – a limitelor corporale și a abianței locuinței – cu problematizarea ordinii spațiale, ce se conjugă cu dispersia dezordinii de necontrolat. Ordonarea obiectelor spațiale poate fi considerată un aspect al funcției de sistematizare, pe care o invocă Baron-Cohen, care se manifestă anormal la autiști. La obsesivi, tot o manifestare particulară a acestei funcții de sistematizare poate fi considerată tendința spre simetrizare – care se articulează însă cu patologia dezorganizantă. Unele probleme speciale ale funcției sistematizării le ridică colecționarismul, care se întâlnește la unele tulburări de personalitate obsesiv compulsivă. Se mai cere menționat faptul că în TOC poate să apară aritmomania și preocupări anormale, „magice”, în raport cu numerele. Patologia corelată preocupărilor față de simetrie și numere se corelează cu patologia dezorganizării, evidențiind un aspect particular al destructurării spațio temporalității, în contextul unei forme speciale de depersonalizare.

FUNȚIILE EXECUTIVE ȘI PERSONALITATEA OBSESIONALĂ CENTRATĂ PE ACȚIUNE

Cea de a treia funcție psihică de sinteză ce se consideră a fi perturbată în autism este cea a grupajului funcțiilor executive (F.E.). Acestea se referă la inițierea și coordonarea unei acțiuni cu scop. Ea e considerată, de asemenea, și ca unul din principalele câștiguri filogenetice, girate de cortexul prefrontal. F.E are în vedere comportamentele cu scop, așa cum ar fi: acțiunea pragmatică, eficientă, cea care realizează produse; sau vorbirea ce transmite un mesaj. Nu e vorba de o unică funcție globală, ci de multiple funcții definite operațional și prin teste; care însă toate participă la același obiectiv. În grupajul funcțiilor executive sunt menționate următoarele (cu diverse accente și formulări din partea cercetătorilor):

- A genera, a iniția comportamente orientate spre scop;
- A planifica și organiza atingerea scopului prin etape succesive; sau, altfel spus, a rezolva o problemă într-un mod organizat, strategic;
- A menține atenția asupra scopului, concomitent cu flexibilitatea atenției spre noutățile contextuale; și, cu reorganizarea la nevoie a strategiei;

– A coordona comportamentul printr-o continuă („online”) informație asupra desfășurării sale în context (= memoria de lucru) și bazându-se pe informația inversă (*feed-back*), care evaluează etapele parcurse;

– A îndepărta impulsurile și tendințele comportamentale care deviază de la obiectiv; precum și toate perturbările („zgomotele”) ce apar pe parcurs;

– A evalua finalizarea obiectivului și consecințele sale.

Analiza F.E. a condus la mai multe modele conceptuale, care încearcă să sistematizeze teoretic diverse rezultate obținute prin studii sectoriale bazate pe testări experimentale (Shallice, 1996; Braddely, 2002; Miller, 2008). Unul din aceste modele, analizând F.E. din perspectiva comportamentului motor, a condus la sugestia a două nivele:

– Nivelul controlului schemelor comportamentale standardizate, care pot fi declanșate și inhibitate (*Entention Scheduling* – ES);

– Nivelul supervizării atenționale (*Supervision Attention System* – SAS) care se desfășoară la un nivel conștient și implică: planificarea, decizia, atenția față de comportamentele cu dificultăți tehnice, fața de împrejurări nescunoscute și noi etc.

S-a subliniat că în cazul F.E. e important să se aibă în vedere în mod principal un „centru executiv” de supervizare, care e corelat neîntrerupt tot timpul cu obiectivul de atins; și în jurul căruia se organizează desfășurarea acțiunii. Faptul se realizează prin două din principalele funcții executive: menținerea atenției fixată asupra scopului; și, mai ales, „memoria de lucru”, care menține „online” informația „feed back” privitoare la progresul acțiunii spre obiectiv. Se realizează astfel un „câmp al acțiunii”, această metaforă făcând trimitere la coeziunea ce se realizează în cadrul unui câmp gravitațional.

Tulburări ale F.E. au fost întâlnite, pe lângă autism și în alte tulburări neurologice și psihice ca deficiențe intelectuale, ale controlului motor, ale învățării, ADHD, tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC), schizofrenie, tulburări dispoziționale și anxioase etc. În schizofrenie ele sunt incluse printre „tulburările neurocognitive” ce se evaluează (Keefe, 2004) prin teste psihologice ce cuantifică: vigilența și atenția, învățarea audioverbală și vizuală, raționamentul și rezolvarea problemelor, viteza procesării informațiilor, fluența verbală, memoria imediată, de lucru (*working memory*). Tulburările neurocognitive sunt evaluate în schizofrenie în paralel cu identificarea simptomelor (sindroamelor), fiind considerate și ca markeri de vulnerabilitate. Ele nu sunt cuprinse într-un sindrom psihopatologic specific tocmai deoarece funcțiile executive nu sunt reunite într-un model coerent, a cărui perturbare să o exprime. Deficiența lor se consideră a fi atașată simptomatologiei deficitare. Se cer totuși reținute, în conformitate cu descrierea de mai sus, similaritățile evidente între F.E. și funcția C.C. perceptivă.

Prin faptul că F.E. se referă explicit la acțiunea cu scop, considerăm util comentariul unei zone de psihopatologie în care tulburarea acțiunii voluntare se exprimă în manieră comportamentală evidentă, fiind trăită hiperanalitic și putând fi exprimată în simptome. Este vorba de tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă (TPOC) caracterizată tradițional, inclusiv în DSM-5, prin preocuparea excesivă față de muncă și acțiune, de organizare, de controlul situațiilor și realizării proiectelor (**Chenar 62**). Se face din nou apel la o tulburare de personalitate, la fel

ca în cazul celei schizoide, pentru a atrage atenția asupra importanței analizei structurii identitare a persoanei în cercetarea psihozelor. În autismul clasic, ce a stat la baza cercetării funcțiilor neurocognitive integratoare (ToM, C.C, F.E), personalitatea nu e diferențiată. Autismul superior, persoana schizoidă și TPOC ne trimit însă la instanța sinelui identitar, înrădăcinat în corporalitate, circumscris prin parametri socio-culturali și axat pe dimensiunea biografico-caracterială, susținută de memorie. Identitatea acestui sine biografic și caracterial stă în spatele manifestărilor actuale, a proiectelor și preocupărilor.

Chenar 62

Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă Criterii DSM-5

A. E prezentă o configurație persistentă de preocupare față de ordine, perfecționism și control mental și interpersonal, în detrimentul flexibilității, deschiderii și eficienței, începând din perioada adultului tânăr și prezentă în variate context indicate de patru (sau mai multe) din:

1. E preocupat de detalii, reguli, liste, ordine, organizare, scheme astfel încât scopul principal al activității e pierdut din vedere;
2. Manifestă perfecționism care interferează cu împlinirea obiectivului (e.g. nu reușește să realizeze proiectul deoarece propriile standarde nu sunt atinse);
3. E în mod excesiv dedicat muncii și productivității cu excluderea activităților de relaxare și prietenie;
4. E hiperconștiincios, scrupulos, inflexibil în domeniul moralității, eticii sau valorilor;
5. Nu e capabil să se despartă de obiecte folosite sau fără valoare, chiar dacă ele nu au valoare sentimentală;
6. E reținut în a delega sarcini altora dacă aceștia nu se supun într-u totul indicațiilor;
7. E zgârcit, adună bani pentru eventuale catastrofe viitoare. Manifestă rigiditate și încăpățănare.

Anankastul este un muncitor ordonat și scrupulos care își planifică pe termen lung activitățile și le execută succesiv și sistematic. După ce a deliberat temeinic acționează rigid, cu perseverență și încăpățănare, verificând tot timpul exactitatea rezultatelor și programului. E hiperconștiincios, scrupulos, perfecționist. Eventuala nesiguranță e supracompensată prin referință la norme și reguli impersonale pe care le adopă și le urmează conștiincios. Relațiile cu alții sunt politicoase dar formale. Nu acceptă sugestii și nu poate colabora cu alții în acțiune. Se consideră omul datoriei astfel încât face ceea ce i se cere, preferând în permanență anonimatul și impersonalul. Prezintă intoleranță la ambiguitate și inactivitate. Datorită perfecționismului deseori nu consideră că a încheiat o sarcină, deși ea este efectiv încheiată, deoarece are sentimentul că nu a făcut totul perfect.

Psihastenul este o persoană care se hotărăște foarte greu, el deliberează mult, analizează diverse variante ale acțiunii proiectate care-l preocupă, abordându-le pe toate fețele, argumentează și contraargumentează exagerat, începe un lucru și îl părăsește pentru alt proiect sau altă variantă; pentru ca apoi să revină la cele începute. Începe mai multe acțiuni în același timp trecând de la una la alta, pe unele părăsindu-le, temporar sau definitiv. Verifică tot timpul ceea ce face; manifestă o mare nesiguranță și îndoială în toate domeniile. Termină foarte dificil proiectele începute și nu consideră lucru încheiat deoarece are impresia că trebuie să mai verifice ceea ce a făcut. E dezordonat și împrăștiat în toate direcțiile vieții psihice și a existenței curente. E hiperreflexiv și analitic, orice situație îi apare problematică și o analizează în diverse perspective („despică firul în patru”). Sunt frecvente ruminări pe teme abstracte. Poate asculta sugestiile altora dar nu duce la bun sfârșit ce a promis că va face.

Notă: Psihastenul se apropie, în descrierea DSM-5, de personalitatea dependentă.

TPOC poate fi considerată exemplară pentru o perturbare a funcțiilor executive care se manifestă fenomenologic printr-un comportament constatabil, prin itemi cu valoare de simptome. Tradițional atașamentul excesiv față de muncă și acțiune, însoțit de un hipercontrol exagerat, este reținut ca specific și în DSM-5. Această caracterizare diferențiază TPOC de celelalte tulburări de personalitate ei negăsindu-i-se o poziție corespunzătoare în circumplexul relațiilor interpersonale (Leary, Kisker, Wiggins).

Din acest punct de vedere TPOC a fost constant plasată la un pol opus față de histrionic. Privitor la relațiile interpersonale, în cazul TPOC se menționează doar aspectul formalist, prin care alții sunt ținuți la distanță; iar colaborarea e dificilă; precum și inflexibilitatea morală. Cât privește atașamentul față de muncă și productivitate, TPOC e caracterizată prin perfecționism, preocupare excesivă față de organizare, ordine, scheme, detalii și hipercontrol, cu excluderea activităților de relaxare și prietenie. Tradiția psihopatologiei germane (Petriłowitsch, 1966) a descris mai de mult două subtipuri; Anankastul rigid și hiperconștiincios și psihastenul nehotărât și dezordonat.

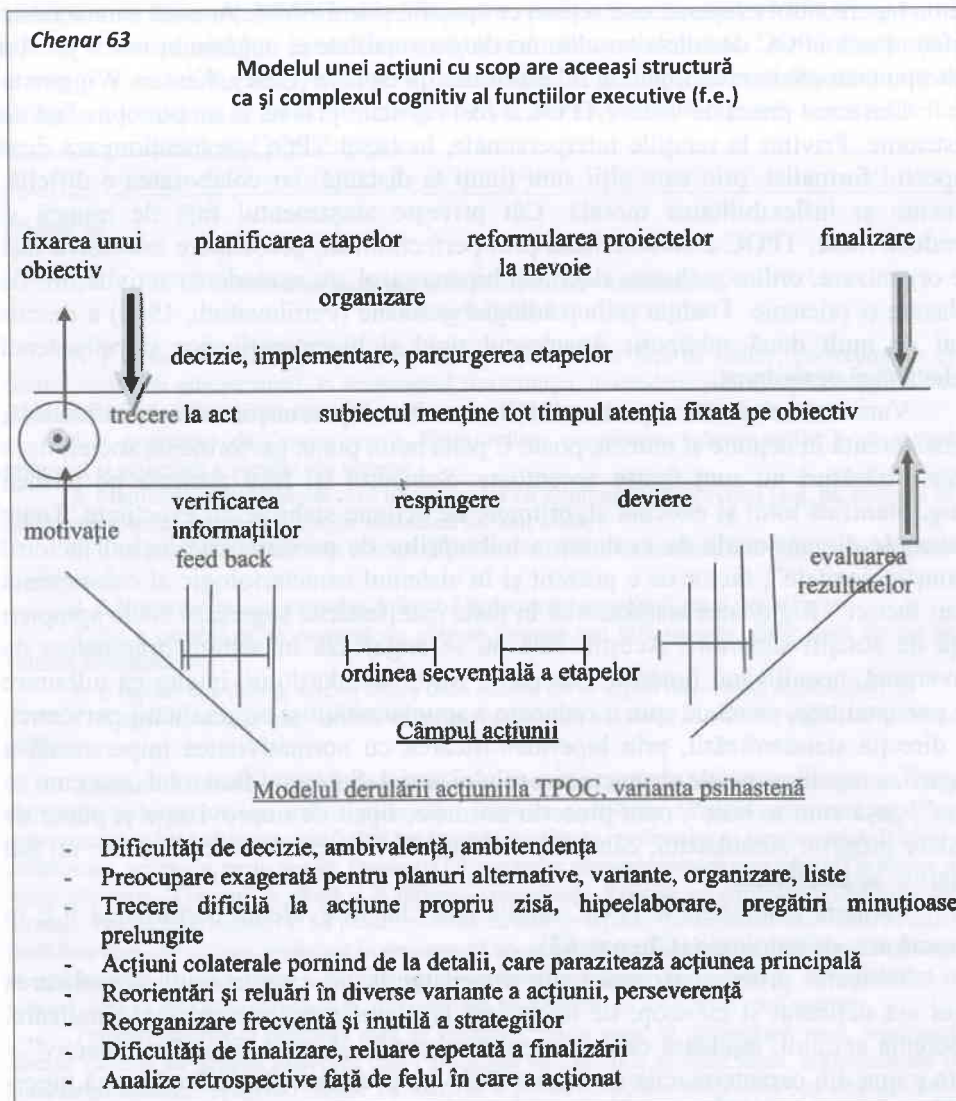
Varianta anankastă a personalității obsesive, hiperconștiincioasă, inflexibilă, perseverentă în acțiune și muncă, poate fi până la un punct performantă social, dacă aceste trăsături nu sunt foarte accentuate. Subiectul își face proiecte pe termen lung, planifică totul și execută algoritmele de acțiune stabilite cu exactitate. Toate sistemele dimensionale de evaluare a tulburărilor de personalitate includ factorul „conștiinciozitate”; factor ce e prezent și în sistemul caracteriologic al celor „cinci mari factori”. Rigiditatea anankastului în toate manifestările sugerează unele apropieri față de autiștii superiori. Aceștia însă nu se angajează în acțiuni pragmatice de anvergură, necultivând funcțiile executive. Stilul anankastului, înțeles ca tulburare de personalitate, conduce spre o reducere a spontaneității și originalității persoanei, în direcția standardizării, prin hiperidentificarea cu normativitatea impersonală a muncii, a regulilor sociale abstracte și a rolului social. Subiectul face totul „așa cum se cere”, „așa cum trebuie”, cum prescriu normele, lipsit de improvizație și punct de vedere propriu. Anankastul, când nu e ocupat de muncă, de sarcini, simte un gol interior, se plictisește.

Varianta psihastenă a TPOC scoate mai clar în evidență perturbarea F.E în această arie de patologie (**Chenar 63**).

Subiectul problematizează toate dimensiunile pe care le implică realizarea unui act deliberat și cu scop, de la decizie la planificare, executare și finalizare. Coerența acțiunii, înțeleasă ca un întreg, e relaxată. „Atenția fixată pe obiectiv” – care e una din caracteristicile de bază a F.E. – e și ea deficitară. Predomină hiperdeliberarea și hiperlaborarea în raport cu actul efectiv; se manifestă întreruperi în evoluția acțiunii spre final și acțiuni colaterale. Relaxarea psihastenă a comportamentului, ce se desfășoară după modelul F.E., poate fi comparată cu vorbirea circumstanțială, digresivă, marcată de perseverență și uneori de stereotipii, care se întâlnește la tulburarea schizotipală.

Funcțiile executive pot fi considerate și ele o structură formală a psihismului uman, prin care se operaționalizează capacitatea de acțiune voluntară, înțeleasă ca un câștig al antropogenezei, girat de lobii prefrontali. Disfuncția acesteia se evidențiază în simptomatologia TPOC. Comentarea acesteia ajută la degajarea unor funcții

formale (abstracte) de rang superior, a căror conturare e dezirabilă pentru a se putea realiza modele testabile. Comentarea TPOC ca exemplificând clinic perturbarea F.E. a fost făcută și deoarece, în psihoze aceasta e mai greu decelabilă.



„CÂMPUL ACȚIUNII” ȘI FUNCȚIA GENERALĂ A COERENȚEI CENTRALE

Putem privi F.E. nu ca un ansamblu dispart de funcții psihice testabile ce sunt reunite printr-o vagă trimitere la acțiunea cu scop, ci ca derivând dintr-o funcțiune sintetică reală ce organizează comportamentul voluntar uman. Modelul ar

presupune (**Chenar 63**): decizia pentru un proiect de acțiune, anticiparea obiectivului director, structurarea unei strategii care conține secvențe ce se succed într-o anumită ordine temporală, evaluarea resurselor, implementarea proiectului, evaluarea derulării acțiunii și a fazelor atinse prin informații feedback, reorganizarea la nevoie a strategiilor, îndepărtarea solicitărilor deviate, finalizarea și evaluarea rezultatului.

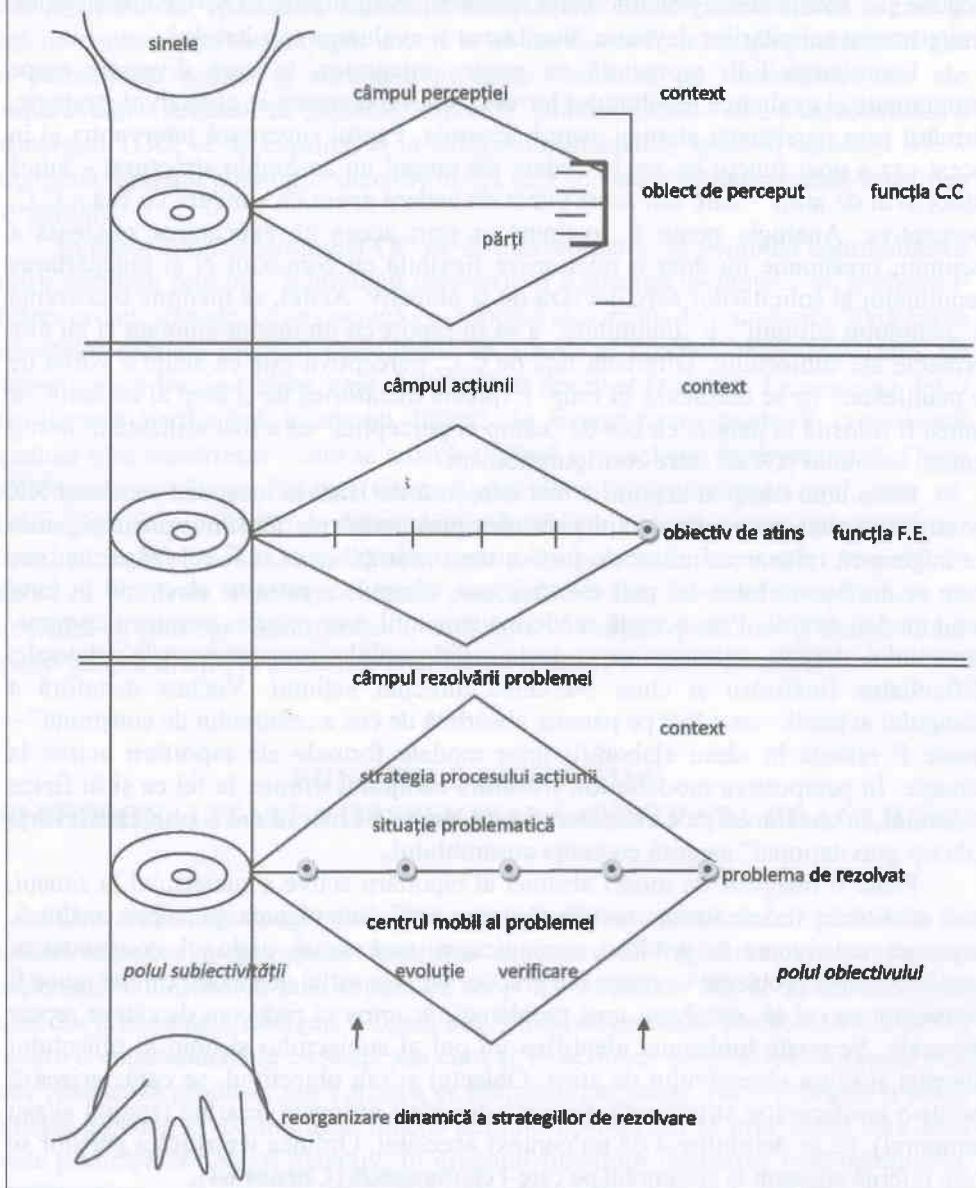
Exercitarea F.E. reprezintă un proces integrator, în care diversele etape programate și evaluarea rezultatului lor este referită constant la obiectivul strategic, urmărit prin persistența atenției asupra acestuia. Faptul sugerează intervenția și în acest caz a unei funcții ce are în vedere tot timpul un ansamblu structurat – adică obiectivul de atins – care din acest punct de vedere apare ca similară cu cea a C.C. perceptive. Analogia poate fi susținută și prin aceea că executarea eficientă a acțiunii, presupune nu doar o relaționare flexibilă cu contextul ei și îndepărtarea tendințelor și solicitărilor care deviază de la obiectiv. Astfel, se menține o coerență a „câmpului acțiunii”, o „delimitare” a sa în raport cu un mediu ambiant și cu alte proiecte ale subiectului. Diferența față de C.C. perceptivă este că acum e vorba de o manifestare ce se derulează în timp. Expresia metaforică de „câmp al acțiunii” ar putea fi folosită în paralel cu cea de „câmp al percepției” ce a fost utilizată în întreg cursul secolului XX de către configuraționism.

Ideea unui câmp al acțiunii a fost introdusă de Janet la începutul secolului XX pentru a explica comportamentul psihasten prin „scăderea tensiunii psihice”; ceea ce sugerează relaxarea liniilor de forță a unui „câmp” cum ar fi cel magnetic; sau care se desfășoară între doi poli electrici; sau, câmpul ce menține electronii în jurul unui nucleu atomic. Prin această scădere a tensiunii, s-ar relaxa coeziunea comportamentului, decizia, orientarea sa; și devin astfel posibile comportamentele colaterale, dificultatea finalizării și chiar pierderea direcției acțiunii. Vechea metaforă a câmpului acțiunii – ce a fost pe parcurs absorbită de cea a „câmpului de conștiință” – poate fi reluată în ideea elaborării unor modele formale ale raportării active la situație. În perspectiva modelărilor, metafora câmpului trimite, la fel ca și în fizica atomului, la coeziunea pe care o menține un centru – chiar mobil – prin care o forță „de tip gravitațional” asigură coerența ansamblului.

Poate fi imaginat un model abstract al raportării active a subiectului la situații, care să aibă în vedere variate manifestări cum ar fi: investigarea, percepția analitică, acțiunea realizatoare de produse, comunicarea unui mesaj, dialogul, confruntarea, rezolvarea unei probleme teoretice sau practice etc. Un astfel de model, care ar putea fi considerat ca cel al „rezolvării unei probleme”, ar urma să țină cont de câteva repere generale. Se poate totdeauna identifica un pol al subiectului și unul al obiectului abordat și/sau a obiectivului de atins. Obiectul și/sau obiectivul, se caracterizează printr-o configurație structurată, formată din părți ordonate ierarhic (spațial și/sau temporal), ce se delimitează de un context accesibil. Ordinea ierarhică a părților se cere referită constant la ansamblul pe care-l configurează (**Chenar 64**).

Fixarea subiectului, privit ca și un pol activ-intențional, pe părți sau pe detalii ale obiectului (obiectivului), perturbă sinteza raportării active de rezolvare a problemei, (inclusiv a percepției). Ansamblul procesului dinamic de raportare, trebuie să se detașeze cu limite pregnante dar flexibile de contextul solicitant. O delimitare rigidă nu permite recontextualizarea necesară; iar una prea laxă face ca ansamblul să se dilueze și să se piardă (**Chenar 60**).

Câmpul rezolvării unei probleme situaționale, structura e similară cu cea a câmpului perceptiv și a câmpului acțiunii



Comentarea fenomenelor psihologice ale raportării active la situație în termeni formali abstracți, e necesară proceselor de modelare. Parametrii menționați mai sus reiau într-un fel elementele evidențiate static odată cu funcția perceptivă a C.C. și le reasează în perspectiva dinamică a procesualității. În acest sens s-ar putea vorbi de un model abstract al unei funcții generale a coerenței centrale (F.G.C.C.) ce se

aplică dinamicii rezolvării unor probleme. În măsura în care se realizează o modelare se poate accepta ulterior o aplicare, conformă cu principiul fractalilor, la diverse domenii de realitate psihologică. Un astfel de model ar fi important pentru analiza psihopatologiei dezorganizării ideo-verbale și motivațional comportamentale.

Nu trebuie însă ignorat că raportarea activă a subiectului la situație are în spate identitatea sa biografico caracterială. Aceasta, la rândul ei are o structură formală organizată între centrul sinelui reflexiv ce reunește subiectivitatea intențională; și limitele ce despart această subiectivitate – iar într-un sens mai general personalitatea – de lumea exterioară, de care el e constant articulat prin relații intersubiective, acțiune și posesiune.

PROBLEMA FORMALĂ A LIMITELOR PERSOANEI ȘI DELIMITAREA ÎN RELAȚIONĂRILE INTERPERSONALE

Problema limitelor, raportată desigur la un centru, este una formală, la fel ca cea a ordinii ierarhice și a părților ce constituie un ansamblu delimitat, proiectat pe un fundal. Această ultimă structură formală se întâlnește, așa cum s-a comentat, în procesul perceptiv și în orice raportare umană activă la situație. În psihologie și psihopatologie aceste aspecte formale abstracte capătă consistență fenomenologică atât prin manifestările situaționale cât și în perspectiva sinelui identitar al personalității. Deoarece comentariul a ajuns deja la nivelul tulburării de personalitate schizoidă și a TPOC, în continuare ne vom concentra asupra structurii identitare a persoanei ce se raportează constant la lume și la alții, prin intermediul succesivelor situații actuale.

Privind din perspectiva identității personale, a cărei ax e identitatea biografico caracterială centrată de sinele minimal, aceasta are și o dimensiune a subiectivității reflexive ce se raportează la o lume exterioară. Sau, altfel formulat printr-o sintagmă clasică, subiectul înțeles ca „eu” delimitat, se raportează în permanență la „lumea-obiect”, în calitatea acesteia de „non-eu”. Lumea exterioară obiectuală are însă un înțeles larg, ce pretinde o minimă subdiviziune între lumea perceptibilă plasată în spațiul exterior imediat și lumea transsituațională; lume gândită, imaginată, reprezentată sau resimțită afectiv în interioritatea subiectivității.

În raportarea nemijlocită la situația actuală, ambientală, limitele pe care și le resimte subiectul sunt în primul rând cele corporale, configurate prin „schema corporală”, așa cum s-a comentat cu ocazia patologiei percepției. În depersonalizare aceste limite pot fi resimțite ca deformate, nesigure, dispărute. Vulnerabilitatea față de murdărie și microbi din sindromul de contaminare obsesiv, se plasează la acest nivel. Prin limitele sale corporale subiectul e în contact cu ambianța proximală, raportare care e distorsionată în autism și obsesionalitate, în primul rând prin nevoia de neschimbare și prin ordonările compulsive. Nevoia de ordine și ordonare a obsesivului se extinde de fapt asupra întregii sale vieți, cu problematizarea acțiunii și a relațiilor interpersonale. Colecționarismul, un sindrom prezent în

obsesionalitate și în autism, ne relevă însă faptul că individul, personalitatea privită în sens mai larg se dimensionează și prin posesiunile sale. Adică, transsituațional, prin averea sa. Fenomenul colecționării se referă doar la un aspect delimitat al posesiunilor, asupra cărora obsesivul și autistul își exercită pulsunile de sistematizare. Totuși, privind dintr-o perspectivă psihoantropologică suficient de amplă, este evident că „limitele persoanei” nu se termină la tegumentele corpului său și la contactul special cu situația.

O altă direcție în care se realizează în normalitate în mod constant o depășire a limitelor între polul subiectivității interioare și cel al exteriorității lumii ambientale, o constituie relațiile interpersonale intime.

În „lumea exterioară”, în ambianța spațială a acesteia, subiectul întâlnește alți oameni, cu corporalitatea și psihismul lor subiectiv. Întreaga existență a persoanei, de la naștere la moarte, se realizează în contextul unor relaționări intersubiective. Ele încep cu raportul dintre mamă și sugar, desfășurându-se apoi pe o diagramă intim/public, ce poate fi concepută ca un spațiu interpersonal. Spațiu ce se eșalonează între intimitatea apropierei și „distanțele psihologice” variate la care se plasează persoanele oficiale și străine. La polul intimității întâlnim existența „duală”, cu introjectarea celuilalt în propriul psihism și dispariția practică a distanțelor interpersonale. Spre cealaltă extremă, în zona publică și oficială, întâlnim considerarea celuilalt ca o persoană îndepărtată, străină, ca un simplu anonim, ca o existență abstractă.

Această partajare a persoanelor cu care subiectul se află în relații între polul intimității centrat de nucleul sinelui și cel public – oficial și al indiferenței –, se referă și ea la aspecte relativ constante, de durată a existenței. Grupul persoanelor intime, cu care el se află în legături apropiate – familia, prietenii apropiați, unii colegi și vecini etc., – reprezintă un fel de rețea socială proximă, la care subiectul poate face apel pentru sprijin afectiv sau material, zilnic sau în situații de criză. Psihosociologii au denumit acest grup „rețeaua de gr. I sau de ajutor social”. Din circumscrierea universului uman ce definește o persoană fac parte și alte rețele, supraordonate. O rețea „de gradul II” ar fi cea a persoanelor apropiate de fiecare din membrii rețelei de gr. I; apoi, se plasează persoanele circumstanțial cunoscute sau la care subiectul are într-un fel acces ș.a.m.d. Această perspectivă sugerează și ea că limitele persoanei, privită în perspectiva ei biografico caracterială, se extind în lumea din jur, la fel ca și redimensionarea prin posesiuni. O persoană cu o rețea bogată – mai ales de ordinul I – poate rezista mai bine la evenimente, boli și tulburări psihice. Oricum, evaluarea unei persoane din punctul de vedere al conturului și limitelor sale, implică această perspectivă (**Chenarul 65**).

Orice persoană, pe lângă faptul că se delimitează de lumea exterioară, are în același timp o serie de trăiri comune cu alții, pe care le împărtășește cu persoanele intime. Între mamă și copil sau între doi iubiți, comunicarea e predominant nonverbală, gândurile și intențiile fiind ușor intuite și sugerate.

Nu același lucru se petrece în raport cu persoanele necunoscute. Este deci de acceptat existența unei structuri psihice formale care organizează limitele și distanțele mobile ale subiectului în relaționările interpersonale. Unele persoane se pot apropia

treptat de intimitatea subiectului, altele se pot înderpărta. Prăbușirea acestei structuri formale poate fi incriminată în apariția fenomenelor de transparență influență din cadrul SPR, când subiectul parcă și-a pierdut capacitatea de delimitare și gestionare a distanțelor interpersonale.

Structura formală a relaționărilor, cea care organizează dinamica limitelor persoanei în raport cu alții, se poate perturba în variate forme și intensități. O modalitate psihopatologică importantă este asociabilitatea globală, indiferența totală față de alții cu lipsa dorinței de contact social. Aceasta se manifestă major în depersonalizarea devitalizantă și anonimizantă din schizofrenie. Într-o altă modalitate, indiferența și lipsa de interes față de alții se manifestă și în sindromul autist, cu variatele sale nivele de gravitate. Și la fel, în T.P. schizoidă. În tulburarea de personalitate obsesiv compulsivă (TPOC), în varianta anankastă, subiectul are tendința de „a ține la distanță” pe alții, printr-o atitudine oficială și ceremonioasă. Subiectul se manifestă tensionat în raport cu apropierea altuia față de intimitatea sinelui său. Perturbarea structurii formale de relaționare în cazul tulburărilor de personalitate atrage atenția că, în aceste cazuri, e modificată și „centrarea” persoanei prin sinele său.

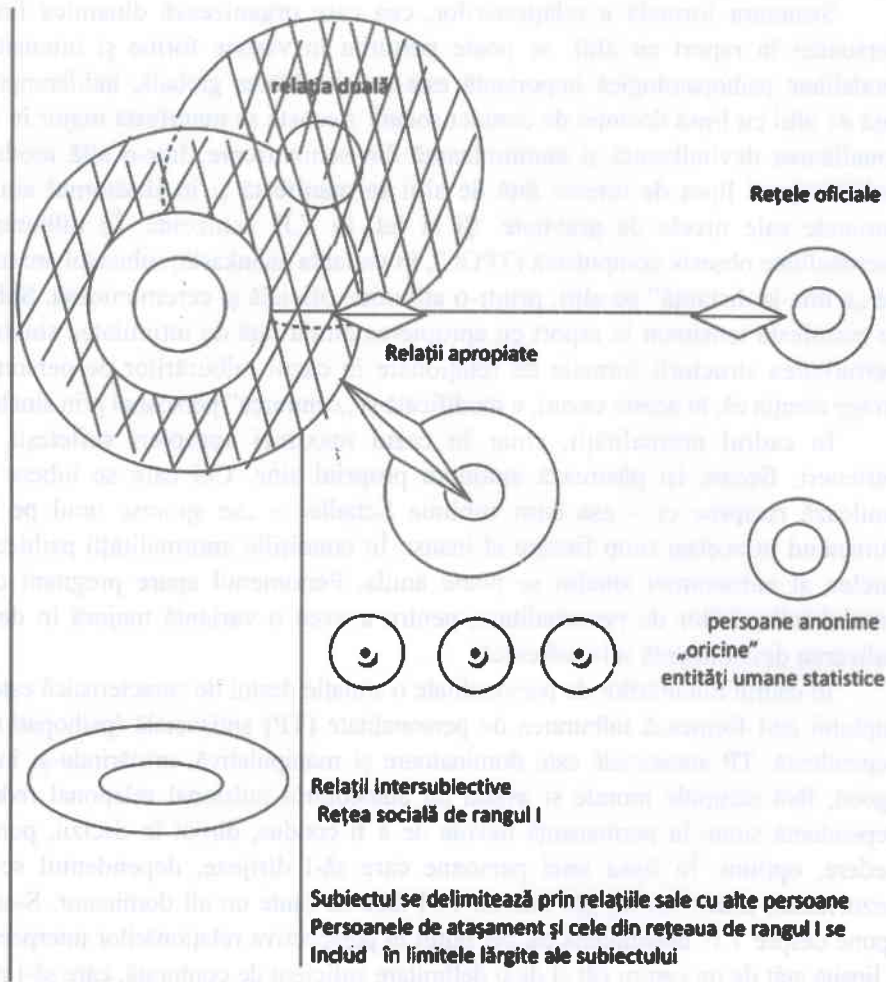
În cadrul normalității, chiar în cazul maximei apropieri sufletești dintre parteneri, fiecare își păstrează autonom propriul sine. Cei care se iubesc nu se anulează reciproc ci – așa cum sublinia Scheller – „se sporesc unul pe altul”, rămânând în același timp fiecare el însuși. În condițiile anormalității psihice acest nucleu al autonomiei sinelui se poate anula. Fenomenul apare pregnant deja la nivelul tulburărilor de personalitate, pentru a avea o variantă majoră în depersonalizarea devitalizantă schizofrenică.

În cadrul tulburărilor de personalitate o situație destul de caracteristică este cea a cuplului ce-l formează tulburarea de personalitate (TP) antisocială (psihopată) și TP dependentă. TP antisocială este dominatoare și manipulativă, urmărindu-și interesul egoist, fără scrupule morale și având un autocontrol pulsional relațional redus. TP dependentă simte în permanență nevoia de a fi condus, dirijat în decizii, puncte de vedere, opțiuni. În lipsa unei persoane care să-l dirijeze, dependentul se simte dezorientat, uneori cu un gol interior ce-l face să caute un alt dominator. S-ar putea spune despre T.P. dependentă că, cel puțin în perspectiva relaționărilor interpersonale, e lipsită atât de un centru cât și de o delimitare suficient de conturată, care să-i permită o existență autonomă, prin sine însuși. Dependentul manipulabil acceptă cu ușurință opiniile dominatorului în variate chestiuni; și chiar sugestiile sale de acțiune. Această stare de dependență, care se manifestă în cadrul coordonatelor vieții cotidiene e însă diferită de psihopatologia controlului xenopatic ce e resimțită subiectiv în SPR. În psihoză, subiectul se detașează de planul vieții cotidiene comunitare alunecând în cel al instanței metareprezentationale; de aceea, el resimte influența și transparența xenopatică din partea unor imagouri personaliste interiorizate și/sau reprezentate. Și nu în cadrul relațiilor nemijlocite din agora vieții de zi cu zi.

În perspectiva celor menționate mai sus, se poate face de pe acum trimitere la condiția depersonalizării devitalizante și anonimizante din schizofrenie.

Chenar 65

Modelul relațiilor interpersonal/intersubiective care dimensionează sinele lărgit al subiectului



**Subiectul se delimitează prin relațiile sale cu alte persoane
Persoanele de atașament și cele din rețeaua de rangul I se
Includ în limitele lărgite ale subiectului**

**Subiectul reacționează prin doliu când pierde o persoană apropiată, de
atașament; în această situație el este „amputat existențial”**

Spațiul locuirii poate fi sediul unei manifestări ce poate deveni patologică, colecționarismul. Acesta se întâlnește în normalitate la persoane cu trăsături obsesionale și autiste, la care e accentuată și tendința de ordonare prin clasificare. Ne plasăm acum într-o dimensiune existențială diferită de cea a relaționărilor interpersonale, cea în care subiectul se simte atașat de proprietățile sale, de posesiuni.

Colecționarismul obsesivilor poate evolua uneori în paralel cu zgârcenia. Sau cu dificultatea de a se desprinde de orice posesiune, chiar fără valoare, caracteristică inclusă printre criteriile de diagnostic a TPOC și DSM-5.

Limitele formale ale persoanei, centrată de sinele identitar biografico-caracterial, se cere înțeleasă ca o structură complexă, ce se extinde în lumea umană corelativă. Această extindere se realizează circumstanțial prin totalitatea raportărilor active la situație. Dar, fenomenologic, dimensionarea umană a unei persoane, include și relația sa cu persoanele de atașament. Limitele persoanei se configurează prin ansamblul rețelelor sale sociale și dependența sa de alții, bazată pe particularitățile structurale sau pe situații sociale. Nu poate fi exclusă din dimensiunea existențială și din caracterizarea delimitării unei persoane locuința și familia sa, operele pe care le-a produs, averea sa ș.a.m.d. Orice persoană conștientă, care se simte – și este – centrată prin deschiderea intențională spre lume a sinelui său subiectiv și reflexiv, configurează o realitate umană ce se delimitează concentric în câteva direcții existențiale definite, realitatea sa nereducându-se la trăirile subiective. Limitele ipostazelor persoanei sunt dinamice și variabile. Structura interioară a persoanei, între centrul și limitele sale, este și ea organizată ierarhic; și la fel structura raportărilor sale active la situație și cea a relațiilor sale interpersonale.

Depersonalizarea apato-abulică, anonimizantă din simptomatologia negativă a psihozelor, nu se reduce la trăiri subiective, ca în cazul sd. Dep/Der st. și în mare măsură în cazul Dep/Del delirante. Ea realizează efectiv o prăbușire a structurii și limitelor identității globale a persoanei, înțeleasă existențial.

NOTE

Nota 1

Preocupările cognitiviste privitoare la delir și schizofrenie sunt centrate pe studierea prelucrării informaționale. În această direcție s-au avansat ipoteze încă din anii '50 ai secolului trecut (după McKenna, 2007). Broadbent (1958) a argumentat că un aspect crucial al procesului atențional este capacitatea de prelucrare doar a unei cantități limitate de informații la un moment dat; de aceea e necesar să se accepte un filtru atențional. Studiile în această direcție au fost impulsionate de cercetările lui McGhie și Chapman (1961) care subliniază faptul că schizofrenii ajung să fie bombardați de stimuli irelevanți. În 1979, Frith prezintă o teorie în care primul nivel al filtrelor informaționale în zona de procesare inconștientă și nu conștientă. În normalitate la nivel conștient sunt prelucrate doar informațiile noi și complexe strategice. Nivelul preconștient de prelucrare poate fi complex dar el se desfășoară automat. Prin tulburarea filtrului informativ subiectul devine conștient de mai multe interpretări potențiale ale experienței și are dificultăți în selectarea celei mai bune soluții. O altă tradiție cognitivă se referă la gândirea hiper-incluzivă a lui Cameron, care indică inabilitatea schizofrenilor de a selecta, elimina și restrânge gândurile ce se referă la o sarcină de rezolvat. În același sens poate fi afectată selecția cuvintelor și frazelor în vorbire. Malher (1983) introduce ca teorie a

producerii simptomelor schizofrene creșterea pregătirii („priming”) semantice: subiectul devine incapabil să excludă, să se apere de intruziunea în conștiință, atât a materialelor de stimulare exterioară cât și interioară, care ar trebui excluse din cauza nerelevanței lor. Gândirea devine neobișnuit de bogată în asociații, ceea ce compromite comprehensibilitatea vorbirii prin lipsa de sinteză. Când apare o semnificație, în minte/creier se activează un nod de semnificații conexe; dacă viteza de răspândire e prea mare și lipsește un filtru delimitativ, drumul e deschis spre dezorganizare.

În ansamblu preocupările cognitive în perturbarea prelucrării informației în dezorganizare, are în vedere un nucleu al ordonării ierarhice a acesteia, care să fie delimitat adecvat de context și să servească sintetic obiectivul. Modelul ar fi cel al „funcției generale a coerenței centrale”.

În acest context, modelul de funcționare al sistemului de gândire este vădit ca fiind unul în care informația este procesată într-un mod care permite o anumită selecție și organizare a acesteia. Acest proces este influențat de factorii de priming și de structura semantică a informației. Modelul de funcționare al sistemului de gândire este vădit ca fiind unul în care informația este procesată într-un mod care permite o anumită selecție și organizare a acesteia. Acest proces este influențat de factorii de priming și de structura semantică a informației.

Modelul de funcționare al sistemului de gândire este vădit ca fiind unul în care informația este procesată într-un mod care permite o anumită selecție și organizare a acesteia. Acest proces este influențat de factorii de priming și de structura semantică a informației. Modelul de funcționare al sistemului de gândire este vădit ca fiind unul în care informația este procesată într-un mod care permite o anumită selecție și organizare a acesteia. Acest proces este influențat de factorii de priming și de structura semantică a informației.

CAPITOLUL 9

DEZORGANIZAREA IDEO-VERBALĂ. PATOLOGIA ORDINII LOGOSULUI PERSONAL

Dezorganizarea – care era considerată de Bleuler specifică schizofreniei – este unul din principalele sindroame ce caracterizează psihozele. Ea e identificată în plan ideo-verbal și comportamental, în primul rând din perspectiva unei acțiuni ce vizează un scop (gândirea și vorbirea comunicantă se includ în această schemă). Dezorganizarea (ideo) verbală propriu-zisă are ca precursori manifestări ca: circumstanțialitatea, perseverența, vorbirea hiperelaborată. Ea se manifestă apoi prin manierism lingvistic, stereotipii, deraiere de la obiectivul comunicant. Toate acestea se pot întâlni și în comportamentul personalității anormale psihiastene, unde se însoțesc de indecizie, autocontrol exagerat și verificări. Limbajul uman nu se reduce însă la aspectul comportamental, specificitatea sa constând în caracteristicile semantice și logice; precum și cele care țin de organizarea și semnificația textelor. În această direcție se notează tangențialitatea și incoerența. La nivelul cursului ideativ se pot identifica: interferența în presiunea gândirii (mentism), blocajul gândirii (gol mental). În direcția dezorganizării logico-semantice se pot menționa: deteriorarea legăturii dintre semnificant și semnificație (gândire concretă, tulburări de abstractizare, fixații pe abstracții goale de conținut), decupări semantice neuzuale, neologisme și semnificații ideosincrazice atribuite unor fragmente de discurs, cuvinte sau simboluri etc. Privind din perspectiva discursivității limbajului, dezorganizarea se însoțește de o dezordine generală în utilizarea formelor și ordonarea ierarhică a elementelor discursului. Dezorganizarea în sensul pierderii capacității de ordonare ierarhică a informațiilor, este aspectul bazal al tulburării psihopatologice formale.

Comentarea dezorganizării ideo-verbale presupune o înțelegere a specificului limbajului uman. Alături de acesta, gândirea desfășoară și o procesualitate matematică, cu numere și figuri geometrice. O manifestare anormală a acestei dimensiuni a psihismului se întâlnește în patologia schizo-obsesivă și în unele forme grave de obsesionalitate.

DEZORGANIZAREA IDEO-VERBALĂ ÎN LIMBAJUL COMUNICAȚIONAL ȘI CEL CULTURAL

DSM-5 menționează între cele cinci domenii simptomatologice care definesc psihoza, „gândirea (vorbirea) dezorganizată”. Acum, această expresie este echivalată cu „tulburările formale de gândire”. Se menționează:

- deraierea sau relaxarea asociațiilor (subiectul poate trece de la o temă la alta);
- tangențialitatea (răspunsul la întrebări poate fi doar oblic corelat cu aceasta sau deloc);
- incoerența sau „salata de cuvinte” (vorbirea poate fi sever dezorganizată ajungând aproape incomprehensibilă și asemănându-se cu afazia receptivă).

Deoarece vorbirea care e dezorganizată doar la intensitate medie e un fenomen comun și nespecific, simptomul trebuie să fie suficient de sever ca să facă dificilă comunicarea. Evaluarea acestei severități e îngreunată dacă pacientul provine din

alt mediu lingvistic. O vorbire mai puțin dezorganizată poate fi prezentă în fazele prodromale sau reziduale ale schizofreniei. DSM-5 prezintă separat dezorganizarea comportamentală. Dezorganizarea este un sindrom caracteristic schizofreniei (**Nota 1**).

Acest rezumat al dezorganizării gândirii (vorbirii) prezentat în DSM-5 e desigur doar indicativ. O expunere mai detaliată a tulburărilor formale de gândire (și vorbire) se găsește în Scala Andreasen pentru schizo+ și în manualele de psihopatologie descriptivă, de exemplu a lui Scharfetter sau Sims, de obicei însoțite de figuri ilustrative.

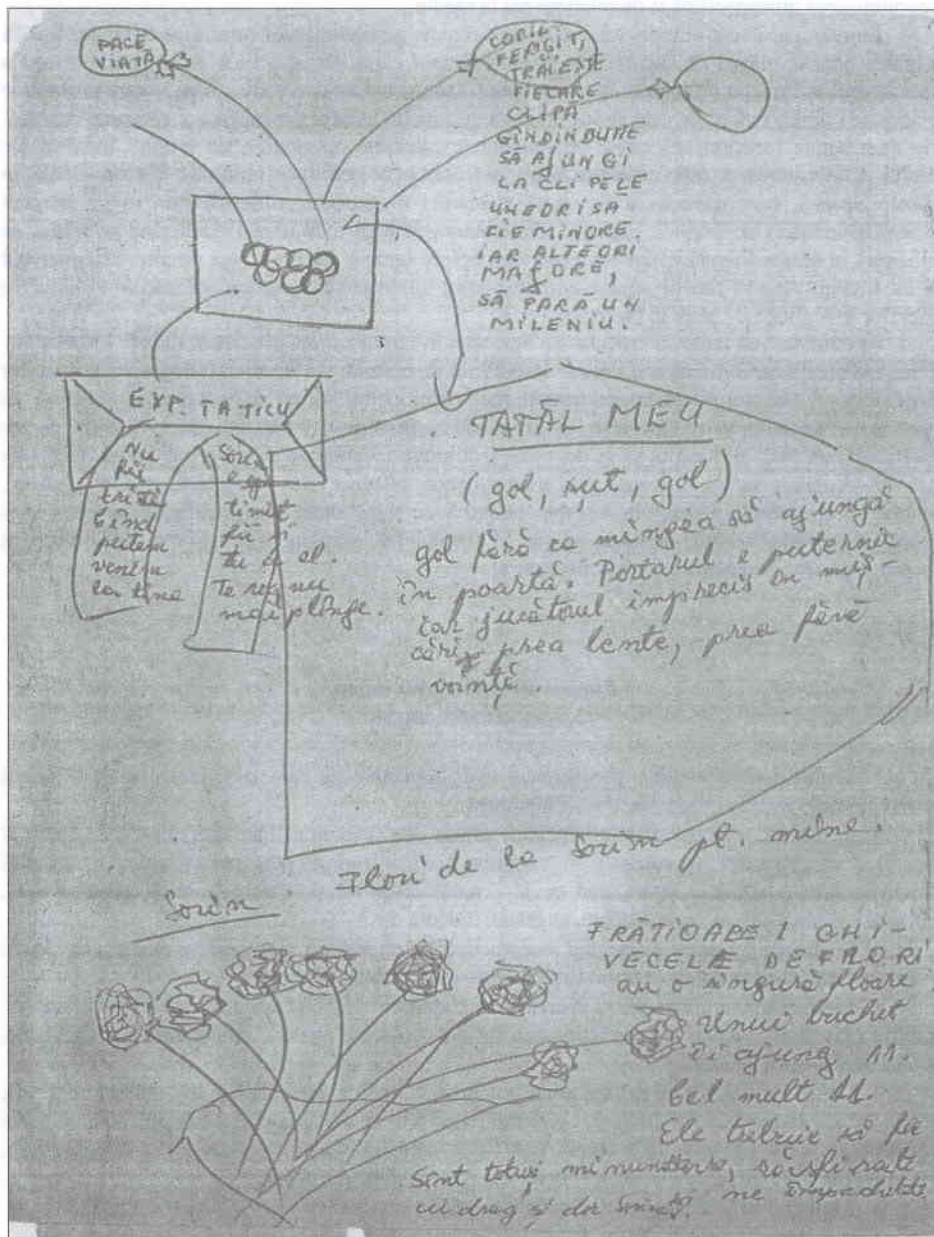
Simptomatologia clasică include în dezorganizarea ideo-verbală și simptome sesizabile subiectiv ale cursului ideativ – ca mentismul, blocajul mental – iar incoerența include tulburări logico-gramaticale, semantice și exprimări abstracte vide de conținut. Numitorul comun și sursa în normalitate a acestui sindrom ar putea fi considerată deficitul și distorsiunea exprimării lingvistice semiotice a subiectului în planul comunicărilor din viața cotidiană și a asertărilor lingvistice socio-culturale. DSM-5 reține în primă instanță deficitul aspectului comunicațional, prin tangențiabilitatea răspunsului și deraierea în transmiterea unui mesaj; dar dezorganizarea se exprimă cel mai pregnant în incoerență, vorbirea monologală și în textele scrise. În texte mai ales apare clar dezordinea prezentă atât în secvențialitatea și înlănțuirea părților discursului, cât și în utilizarea mijloacelor de exprimare: direcția scrisului poate fi variată, formele literelor neuniforme, cuvintele apar uneori izolate ca în formulările telegrafice lipsite de context; textul se amestecă cu imagini și simboluri ce au semnificație ideo-sincrazică etc.

Dezordinea ce se manifestă în utilizarea limbajului în sindromul dezorganizant contrastează cu problematizarea și preocuparea insistentă față de ordine ce se întâlnește la obsesiv atât în raportarea la ambianța proximă cât și în acțiune. În dezorganizare, instanța psihică afectată este manifestarea prin limbaj, fapt ce absoarbe subiectul într-o instanță suprapersonală. Limbajul are obiectivitatea sa proprie în plan socio-cultural, reguli și trimiteri proprii la un univers de semnificații, ce se obiectivează prin opere culturale, ce depășesc comunicarea situațională (**Chenar 66, 67, 68**).

Plasându-se pe orbita limbajului pe care-l asimilează și îl încorporează, subiectul îl folosește, desigur, și ca un instrument de comunicare cu alții, atât direct cât și indirect, prin mesaje vorbite și scrise, prin texte, cu adresa directă sau indirectă. Limbajul și universul său semiotic adiacent trimite însă și la operele de cultură, la care subiectul se poate raporta în solitudine. Adică la creații artistice, poetice și figurative, la istorii, romane și narațiuni de ficțiune, la teorii științifice și speculativ filosofice asupra categoriilor ultime. În același timp, mediul limbajului este cel în care se exersează gândirea proprie a subiectului, prin care el rezolvă probleme și reflectează analitic.

Doar plasându-ne în acest mediu putem comenta la obiect dezorganizarea ideoverbală care nu vizează în mod direct trăirea identitară a subiectului. Problematice ce apare acum în obiectiv, chiar dacă avem în vedere expuneri sau produse culturale, nu atinge însă acea zonă în care narativitatea desfășoară scenarii în care intervin personaje; aspect ce susține alunecarea psihopatologică spre delir. Universul lingvistic ce capturează subiectul în dezorganizare este unul mai puțin personalizat,

Desigur, subiectul rămâne autorul gândurilor și mesajelor sale, a încercărilor sale de sinteză creativă eșuate. Ceea ce se exprimă însă în patologia dezorganizării ideo-verbale este deficitul de sinteză comunicațională și de redactare coerentă a produselor culturale pe care limbajul le susține. Iar acest eșec aduce în prim plan aspectele formale ale lipsei de ordine ierarhică în „câmpul problemei” comunicațională sau creative. Autorul discursului dezorganizat este un subiect ce trăiește o apersonalizare anonimizantă.



Funcții ale limbajului uman

1. Aspecte istorice

Limbajul uman, atât în sensul conceptual de „logos” cât și în cel de „limbaj natural” sau de realitate ce poate deveni obiectul unei „științe sau filosofii a limbajului”, exprimă funcții esențiale, care se reîntâlnesc în biologie sub forma unor procese informaționale. E vorba de reproductivitatea și comunicarea intraspecifică și de relaționarea la mediu.

Limbajul articulat al indivizilor este doar o parte a relaționărilor semiotice ce se desfășoară în lumea umană, alături de alte coduri, pe fondul unor capacități specifice de comprehensiune a semnificațiilor. Funcția limbajului în comprehensiunea și manipularea situațiilor, – care presupune colaborarea dintre indivizi – este strâns corelată cu funcția narativ descriptivă și speculativ critică. Prin narativitate funcționează cultul strămoșilor, explicațiile mitologice ale originii lumii și ale omului. Cunoașterea și reprezentarea lumii de către o colectivitate culturală e sedimentată în limbaj; iar zeii, care garantează siguranța existenței muritorilor, ființează prin mituri și sunt invocați prin rituri ce implică limbajul. Ontogeneza psihică individuală, incluzând educația, se realizează în mediu lingvistic. Iar reprezentarea despre lume și despre sine a omului, este mediată tot de limbaj. Aceste funcții sunt esențiale pentru autoreproductivitatea umană, fiind similare funcțiilor îndeplinite de gene în biologie.

Se consideră că limbajul articulat s-a dezvoltat în cursul antropogenezei în ultimii 150.000 ani. În perioada sedentar agricolă a ultimilor 10.000 ani de cultură, s-a dezvoltat progresiv scrisul. Iar matematica a fost implicată în construcții ce vizau cultul sacral și construcții civile și în organizarea timpului antropocosmic, ca și calendar. În ultimii 3.000 ani, în civilizația greco-romană alfabetizată, au început să se dezvolte și științele speculative privitoare la logos, bazate pe filosofie. A apărut astfel logica și gramatica, poetica, retorica, arta dialogului, tragedia, istoria, psihologia, epistemologia etc. În Europa modernă de după tipar, s-a manifestat romanul și o psihologie a subiectivității; iar apoi, istoria. În secolul XX a apărut o filosofie a limbajului și a început un studiu sistematic a limbajului natural.

Funcții ale limbajului uman

2. Aspecte structurale

Limbajul natural conține și utilizează toate aspectele pe care le-a dezvoltat de-a lungul istoriei culturii, logica și filosofia. Astfel întâlnim:

- Subiectul: – ca substrat (gramatical) căruia i se atribuie calități (attribute); – ca agent al intențiilor și acțiunilor (predicate); – ca subiectivitate (conștientă) ce formulează atitudini propoziționale (eu gândesc, spun, cred etc.); – ca subiect al relaționărilor deontice (permisivitate, interdicție, obligativitate, recomandare, sugestie, îndemn etc.).
- Relaționările interpersonale prin pronume (eu, tu, el, noi, voi, ei); acestea sunt esențiale pentru dezvoltarea inter-subiectivității și a polarizării sale între intim, public, impersonal.
- Limbajul natural conține și operează cu „funcții” logicii (formale): existență și negație; cuantificarea (unul, câțiva, toți); relaționarea (și... sau, dacă... atunci), modalitatea (posibilitatea, probabilitatea, necesitatea).
- Cuvintele limbajului natural sunt, potențial, concepte generale (ce se pretează analizei); precum și ale individualului (definit contextual sau prin nume proprii). Limbajul conține toate expresiile pe care filosofia le-a cuantificat ca și categorii (sau supracategorii, categoremate, categorii științifice sau speciale etc.). Prin limbaj sunt posibile definiții.
- Limbajul natural conține numeralele și susține posibilitatea limbajului matematic.

- Funcțiile gramatical logice ale limbajului natural sunt prezente în multiple forme de utilizare curentă și în variante circumscrise cultural (ca „discursuri” și „texte”). Pe lângă comunicarea informativă, ce și-ar avea formula standard în comportamentul de transmitere a unui mesaj, se pot menționa: dialogul, relatarea, descrierea, caracterizarea, evaluarea critică, istorisirea, discursul retoric, mitul, basmul, narațiunea fictivă, epopoea, romanul, tragedia, comedia, expunerea didactică, textul științific, poezia, invocarea, rugăciunea, imnul etc.

- Limbajul natural conține toate formele „figurilor de stil” ce sunt folosite în limbajul poetic. Limbajul științific este și el în parte derivat din limbajul natural.

Alături de acest limbaj natural, în lumea umană se manifestă și limbajul matematic; precum și alte coduri semiotice de redactare a textelor în plan teoretic (în artă, muzică, diverse științe, filosofii etc.).

Chenar 68

Funcții ale limbajului uman 3. Utilizarea pragmatică individuală

Individul uman își însușește limbajul pe parcursul dezvoltării ontogenetice în mediu interpersonal lingvistic. În creierul său se maturează progresiv o „capacitate modulară” pentru o gramatică universală apoi, el asimilează limbajul utilizat în ambianța lingvistică din jur.

Individul folosește capacitatea sa de a înțelege și exprima limbajul articulat în interacțiunile colaborative cu alții, care au loc în viața cotidiană. El integrează vorbirea cu alte coduri semiotice; și în primul rând cu expresivitatea mimico gestuală. Limbajul natural al vieții cotidiene constă predominant din schimburi de informații și expresii normativ deontice (solicitări, îndemnuri, porunci, sfaturi etc.) și exprimarea de atitudini propoziționale (eu doresc, vreau, promit etc.). Cadrul obișnuit al comportamentului lingvistic este dialogul, prin intermediul căruia se manifestă și relatări, evocări, caracterizări, comentarii, mărturisiri etc. Limbajul vorbit se articulează strâns cu gândirea și are loc totdeauna într-un context situațional dat, fiind ordonat de parametrii acestuia.

În cadrul educației și participării la variate practici instituționale, subiectul își însușește limbajul scris și diverse coduri culturale; precum și cunoștințele despre lume a socioculturii în care trăiește. În cadrul diverselor roluri sociale, subiectul utilizează limbajul oficial și specific al acestora, practicând și moduri discursive de exprimare mai mult sau mai puțin oficiale. El își însușește și limbaje științifice și culturale (artistice, mitico-sacrale etc.) pe care le poate utiliza verbal sau în scris. Textele literare conțin eroi simili umani, cu care subiectul se poate identifica.

Dimensiunea narativă a limbajului cuprinde și relatarea de către subiect a evenimentelor ce le-a trăit și a datelor biografice. Rememorarea biografică poate fi reprezentativă; dar aceasta se întretese cu cea lingvistică. În raportarea la sine subiectul poate desfășura un dialog interior autoevaluativ și autoanalitic. Dimensiunea metareprezentativă a psihismului susține și solilocvia.

Formulele standard de comunicare verbală ar putea fi considerate ca fiind transmiterea unui mesaj și redactarea unui text semnificativ. Ambele aspecte presupun o capacitate de sinteză, comprehensiune și încadrare într-un context specific. Acest context poate fi înțeles, mai ales în cazul redactărilor discursive scrise, și ca o contextualitate intelectuală.

PIERDEREA OBIECTIVULUI COMUNICAȚIONAL

Dezorganizarea gândirii și vorbirii poate fi urmărită semiologic în primă instanță din perspectiva relaxării și pierderii obiectivului comunicațional al mesajului. Perturbarea seamănă până la un punct, – de exemplu, prin hiperelaborare, circumstanțialitate și stereotipii – cu deficitul comportamental din TPOC. Patologia dezorganizantă a limbajului – așa cum e de exemplu, exprimată în scala Andreasen pentru schizofrenia pozitivă – își recrutează exemplele în mare măsură de la tulburarea schizotipală, caz în care se poate urmări mai bine tranziția spre normalitate (**Chenar 69**). Între simptome se pot menționa:

- *Circumstanțialitatea*. Gândirea și vorbirea evoluează spre obiectiv cu multe paranteze, legate de detalii explicative și de asociații cu unele date concrete; dar revine constant la linia principală. În vorbirea uzuală faptul e caracterizat ca divagație, cu condiția ca obiectivul să fie menținut.

- *Perseverența*. Deși subiectul a comunicat în esență ceea ce intenționa, el revine mereu la aceeași temă, manifestând sentimentul că nu ar fi fost înțeles clar, insistând, repetându-se, chiar dacă prin alte formulări.

- *Vorbirea hiperelaborată și manieristă*. Utilizarea multor cuvinte cu un conținut informativ redus. Expunerea este încărcată de expresii generale și neesențiale pentru informație: formule de introducere, de politețe, paranteze nejustificate sau explicative formale, considerații generale, expresii „prețioase”, neuzuale.

- *Stereotipiile*. Unele expresii se repetă aproape identic, inutil, fără conținut informațional, parazitând discursul care nu progresează spre concluzia mesajului.

- *Deraierea*. Direcția de comunicare a discursului se pierde: subiectul trece de la o temă la alta, derivată din cele expuse, fără a se mai reîntoarce la direcția de comunicare principală. Această alunecare progresivă a discursului, din aproape în aproape, e până la un punct distinctă de saltul de la o temă la alta, fără o derivare constatabilă, ce se constată mai ales în presiunea ideo verbală și în fuga de idei maniacală. În starea maniacală schimbarea lipsită de rațiune de la o temă la alta se poate petrece datorită vitezei crescute de derulare a ideții; iar uneori prin asocieri superficiale, semantice, de asonanță sau sonoritate.

- *Tangențialitatea* se referă de obicei la un răspuns evaziv, care, deși indica înțelegerea întrebării, nu oferă un răspuns explicit, clar și la obiect. În răspunsul său subiectul se poate exprima aluziv, prin considerații generale care au o legătură vagă cu subiectul. Vorbirea sa e caracterizată de obicei ca aluzivă, metaforică, „flou”, digresivă. Manifestarea se încadrează și ea în relaxările sau pierderea obiectivului comunicațional, deoarece conexiunea cu interlocutorul nu se realizează și dialogul nu e posibil. Totuși, tulburarea e distinctă de circumstanțialitate sau perseverare, situații în care limbajul utilizat e cel al vorbirii curente; iar orientarea subiectului e spre detalii concrete.

- Ansamblul simptomelor menționate exprimă un deficit al sintezei în procesul activ al comunicării (**Chenar 70**). Nu se păstrează legătura logică între părțile succesive ale discursului, astfel încât înlănțuirea lor să conducă la un ansamblu semnificant, la transmiterea mesajului. Lipsește echilibrul între informațiile absolut necesare, cele parțial utile și cele inutile pentru atingerea obiectivului. Manifestarea poate sugera relaxarea funcției coerenței centrale, înțeleasă ca o funcție generală ce se distribuie, după modelul „fractalilor”, în diverse zone specifice de manifestare psihică ce necesită unitate și coerență. Circumstanțialitatea și divagația ar indica o relaxare a „limitelor exterioare” ale „câmpului acțiunii comunicante”, înțeles după schema „câmpului acțiunii” și „câmpului rezolvării unei probleme”. Iar deraierea, o pierdere a obiectivului principal al comunicării ce rezultă din colapsarea acestui câmp. Agentul comunicant, nu realizează o legătură a manifestărilor suficient de centrată de obiectiv, suficient de puternică și flexibilă în același timp, pentru ca informația să se ierarhizeze armonios. Repetitivitatea ce rezultă din perseverență și stereotipii și reducerea conținutului informațional în ciuda abundenței cuvintelor, indică o perturbare a capacității de dozare semantică a

mesajului. Mai mult însă, reducerea conținutului informațional exprimă incapacitatea sinelui, ce e supus unui proces de apersonalizare, de a utiliza cuvintele ca instrumente cu care să realizeze ceva. Acest „ceva” ce se cere realizat, conținutul informativ sau noutatea mesajului, lipsește, lăsând ca scena să fie ocupată de instrumentele ce ar fi trebuit folosite astfel încât să nici nu fie sesizate. Tulburarea nu e deci la nivelul producerii limbajului ci la cel al capacității sinelui de a fi asertiv sintetic în planul utilizării sale semnificante.

Chenar 69

Tulburarea (de personalitate) schizotipală Criterii DSM-5

A. O configurație constantă de deficite interpersonale și sociale marcate printr-un pronunțat disconfort și o redusă capacitate de a avea relații apropiate, distorsiuni cognitive perceptuale și excentricități în comportament; se manifestă de la vârsta de adult tânăr și persistă în variate contexte; sunt prezente cel puțin cinci din următorii itemi:

1. Idei de referință (delirul de referință e exclus);
2. Credințe bizare sau gânduri magice ce influențează comportamentul și sunt inconsistente cu normele socio-culturale (e.g. superstiții și credințe în clarviziune, telepatie sau „al șaselea simț”);
3. Experiențe perceptuale neobișnuite, incluzând iluzii corporale;
4. Gânduri și vorbire ciudată (e.g. vagă, circumstanțială, metaforică, hiperelaborată sau stereotipă);
5. Ideeație de suspiciune sau paranoidă;
6. Afect neadecvat sau restrâns;
7. Comportament sau aspect ciudat, excentric, aparte;
8. Lipsa unui prieten sau confident, alții decât rudele apropiate;
9. Anxietate socială excesivă ce nu diminuează în prezența celor familiari și tinde să fie asociată mai mult cu frica paranoidă decât cu judecăți asupra sinelui.

Manifestările nu apar exclusiv în cursul schizofreniei, a tulburării bipolare sau depresive cu trăsături psihotice, a altor tulburări psihotice sau a tulburărilor de spectru autist.

Chenar 70

Deraiere (după Andreasen)

Intervievatorul: Îți place la școală? Pacientul: O, păi... Mie... mi-au plăcut câteva comunități pe care le-am încercat... și, în ziua următoare când să ies, știi, au luat controlul, ă... mi-am vopsit părul în... în California. Colega mea de cameră era din Chicago și mergea la colegiu. Locuim în cămin și ea a vrut să-mi pun perogen în păr, și am făcut-o, așa că m-am dus și m-am uitat în oglindă, și mi-a venit să plâng. Acum, pricep, știam foarte bine ce se întâmplă, dar nu puteam pricepe de ce plâneam. Nu pot să pricep, tu poți?

Vorbire hiperelaborată, manieristă

„Vă rog să mă scuzați că mă adresez solicitând bunăvoința de a fi ascultat într-o problemă importantă căci dacă sunt ascultat atunci se va putea trage o concluzie oricum fie că vă dați seama sau nu de intenția mea, pentru că trebuie să vorbim și de aceasta, vă veți convinge desigur dacă răbdarea va permite însă înainte de a...”

Tangențiabilitate (după Andreasen)

Intervievatorul: Din ce oraș sunteți? Pacientul: Ei asta e o întrebare complicată, fiindcă părinții mei... M-am născut în Iowa, dar sunt alb, nu negru, așa că probabil că vin de undeva din Nord, nu știu de unde. Știi, de fapt nu știu de unde veneau strămoșii mei. Așa că nu știu dacă sunt irlandez sau scandinav, nu cred că sunt polonez, cred, cred că aș putea fi neamț...

Incoerență

... am impresia că se eterizează și teo-eterizează în jurul meu lucruri paradigmatică... mi se pare că trăiesc într-o zonă a lumii, a hermeneuticii... o predispoziție armonică a oamenilor... valoarea ... dar totuși văd că e ceva la nivelul inimii curate, trăiri ale eului meu protejat... ieșind din mine... ar trebui deșteptăciune, o minte sănătoasă a omului... bineînțeles și la mine vine trezirea de la transcendența însă o fiziognomie a transcendenței... dragostea e universală...

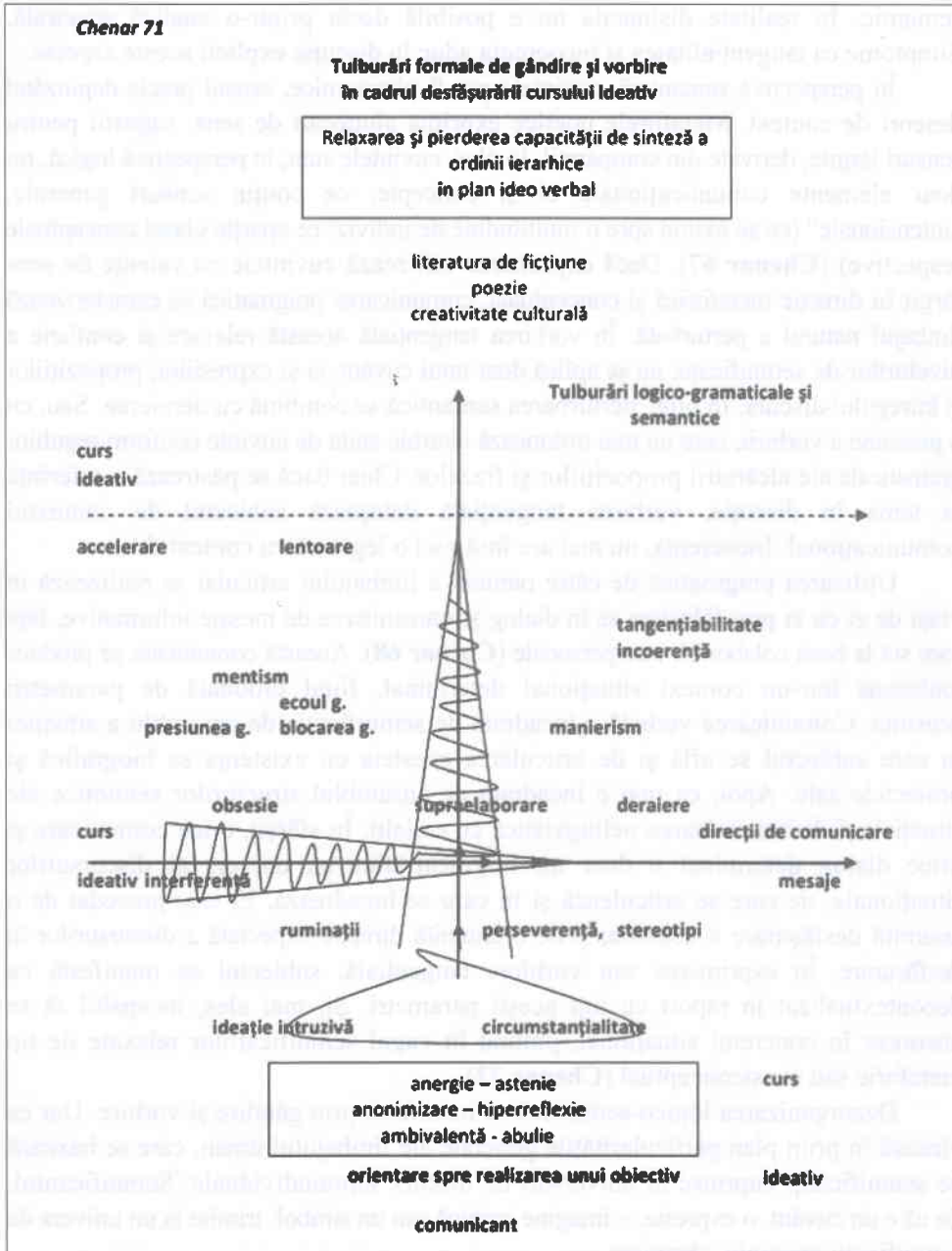
TULBURĂRI ALE CURSULUI GÂNDIRII

În cadrul dezorganizării ideo-verbale sunt de obicei incluse și unele tulburări ale cursului gândirii ce sunt resimțite în fundalul subiectivității conștiinței, așa cum e mentismul – apariția bruscă a unui amestec de gânduri ce nu pot fi controlate – sau barajul mental – oprirea bruscă a cursului ideativ, cu apariția unui gol mental; ideația se reia apoi, uneori în altă direcție. Aceste simptome fac parte dintr-un ansamblu de trăiri resimțite în marginea normalității, care au fost recent studiate în perspectiva patologiei obsesive și a fazelor prodromale ale schizofreniei (Huber, Parnas). Cursul ideativ se derulează spontan în fundalul psihismului conștient a fiecărui om, el constituind o ofertă informativă a memoriei circulante, ce se poate orienta în anumite direcții în funcție de problemele ce preocupă la un moment dat subiectul. Tema a fost abordată cu ocazia comentării pseudohalucinațiilor și a SPR (**Chenar 45**). Reluând problema se pot trece în revistă următoarele secvențe.

Subiectul poate resimți o interferență a gândirii, în sensul că ideația ce-l preocupă se suprapune cu gânduri și informații ce nu fac parte pentru moment din interesele sale; și pe care nu le preia „personalizându-le”, astfel încât ele rămân relativ străine. Accentuarea acestui fenomen duce la „ideația intruzivă” care este resimțită neplăcut, ca „străină de sine”, de acordul său de a o avea în minte la momentul respectiv. Ideația intruzivă este considerată ca avântcamera celei obsesive. În continuarea acestui fenomen s-ar plasa „presiunea ideativă” și mentismul ce au fost amintite. Alt fenomen este ecoul gândirii, ce constă din gânduri ce se repetă involuntar, fără voia subiectului. Acestea ar fi precursora a „sonorizării gândirii” („gândire audibilă”) plasată în afara spațiului corporal, care este contabilizată printre SPR. În corelație cu SPR a fost pus și barajul mental, ce ar putea fi o fază preliminară sentimentului xenopatic din SPR a retragerii gândiri. În sfârșit, ca o trăire marginală, se menționează sentimentul lipsei de spontaneitate a gândiri, ce ar putea suferi și el, într-o a doua fază, atribuirea xenopatică a inserției gândirii.

Ansamblul tulburărilor cursului gândirii menționate mai sus ar putea fi interpretat ca un deficit al filtrului informațional ierarhizat și sintetizat (după modelul f.i.a.) – ce apare în contextul unei depersonalizări ce reduce capacitatea de sinteză și sărăcește psihismul, în direcție apersonalizantă (**Nota 2**).

Fenomenologia actuală comentează situația prin sintagma „reducerea asertivității sinelui și hiperreflexie”. Această hiperreflexie, ce se manifestă în continuitatea autoobservației continue a obsesivului, are diverse direcții de manifestare, una din ele putând fi o preocupare crescută față de propria ideație, cu conștientizarea deficitului cursului ideativ (**Chenar 71**).



DEZORGANIZAREA LOGICO-SEMANTICĂ

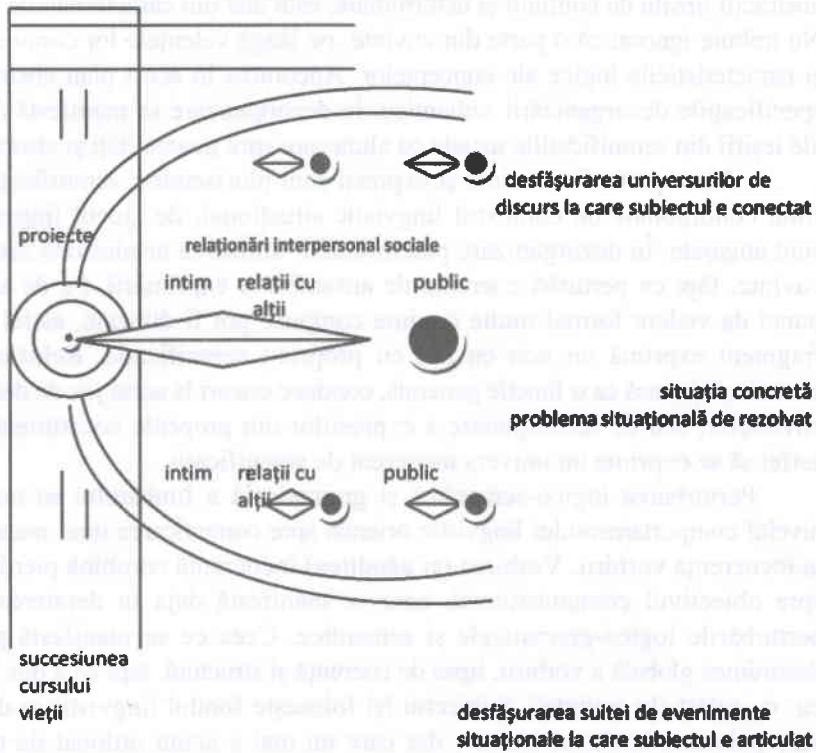
Comentariul din perspectiva tulburărilor formale de gândire desfășurat până la acest nivel, atât în perspectiva spontaneității cursului ideativ cât și în cea a orientării spre transmiterea unui mesaj, a încercat să nu țină cont de aspectul logico-gramatical și semantic. În realitate disjunctia nu e posibilă decât printr-o analiză spectrală. Simptome ca tangențialitatea și incoerența aduc în discuție explicit aceste aspecte.

În perspectivă semantică, cuvintele pot fi plurisemice, sensul precis depinzând deseori de context. Metaforele poetice exprimă alunecări de sens, sugestii pentru sensuri lărgite, derivate din comparații. În plus, cuvintele sunt, în perspectivă logică, nu doar elemente comunicaționale ci și concepte, ce conțin sensuri generale, „intensionale” (ce se extind spre o multitudine de indivizi ce aparțin clasei conceptuale respective) (**Chenar 67**). Dacă exprimarea utilizează cuvintele cu valențe de sens lărgit în direcție metaforică și conceptuală, comunicarea pragmatică ce caracterizează limbajul natural e perturbată. În vorbirea tangențială această relaxare și confuzie a nivelurilor de semnificație nu se aplică doar unui cuvânt, ci și expresiilor, propozițiilor și întregului discurs. În plus, perturbarea semantică se combină cu deraierea. Sau, cu o presiune a vorbirii, care nu mai ordonează ierarhic suita de cuvinte conform regulilor gramaticale ale alcătuirii propozițiilor și frazelor. Chiar dacă se păstrează o referință la tema în discuție, vorbirea tangențială detașează subiectul de contextul comunicațional. Incoerența, nu mai are însă nici o legătură cu contextul.

Utilizarea pragmatică de către oameni a limbajului articulat se realizează în viața de zi cu zi prin folosirea sa în dialog și transmiterea de mesaje informative, fapt care stă la baza colaborării interpersonale (**Chenar 68**). Această comunicare se produce totdeauna într-un context situațional determinat, fiind ordonată de parametrii acestuia. Comunicarea verbală e încadrată de semnificația de ansamblu a situației în care subiectul se află și de articularea acesteia cu existența sa biografică și proiectele sale. Apoi, ea mai e încadrată de ansamblul structurilor semiotice ale situației; și de comunicarea nelingvistică cu ceilalți. În sfârșit, orice comunicare și orice dialog determinat e doar un fragment dintr-un univers al discursurilor situaționale, de care se articulează și în care se încadrează. El este precedat de o anumită desfășurare a acestuia; și de o anumită direcție expectată a discursurilor în desfășurare. În exprimarea sau vorbirea tangențială, subiectul se manifestă ca decontextualizat în raport cu toți acești parametri. Și, mai ales, incapabil să se ancoreze în concretul situațional, plutind în vagul semnificațiilor relaxate de tip metaforic sau cvasiconceptual (**Chenar 72**).

Dezorganizarea logico-semantică se manifestă prin gândire și vorbire. Dar ea vizează în prim plan particularitățile generale ale limbajului uman, care se bazează pe semnificații cuprinse în universuri de discurs supraindividuale. Semnificantul, fie că e un cuvânt, o expresie, o imagine iconică sau un simbol, trimite la un univers de semnificații generale, abstracte.

**Câmpul situațional (evenimential) concret în care se manifestă lideo-verbal și comportamental
subiectul la un moment dat**



În normalitate, articulația între semnificant și semnificație e echilibrată. Ea e organizată în jurul unui centru de sinteză, ce are o valoare supraindividuală, comunicantă, în jurul căreia se pot reuni de obicei mai mulți subiecți și variate exprimări logico lingvistice, cuprinse în discursuri. O formulare lingvistică individuală are în mod normal o astfel de valență sintetică. În dezorganizarea lideo-verbală schizofrenă se pot întâlni în această direcție mai multe perturbări. Și anume:

– Se poate pierde legătura între caracteristicile concrete ale semnificantului și cele generale ale semnificației. Cuvintele, expresiile, imaginile iconice, rămân obiecte concrete, care nu mai trimit niciunde, reducându-se la o eventuală utilizare pragmatică. Ele se retrag în poziția de „obiecte manipulabile”, ca în perspectiva din care textele și picturile pot fi distruse, arse. Despre limbajul schizofrenilor s-a formulat că, uneori aceștia par să se joace și să manipuleze cuvintele ca pe niște obiecte sau jucării. E pierdută capacitatea de generalizare, abstractizare, analiză, sinteză. Simptomul se poate evidenția prin proba proverbelor și asemănarilor din scala PANSS.

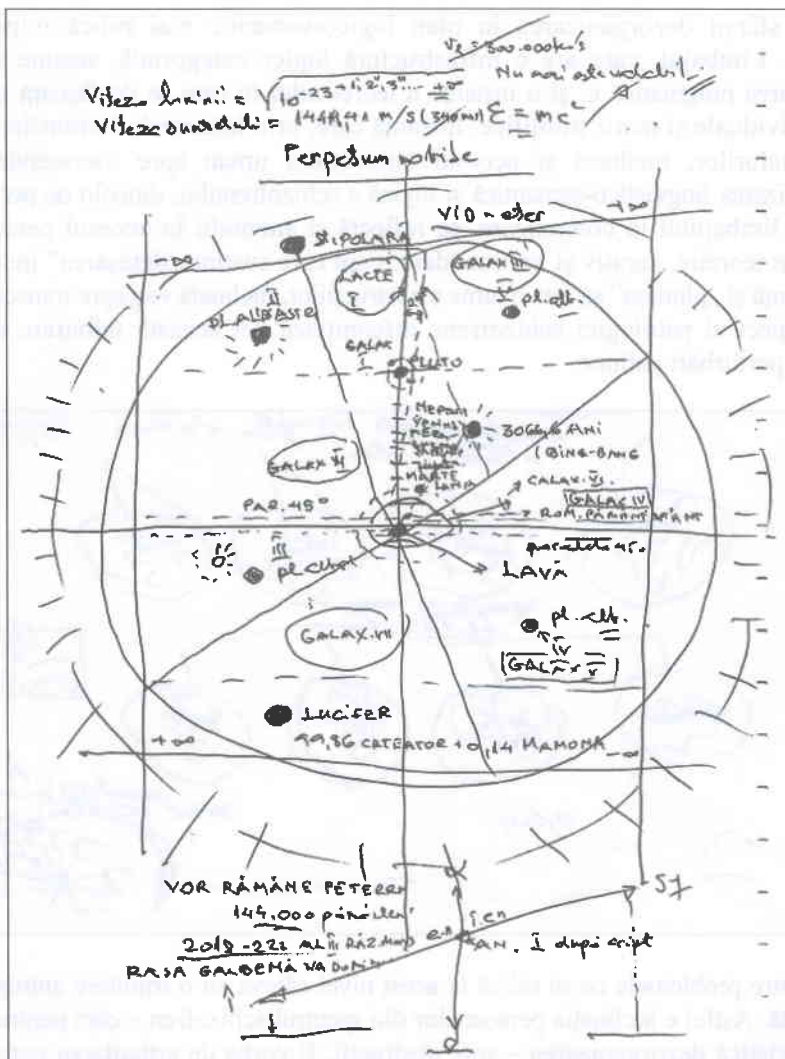
– Pe de altă parte abstracțiile, generalizările, capătă o caracteristică vagă dar persistentă. Subiectul se cramponează de noțiuni ca Adevărul, Eternitatea, Binele, pe care le resimte ca entități reale dar greu de determinat. Atracția, fascinația față de abstracții lipsite de conținut și determinare, este una din caracteristicile schizofreniei. Nu trebuie ignorat că o parte din cuvinte, pe lângă valențele lor comunicaționale, au și caracteristicile logice ale conceptelor. Ancorarea în acest plan abstract e una din specificațiile dezorganizării semantice. În dezorganizare se manifestă diverse nivele ale ieșirii din semnificațiile uzuale cu alunecare spre generalități și abstractizare.

– Mare parte din cuvinte și expresii sunt plurisemice, semnificația lor precisă fiind condiționată de contextul lingvistic situațional, de „jocul lingvistic” în care sunt angajate. În dezorganizare putem întâlni utilizarea neadecvată semantic a unor cuvinte, fapt ce perturbă coerența de ansamblu a exprimării. Pe de altă parte, din punct de vedere formal multe cuvinte compuse pot fi divizate, astfel încât fiecare fragment exprimă un nou cuvânt cu propria-i semnificație. Relaxarea coerenței centrale, înțeleasă ca o funcție generală, conduce uneori la acest joc de descompunere a cuvintelor; sau de recompunere a expresiilor din propriile constituente. Se ajunge astfel să se exprime un univers incoerent de semnificații.

Perturbarea logico-semantică și gramaticală a limbajului se manifestă și la nivelul comportamentului lingvistic orientat spre comunicarea unui mesaj, conducând la incoerența vorbirii. Vorbirea (și gândirea) incoerentă combină pierderea direcției spre obiectivul comunicațional, care se manifestă deja în deraierea vorbirii, cu perturbările logico-gramaticale și semantice. Ceea ce se manifestă pregnant este dezordinea globală a vorbirii, lipsa de coerență și structură, fapt ce a dus la comparația cu o „salată de cuvinte”. Subiectul își folosește fondul lingvistic și de cunoștințe, care pulsează în fluxul ideativ; dar care nu mai e acum ordonat de nici un filtru, care să transpună acest material în structuri gramaticale, propoziționale și discursiv expositive, cu semnificație și sens. Incoerența ar putea fi considerată ca verbalizarea unui mentism dublat de importante tulburări ale structurii logico-semantice, conceptuale. Filtrul ce ordonează ierarhic informațiile apare ca total prăbușit; la fel ca și coerența centrală ce susține de obicei funcția executivă, esențială în comunicarea mesajelor și redactarea textelor. Diferențierea incoerenței dezorganizante față de fuga de idei maniacală se poate realiza cel mai semnificativ la nivelul tulburărilor logico-semantice.

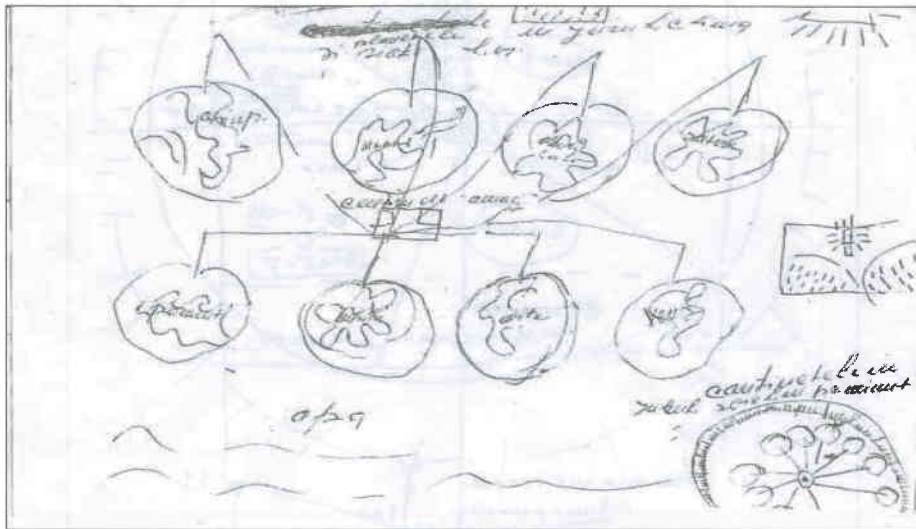
Dezorganizarea vorbirii și gândirii în modalitatea incoerenței nu e sesizabilă doar la nivelul discursului verbal. Ea se manifestă în texte și redactări lingvistice elaborate ca expuneri scrise, artistice sau științifice.

Textele redactate se plasează într-un plan suprapersonal. Adică într-o instanță, a universurilor de discurs, care depășește circumstanțialitatea situațiilor actuale, inserându-se într-un plan al „teoreticului”. Dezorganizarea lingvistică ce se manifestă într-un eseu scris poate prezenta toate simptomele deja menționate: utilizarea plurisemică neadecvată a expresiilor, cuvintelor sau fragmentelor de cuvinte și a semnelor iconice; neologisme idiosincrazice, relaxarea legăturii între concret și abstract.



Textul se poate caracteriza prin incorectitudini gramaticale și logice, prin utilizarea concomitentă a mai multor coduri semantice, printr-o dezordine generalizată, vizibilă în aspectul grafic al producției. Literele pot fi scrise cu dimensiuni variate și puse în pagină în direcții multiple; unele expresii sau figuri se detașează incomprehensibil de rest sau se repetă stereotip. Dincolo de aceste aspecte, se poate constata dezorganizarea în perspectiva perturbării cursivității spre un obiectiv comunicațional. Un eseu care e construit în stilul unui discurs retoric trebuie să urmeze anumite reguli de succesiune ale argumentației, pentru a conduce la concluzii. Textele literare, și ele, respectă niște reguli ale ordonării ierarhice ale părților care fac ca semnificațiile transmise să poată fi descifrate comprehensiv de către lector, chiar și atunci când mizează mai mult pe caracterul sugestiv și de „câmp” al semnificațiilor. Toate aceste aspecte sunt des-organizate, des-ordonate, în elaborările care se orientează spre polul dezorganizant al schizofreniei.

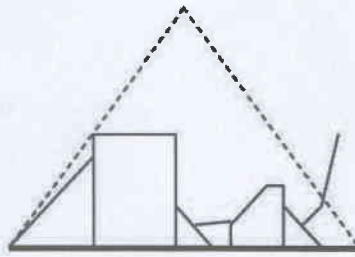
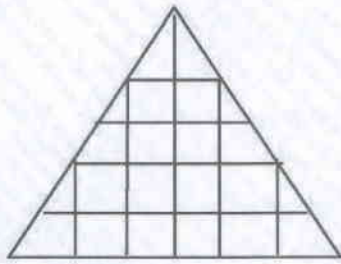
În sfârșit dezorganizarea în plan logico-semantic mai ridică o problemă spinoasă. Limbajul, care are o infrastructură logico-categorială, susține nu doar comunicarea pragmatică ci și o instanță a teoreticului în care se desfășoară narațiuni supraindividuale și teorii științifice. Instanță care, prin intermediul miturilor sacrale și a ritualurilor, mediază și accesul subiectului uman spre transcendență. În dezorganizarea lingvistico-semantică și logică a schizofrenului, dincolo de perturbarea utilizării limbajului în comunicare, se reflectă și anomalii în accesul persoanei la acest plan teoretic, narativ și transcendent. Fapt care susține „detașarea” individului de ambianță și „plutirea” sa într-o lume a abstrucțiilor, înclinată vag spre transcendență. Acest aspect al patologiei schizofrene diferențiază net această tulburare de toate celelalte perturbări psihice.



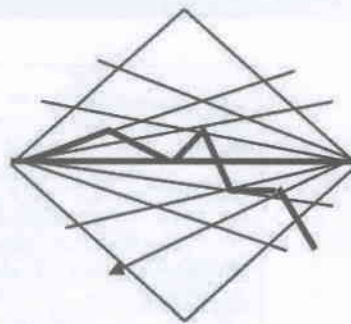
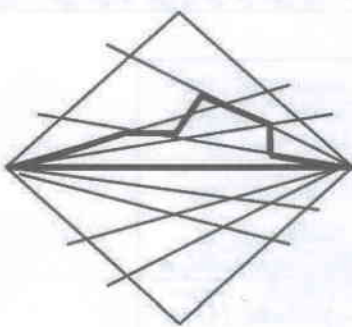
Dintre problemele ce se ridică la acest nivel câteva au o trimitere antropologică importantă. Astfel e înclinația persoanelor din spectrul schizofren – căci pentru aceștia e caracteristică dezorganizarea – spre abstracții. E vorba de articularea persoanelor cu acele zone antropologico culturale care se referă și la domenii teoretice speculative, inclusiv la filosofie. Preocuparea schizoizilor și schizofrenilor în această direcție este însă una lipsită de coerență și consistență, de inserare reală și activă în domeniul practicii teoretice respective. Preocuparea față de abstracții vide de conținut e pentru ei o formulă de izolare socială. La debutul schizofreniei unii tineri se arată interesați de științe oculte și exotice, de yoga, de filosofie etc. Este edificator în acest sens cazul unui pacient comentat de Minkowski care afirma că se preocupă de mai mulți ani intens de filosofie; dar nu a citit nici o carte în domeniu, ca să nu-și altereze originalitatea gândirii.

Un alt aspect este sugerat de gândirea și vorbirea „metaforică” evidentă în vorbirea tangențială; la care se adaugă preocuparea față de simboluri idiosincrazice. Faptul trimite la universul poeziei. Limbajul poetic utilizează întotdeauna un mod relaxat de discurs.

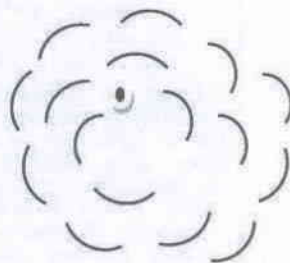
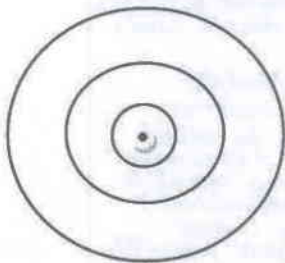
Modele ale dezorganizării (pierderea structurii și coerenței câmpului psihologic)



O structură care se prăbușește



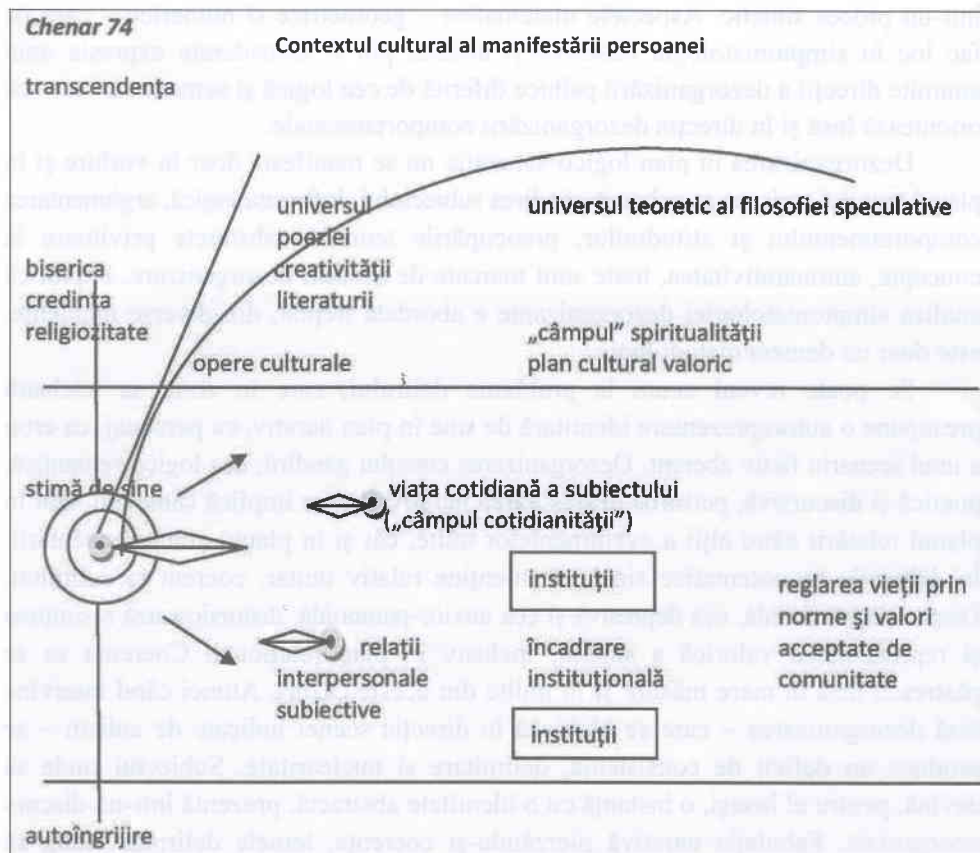
Pierderea direcției drumului (deraiere)



Dezintegrare prin pierderea puterii de atracție a nucleului unui câmp concentric

Dar aceasta deoarece poemul sau poezia au o coerență specială, susținută de un „câmp” afectiv ce trimite spre un univers valoric cultural. Imnul este adresat zeului, poezia erotică e destinată iubitei, alte poeme exprimă admirația pentru natură sau aspecte ale realității. Dimensiunea antropologică a credinței, iubirii, admirației, presupun

un context special, în interiorul căruia poezia de calitate are semnificație și coerență. În afara unui astfel de context, ea poate fi lipsită de sens și conținut. În dezorganizarea ideo-verbală se întâlnește tocmai absența acestui „câmp spiritual” special, valid din punct de vedere cultural, comunitar și inserat în acesta. Câmp ce susține, pe lângă structura formală bine elaborată, sensul și semnificația poeziei (**Chenar 74**).



Tulburările de tipul dezorganizării semantice nu se întâlnesc în patologia obsesiv compulsivă, care uneori interferează cu schizoidia. În formele grave ale obsesionalității, se întâlnesc însă, pe lângă stereotipii și manierisme, fenomene pe care le-a sesizat deja Minkowski în prima jumătate a secolului XX denumindu-le „geometrizarea gândirii”. Pacientul e preocupat excesiv de simetriei. Iar produsele sale grafice și problematizările sale ruminative, pun mereu în balanța dreapta cu stânga sau Binele cu Răul. Această preocupare pentru echilibrul perfect este expresia blocării cursului sintetic al gândirii în immobilism, în incapacitatea de a evolua spre formularea clar poziționată și rezolvarea sintetică a unei probleme. Sau, din altă perspectivă, reprezintă trecerea în prim plan a unei infrastructuri matematice,

geometrice. Care e necesară, dar de obicei funcționează implicit. Faptul se referă nu doar la geometrie ci și la numere. Psihopatologia cognitivă actuală, marcată de computaționalism, nu poate avea nici un dubiu că encefalul uman calculează numeric în permanență. Fapt ce devine spectaculos evident în cazurile de autiști care sunt capabili de calcule extraordinare. Faptul că procesul de numărare devine conștient, apare ca o des-implicare a unei funcții care, în normalitate este integrată într-un proces sintetic. Aspectele matematice – geometrice și numerice – care își fac loc în simptomatologia obsesivă și autistă, pot fi considerate expresia unei anumite direcții a dezorganizării psihice diferită de cea logică și semantică. Acestea orientează însă și în direcția dezorganizării comportamentale.

Dezorganizarea în plan logico-semantic nu se manifestă doar în vorbire și în planul textului scris; ea marchează gândirea subiectului. Inferența logică, argumentarea comportamentului și atitudinilor, preocupările teoretice abstracte privitoare la concepte, autonarativitatea, toate sunt marcate de această dezorganizare. Faptul că analiza simptomatologiei dezorganizante e abordată treptat, din diverse incidente, este doar un demers metodologic.

Se poate reveni acum la problema delirului, care în zona sa nucleară presupune o autoreprezentare identitară de sine în plan narativ, ca personaj, ca erou a unui scenariu fictiv aberant. Dezorganizarea cursului gândirii, cea logico-semantică, poetică și discursivă, perturbă desfășurarea narativității ce implică subiectul, atât în planul relatării către alții a evenimentelor trăite, cât și în planul autoreprezentării. În delirurile monotematice sinele se menține relativ unitar, coerent și delimitat. Dispoziția maniacală, cea depresivă și cea anxios-paranoidă, distorsionează resimțirea și reprezentarea valorică a sinelui, inclusiv în plan relațional. Coerența sa se păstrează însă în mare măsură și în multe din aceste cazuri. Atunci când intervine însă dezorganizarea – care se plasează în direcția scenei indicate de autism – se produce un deficit de consistență, delimitare și nuclearitate. Subiectul tinde să devină, pentru el însuși, o instanță cu o identitate abstractă, prezentă într-un discurs neorganizat. Fabulația narativă pierzându-și coerența, temele delirului ajung să vizeze un sine fluid, neîncorporat, marcat de caracteristici vagi, uneori simbolice. Corpul propriu, ca pol esențial al identității, e reprezentat ca ceva ce poate fi penetrat, deformat, devitalizat, redus la abstracții științifice, integrat în câmpuri energetice și informatice, teleportat etc. Desigur, depersonalizarea psihotică pregătește terenul acestui univers psihopatologic. Autoevaluarea poate să fie marcată uneori de grandiozitate, chiar în absența unui sindrom maniacal evident. Dispoziția care se articulează cel mai frecvent și firesc cu distorsiunea imaginii de sine din cadrul dezorganizării, este cea a indiferenței și neimplicării, caracteristică depersonalizării devitalizante și alunecată în abstracțiuni.

O sintagmă pregnantă pentru această condiție a fost formulată de Stanghellini: „un corp dezanimat și un spirit fără corp”.

Cazuistică

Psihoze delirante ce include și dezorganizare ideo-verbală

Caz 79. 133/1986

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 pe care o arată soției spunând: „vezi?... tu nu crezi în Dumnezeu dar el există, vezi?, mi-a trimis asta!”. Desenează două figuri și explică: Figura A constă din 3 stele fundamentale; steaua A reprezintă esența 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 – Wladiov (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 paranoide se corelează cu o atmosferă de intoxicare, inițial în familie, prin otrăvire și spray-uri, apoi invocă și „unde magnetice care vin peste noi”...cadrul supranatural e religios: lă biserică l-a întâlnit pe bunicul său (decedat), iar apoi se adresează soției cu o revelație de credință pe care o susține prin două figuri 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 politicii internaționale... în universul supranatural al psihozei vorbește cu Dumnezeu și cu fiica sa moartă, iar „vocile” îi spun ce să facă.



Caz 80. 517/1991

O femeie de 28 ani, căsătorită, 1 copil, debutează în scurt timp (1991) 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” 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 conținutul 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 codul ce trebuie descifrat din Biblie. La un moment dat afirmă că a auzit o voce care-i 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: inserția 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”. Corporalitatea este în permanență un reper în trăirile delirante, chiar dacă tematica face trimiteri arhetipale la mesaje venite de la primii creștini... Includerea în delirul (fantastic bizar) a trimiterilor la propria corporalitate, a fost remarcată de mult în schizofrenie, sugerând o autoreferință specială; chiar halucinațiile plasate în diverse părți ale corpului sugerează acest aspect.



Caz 81. 827/1996

Un bărbat 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 descântece; un psihotronist 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.

Comentariu: sentimentul de schimbare al depersonalizării delirante e resimțit ca o modificare a polilor geografici, în tematica delirantă intervine referința la propriul corp afirmând intenția de „a-și modifica lobii temporali...”, lumea sa delirantă este fluidă prin intervenția diverselor forțe, energii, câmpuri magnetice, telepatie, e trimisul lui Dumnezeu, în contact cu spiridușii și psihotroniștii, identitatea sa e variabilă, vocile spunându-i că ar trebui să fie ministru sau președinte etc. Dezorganizarea delirului apare evidentă la o comparație cu convingerile deliranților paranoizi standard.



Caz 82. 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 experiență 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-i 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... Iisus 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 Connex... 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 relațională (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.



NOTE

Nota 1

Simptomatologia schizofreniei dezorganizante a beneficiat de două trimetri metaforice, ambele inspirate. S-a vorbit astfel de „ataxie intrapsihică” subliniindu-se astfel deficitul de coordonare spre scop, similar cu mișcările de aproximare din patologia cerebeloasă. În mod surprinzător, în ultimul timp s-a atras atenția asupra rolului cerebelului în autism care, de-a lungul filogenezei, asigură perceperea echilibrată a contextului; iar la copil, în primul an, până nu s-a dezvoltat zona prefrontală, ar juca un rol important în fixarea atenției pe obiectiv. Pierderea obiectivului comunicațional e manifestarea centrală a deraierii ideo-verbale, alături de pierderea unei raportări echilibrate la context, cu captarea atenției de detalii nesemnificative.

A doua trimitere a fost la „orchestra fără dirijor”. E de reținut că această metaforă implică nu doar deficitul coordonării părților într-un întreg structurat, ci și nerealizarea astfel a melodiei; ori, melodia e un fenomen care înainte de a fi perceptiv, are o proprie coerență, printr-o structură proprie, ce se desfășoară în timp. Configuraționismul psihologic din secolul XX a urmărit destul de insistent psihologia percepției din această perspectivă, care este cea mai apropiată de cea a desfășurării ideo-verbale spre transmiterea unui mesaj, rezolvarea unei probleme sau realizarea unui produs semnificativ.

Prin ambele metafore se atrage atenția asupra perturbării „formale”, „matematice”, „organizaționale” a psihismului în dezorganizarea psihică, fapt ce face referință la ceea ce a fost desemnat ca „funcție generală a coerenței centrale”.

Nota 2

Cercetările cognitive actuale studiază tulburările formale din schizofrenie după modelul reprezentării informației contextuale (Roesch-Ely, 2009). Se presupune un „model al contextului” cu două funcții de bază: memoria de lucru (ce asigură persistența obiectivului în cazul rezolvării unei sarcini) și inhibiția comportamentală (care blochează zgomotele perturbatoare, informațiile nerelevante, depinzând de lobul prefrontal). Prin aceste deficite se tulbură ordinea și logica secvențelor gândirii. Desfășurarea gândirii e încadrată astfel sub umbrela funcțiilor executive, presupunându-se o „reprezentare internă a contextului informațional” care ar rezulta din reducerea efectelor dopaminei în cortexul prefrontal. Modelul experimental a fost elaborat de Servan – Schreiber și Cohen (1996, 1999), el integrând deficitul procesării informației, anormalitățile logice și aspectul comportamental care în schizofrenie are în vedere tocmai acest context informațional. În aceeași direcție s-au dezvoltat cercetările lui Hardy-Baylé (2003) care corelează deficitul de integrare contextuală a informațiilor cu deficitul ToM, în schizofrenia de tip bleulerian. Această direcție a fost urmărită și de Andreasen. Orientarea celor ce studiază tulburările formale în schizofrenie este în direcția invocării funcției generale a coerenței centrale.

CAPITOLUL 10

MANIFESTĂRI PSIHOMOTORII PSIHOTICE. DE LA DEZORGANIZAREA COMPORTAMENTALĂ LA RITUALURILE MAGICE ȘI CATATONIE

Manifestările comportamentale din manie și depresie sunt evidente, în concordanță cu starea dispozițională din aceste sindroame. Psihopatologia comportamentală ce gravitează în jurul delirului e în schimb mai puțin manifestă, ea derivând din motivația ce rezultă din delir. Comportamentul dezorganizat derivă și el în mare parte din grevarea motivației prin perturbarea cursului ideativ, spontan și orientat spre scop; precum și din dezorganizarea logico-semantică a semnificațiilor. Deteriorarea filtrului ordonării ierarhice în plan motivațional, poate conduce și la comportamente scurtcircuitate, lipsite practic de motivație. Aspectul comportamental ce se manifestă în patologia dezorganizantă se exprimă în ciudățeni, bizarerii, lipsă de logică sau argumentări nefirești, lipsite de comprehensibilitate.

Aspecte particulare apar la nivelul conjuncției dintre patologia psihotică dezorganizantă și cea obsesională putându-se nota: – Tendințe la simetrizare, bazate pe „raționalism morbid”; – Ritualurile magice corelate actelor banale, însoțite uneori de manierisme și stereotipii.

Sindromul cataton a fost descris de la începutul psihiatriei clinice în secolul XIX și constă în alternanța între imobilitate însoțită de negativism și agitație stereotipă în spațiu restrâns; mai pot fi prezente: flexibilitate ceroasă și fenomene de ecou psihic (ecomimie, ecopraxie, ecolalie). Sindromul prezintă simptome ce se întâlnesc și în autism și obsesionalitatea cu ritualuri magice; dar și simptome ce pot fi corelate cu simptomatologia sumisiunii în fața agresorului și dominatorului, sau a manipulării prin hipnoză, corelându-se astfel și cu patologia disociativă.

DEZORGANIZAREA COMPORTAMENTALĂ

În DSM-5, între clasele simptomatice specifice tulburărilor psihotice, e inclusă și dezorganizarea comportamentală, menționându-se la acest capitol și catatonie.

Dezorganizarea comportamentală poate fi identificată în cazurile pronunțate prin aspectul și manifestările bizare ale pacientului, care sunt stridente pentru simțul comun și incompreensibile în perspectiva argumentării ce funcționează în viața comunitară cotidiană. O serie de exemple se găsesc în scalele Andreasen și în manualele de psihopatologie descriptivă (**Chenar 75**). Dezorganizarea comportamentală ce se întâlnește în schizofrenie este dificil de analizat din mai multe motive. În primul rând, aberația comportamentală se poate datora în mare măsură delirului, care în această tulburare poate fi „bizar”, mai ales datorită dezorganizării ideo-verbale. În al doilea rând, e dificilă disocierea zonei comportamentale a dezorganizării de cea ideo verbală, a perturbării gândirii și orientării logico-

semantice. Comportamentul uman nu poate fi disociat de motivația și argumentarea sa; ori, acestea, procesul de deliberare și proiectare a acțiunii, presupun gândirea și utilizarea limbajului, care sunt marcate la rândul lor de dezorganizare. De fapt, chiar dezorganizarea ideo-verbală se exprimă predominant în acte de limbaj, în transmiterea de mesaje, redactări de texte și expresivitate. Expresivitatea ținutei corporale și cea mimico-gestuală ar putea fi considerată o zonă intermediară între aceste două planuri.

Alte aspecte ale dificultății privitoare la circumscrierea dezorganizării comportamentale sunt: interferența cu patologia deficitară, referința la autism și tranziția spre normalitate. Indecizia, ambivalența, ambitendența, imobilitatea, posturile, stereotipia sunt manifestări comportamentale anormale ce se întâlnesc în catatonie, putând fi corelate cu dezorganizarea dar și cu simptomatologia negativă. În cazul dezorganizării ideo-verbale o variantă mai puțin gravă o întâlnim în tulburarea schizotipală; pentru comportamentul dezorganizat nu avem însă o categorie nosologică similară. Eventual, referința s-ar putea face la formele grave de patologia obsesiv compulsivă, cu trimiteri speciale la TPOC, în varianta psihastenă.

Chenar 75

**Dezorganizare comportamentală (comportamentul bizar)
după Scala de simptome pozitive din schizofrenie a lui Andreasen**

– Comportamentul pacientului e neobișnuit sau fantastic. De exemplu, pacientul poate să urineze într-o zaharniță, să-și picteze cele două jumătăți ale corpului în culori diferite, sau să omoare purceluși zdrobindu-i de zid.

– Modul de a se îmbrăca și înfățișarea. Pacientul se îmbracă în mod neobișnuit sau face alte lucruri ciudate pentru a-și modifica înfățișarea. De exemplu își rade jumătate din cap, poate să se îmbrace straniu și neadecvat, poartă pe stradă cască de protecție pentru baseball și pantaloni scurți peste o pereche de izmene lungi, poate să se îmbrace într-un costum fantastic, reprezentând un personaj istoric sau un extraterestru; sau haine de lână în mijlocul verii.

– Comportament social și sexual nepotrivit în raport cu normele sociale. Se poate masturba în public, să defecheze în vase necorespunzătoare sau să își expună organele sexuale. Poate să meargă pe stradă vorbind singur, să vorbească cu oameni pe care nu i-a văzut niciodată despre chestiuni personale, să cadă în genunchi pentru a se ruga sau să înceapă să strige când se află în mijlocul unui grup de oameni, să se așeze brusc în poziții de yoga în mijlocul mulțimii, să facă propuneri sexuale deplasate unor străini.

– Comportament agresiv și agitat care apare fără motiv și imprevizibil; poate începe să se certe fără motiv cu prietenii sau familia, poate acosta străini pe care să îi agreseze; comportamentul agresiv nemotivat se poate referi la animale sau constă în agresarea gravă a altora.

Abordarea tulburărilor comportamentale de tip dezorganizant și cataton poate beneficia de studierea și a altor forme grave ale obsesionalității cum ar fi cele marcate de indecizie ambivalentă, hiperreflexie, problematizarea simetriei și de ritualuri magice. În perspectiva patologiei psihotice deficitare pot fi amintite și „actele autiste” comentate de Minkowski. E vorba de comportamente ce au o motivație ideosincrazică care funcționează pentru subiect, dar nu se articulează firesc de

normalitatea și normativitatea vieții cotidiene, nu aderă și nu se compenetrează cu aceasta. Subiectul urmărește și realizează obiective care alunecă în marginea a ceea ce e acceptat de simțul comun și de psihologia populară ca parte componentă firească a vieții comunitare. Exemplele date de Minkowski se referă la comportamente rigide, desfășurate în mijlocul vieții sociale, bazate însă pe principii abstracte și pe interpretări logico semantice idiosincrazice a unor detalii. De exemplu: – un profesor stabilește ca în fiecare săptămână să se comporte cu elevii conform unui unic principiu moral; sau, refuză o poezie în care se afirmă că „cerul îmbrățișează pământul” dată fiind imposibilitatea reală a acestui fapt; un tată face cadou de crăciun fiicei sale bolnave de cancer un frumos sicriu. Sugestia privitoare la actele autiste, înțelese dimensional, se poate extinde atât în direcție psihopatologică cât și în cea a vieții curente, întâlnindu-se cu comportamentul autiștilor superiori. Ar putea fi adusă în discuție o deficiență în aria „sentimentelor existențiale” comentate de Radclif, dar nu în direcția trăirii dispoziționale ci în cea a „atașamentului” și a „acordării” semnificației actelor efectuate cu firescul vieții cotidiene.

În ceea ce privește comportamentul dezorganizat propriu-zis caracteristica de bază este, așa cum s-a menționat, aspectul „bizar”, „ciudat” al expresivității și comportamentului. Subiectul poate argumenta manifestările sale bazându-se pe dezorganizarea ideo-verbală, pe câte o „idee” abstractă, detașată de context, ce i se impune. Dar, în anumite arii, dezorganizarea afectează direct motivația, comportamentul devenind absurd, aberant, ne mai putând fi justificat nici de către pacient. Pot exista expresii și acte scurtcircuitate, pentru care pacientul nu poate oferi nici un argument motivațional. Ele încalcă uneori normele sociale, manifestându-se agresiv sau chiar criminal.

TULBURĂRI COMPORTAMENTALE ÎN OBSESIONALITATE ȘI INTERFERENȚA LOR CU PSIHOZA

Dezorganizarea comportamentală din schizofrenie prezintă zone de interferență cu cea din patologia obsesiv compulsivă, înțeleasă global, adică atât prin TOC cât și prin TPOC, așa cum s-a comentat deja. Faptul a fost sesizat de către Minkowski și se evidențiază în mai multe domenii. Unul din acestea e tendința crescută la autocontrol, ce se regăsește în unele forme de schizofrenie dezorganizant deficitară, ca hiperreflexie. Subiectul este hiperanalitic, se autoobservă în tot ce face, inclusiv în intențiile sale de acțiune, percepție și gândire; și, desigur, în desfășurarea actelor și evaluarea rezultatului. Școala din Copenhaga (Sass, Parnas, Zahavi) consideră că tulburarea „generatoare” specifică schizofreniei ar fi cuplul dintre hiperreflexie și redușă asertivitate a sinelui. Dar, atenția hiperreflexivă față de propria raportare activă la lume este prezentă și la obsesivul psihasten, care deliberează interminabil înainte de a începe o acțiune, verifică continuu, fiind predispus la autoanaliză și

ruminații pe teme abstracte. E posibil ca unele cazuri de acest tip să fie considerate ca intermediare între obsesionalitatea gravă și schizofrenie.

Altă zonă de interferență comportamentală schizo-obsesivă se referă la preocupările exagerate față de ordine și simetrie, care se întâlnesc și la unii autiști. După cum se știe, tematica ordine/simetrie e una din cele trei clustere principale ale TOC, alături de intențiile agresive și de preocuparea față de contaminare. Preocuparea față de simetrie se atașează de obicei celei față de ordine, dar ea exprimă o tendință mai accentuată spre abstracție geometrică, fiind întâlnită și în unele produse grafice ale schizofrenilor, intersectată cu stereotipia. Încă Minkowski a selectat câteva cazuri interesante cu astfel de manifestări schizo-obsesive comportamentale în care pacientul e preocupat exagerat de echilibrul simetric între partea dreaptă și stângă a corpului și a spațiului adiacent acestuia. Pentru păstrarea echilibrului subiectul se poate deplasa uneori pe mijlocul străzii, argumentând faptul prin încercarea de a evita contactul contaminant cu oamenii. Simetria este desigur, o infrastructură a percepției spațialității. De aceea, e perfect posibil ca în creierul uman să existe module psihoneurologice care asigură perceperea implicită a infrastructurii de ordine simetrică a realității, în spatele firescului multiform al acesteia; și care, în unele stări psihopatologice cum ar fi unele stări schizo-obsesive se des-implică și se manifestă în prim plan.

Cazuistică

Caz 83 (după Minkowski, 1999)

Un pacient relatează că de la 14 ani este preocupat de construcții, de soliditatea și caracteristicile lor geometrice. Se întreabă dacă zidurile liceului sunt realmente drepte; e înspăimântat de lipsa de suport a bolților bisericești și nu are încredere în cimentul dintre cărămizi. Spre vârsta adultă a ajuns la „o manie a simetriei”. A început să meargă pe mijlocul străzii, și să se preocupe de „obsesia buzunarelor” având grijă ca atunci când introduce mâna în buzunarul din dreapta să și-o introducă identic și în cel din stânga. Stătea mult în fața oglinzii astfel încât corpul său să fie perfect echilibrat. Afirmă că: „planul e totul în viața mea; ceea ce mă atrage într-un plan e gustul pentru simetrie și regularitate, de aceea „fabric” realitatea... nu cred în existența unui lucru dacă nu l-am demonstrat”.

Pacientul afirmă: „eu caut repausul și imobilitatea, îmi place lucrul ce nu se schimbă... acord importanță solidității, a ceea ce e neschimbabil, trecutul este sigur pentru că s-a încheiat... dar viitorul e ca un munte de probleme neprevăzute, greu de trecut, mi-a venit în minte să las o zi tampon între trecut și viitor... în această zi aș încerca să nu fac nimic”.

Cu ocazia unei internări i se face o injecție intravenoasă. Pacientul începe să trăiască preocuparea obsesivă că odată cu substanța injectată au intrat în corp și părți din metalul acului de seringă, posibil și fragmente de sticlă...” corpul este invadat de substanțe solide minuscule, e contaminat cu elemente fizice”...; această trăire nu e însă foarte angoasantă.

Comentariu: Preocuparea față de simetrie nu derivă din sentimentul dedublării ci din „spațializarea geometrică” a lumii percepute și gândite, cu dispariția spontaneității și capacității de sinteză a varietății și multiplicității lumii; e interesant felul în care apare tema contaminării la acest caz schizo-obsesiv.

O tânără are un prim contact cu psihiatria la 24 ani (1990) pentru astenie cu problematizarea schemei corporale, comportamente în direcția anorexiei mentale, (ce datează din adolescență). În prima perioadă a școlarizării a avut performante bune, care s-au redus în pubertate, devenind o persoană retrasă, cu preocupări centrate pe muzică și lecturi. Progresiv se accentuează interesul religios, lecturi în această direcție, rugăciuni solitare, viață izolată, fără activitate și preocupări pragmatice, fiind întreținută de familie. Adoptă îmbrăcămintea și modelul de manifestare a unei călugărițe, trăiește izolată cu un comportament ritualic religios. Ajunge la o nouă internare la 29 ani în urma unui comportament bizar: se deplasează în oraș pe mijlocul străzii, creând probleme în circulație și necesitând intervenția poliției. Explicația constă în faptul că „astfel se ferește să se atingă de oameni, pentru a nu se contamina cu răutatea lor”. Nu prezintă altă temă delirantă conturată, nici halucinații sau fenomene de transparență influență psihică. Vorbirea e coerentă dar marcată de manierisme și prețiozități. În următorii ani (până în 2014) mai prezintă trei internări, în urma aceluiași comportament bizar de a merge pe mijlocul străzii, cu aceeași motivație. Nu sunt idei clar paranoide și nu explică de ce acest comportament apare la un moment dat.

Comentariu: Comportamentul bizar de a merge exact pe mijlocul străzii e argumentat cvasidelirant prin evitarea atingerii oamenilor ce o pot contamina malefic, temă ce derivă din universul obsesionalității; nu e prezentă însă preocuparea obsesiv/delirantă față de soliditatea geometrică rigidă a lumii ca în cazul precedent, pacienta fiind detașată în raport cu lumea fizică, în afara comportamentului menționat.

În afară de nehotărârea ambivalentă, hiperreflexie, ruminății sterile și preocuparea aberantă față de ordine/simetrie, patologia TOC ne mai apropie de zona dezorganizării comportamentale prin ritualuri și ceremonialuri corelate cu gândirea magică. Subiectul simte că dacă nu îndeplinește întocmai un comportament nemotivat și/sau absurd, urmează să se întâmple o nenorocire. Conținutul ei e neprecizat; dar apăsarea acestei perspective e imperativă.

Ritualurile pot fi corelate cu acte banale zilnice, ca spălătul, îmbrăcatul, mâncatul, plecatul de acasă etc. În unele cazuri comportamentele banale se desfășoară extrem de lent, cu accent pe detalii și o trăire de autoobservație hiperanalitică, hiperreflexivă, cu imposibilitatea subiectului de a depăși situația. Ritualurile mai complexe pot lua forma unor ceremonialuri, ce constau în acte repetitive lipsite de finalitate și sens, ce se cer executate în anumite împrejurări sau locuri. La fel ca și ritualurile, ele sunt deseori corelate cu aritmomania, trebuind executate perfect de un număr fix de ori. De exemplu, înainte de a trece dintr-o cameră în alta, pacientul se învârte în cerc de trei ori într-o direcție și de trei ori în alta. Mișcărilor pot fi complexe; la fel elaborarea numerică, uneori ajungându-se și la calcule complicate. Timpul petrecut cu derularea ritualurilor ocupă mare parte din zi. În cazuri mai complexe, ritualurile se însoțesc de mișcări ciudate, ceremonialuri, posturi, stereotipii, cu posibilitatea tranziției spre catatonie. În spatele ritualurilor și ceremonialurilor în mod obișnuit nu stă o idee delirantă tipică, halucinații sau fenomene SPR. Astfel încât ele se cer considerate ca o patologie psihomotorie aparte, care poate fi apropiată – sau chiar să se intersecteze – cu orbita psihotică.

PROBLEMA CATATONIEI

Catatonia a fost identificată ca apărând clinic în corelație cu condiții maladive diverse, frecvent în cadrul unor sindroame organic-cerebrale sau infecțioase. S-a descris și o formă febrilă, chiar o catatonie letală (Stauder). Clinicienii au observat asemănări importante între sd. cataton și cel stuporos apărut după reacția puternică de spaimă; precum și cu stuporul ce se manifestă în melancolia inhibată. Totuși, există diferențe semiologice notabile între aceste manifestări care au fost subliniate de psihiatria didactică.

În ultimul timp formele clinice de schizofrenie catatonă s-au redus mult în statisticile mondiale. Redactorii DSM-5 au concluzionat că, catatonia ar putea fi prezentă ca un „sindrom psihotic” separat, fiind inclusă în capitolul 3: „Schizofrenia și alte tulburări de spectru”. Există specificarea că acest sindrom psihotic poate apare în variate condiții medicale și tulburări psihice, cum ar fi: schizofrenia, tulburarea bipolară, tulburarea depresivă, psihoza scurtă și delirantă. Deși aspectul clinic al catatoniei nu mai prezintă la ora actuală același interes ca în urmă cu jumătate de veac, sindromul merită atenție deoarece aduce în discuție aspecte psihopatologice deosebite privitoare la condiția psihotică.

Condiționarea variată a sd. cataton, psihoreactivă (ca stupor), endogenă, organică (prin suferințe generale, febrile mai ales și cerebrale – encefalite, tumori etc.), sugerează existența unui modul psihocerebral, ce se declanșează și se instalează în una din aceste variate condiții. Comparația poate fi făcută cu epilepsia, depersonalizarea, depresia. Pe de altă parte, atât istoria menționată mai sus a condiționărilor cât și tabloul clinic – cel descris tradițional și sintetizat în DSM-5, – sugerează o importantă implicare a relaționărilor interpersonale în condiționarea sa. Această implicare e evidentă mai ales prin simptomele de „ecou psihic”, când subiectul imită comportamentul interlocutorului. În ecomimie el preia expresii mimice ale acestuia, în ecopraxie repetă mișcările iar în ecolalie reproduce cuvintele. Fenomenul e în prezent explicabil prin dezinhibarea „neuronilor oglindă”. El indică însă și o sugestibilitate crescută care are rădăcini în biopsihologie, unde se întâlnește „reflexul de moarte” și fascinația. Ambele se referă la o imobilitate a individului în fața agresorului. În reflexul de moarte – similar inhibiției și manifestărilor cameleonice – individul aflat în fața pericolului devine imobil, fapt care deseori se dovedește salvator. Fenomenul ar putea fi reținut pentru interpretarea stuporului. Fascinația constă în imobilitatea individului produsă ca urmare a unei atitudini dominatorii speciale a agresorului, ce utilizează această strategie pentru a captura victima și a o devora. În plan uman dominarea manipulatorie stă la baza sugestiei hipnotice. E sugerată astfel o corelație între catatonie și patologia disociativă care, în tradiția histeriei din vremea lui Charcot, manifesta o predispoziție marcată în acest sens.

Tulburarea catatonă
Criterii de diagnostic DSM-5

A. Tabloul clinic e dominat de trei (sau mai multe) din următoarele simptome:

1. Stupor (*i.e.* lipsa activității psihomotorii; nu se relaționează activ cu ambianța)
2. Catalepsie (*i.e.* inducerea pasivă a posturii ce se menține împotriva gravității)
3. Flexibilitate ceroasă (*i.e.* rezistența sau încetineala la mișcările induse de examinator)
4. Mutism (*i.e.* lipsa de răspuns sau răspuns foarte redus)
5. Negativism (*i.e.* opoziție sau lipsa de răspuns la instrucții sau stimuli externi)
6. Posturi (*i.e.* menținerea spontană sau activă a posturii împotriva gravității)
7. Manierism (*i.e.* manifestări bizare sau caricaturale a acțiunilor normale)
8. Stereotipii (*i.e.* mișcări fără o direcție precisă, repetitive, anormal de frecvente)
9. Agitație, neinfluențată de stimuli externi
10. Grimase
11. Ecolalia (*i.e.* mimarea vorbirii altuia)
12. Ecopraxia (*i.e.* mimarea mișcărilor altuia)

B. Evidența că tulburarea este consecința unei alte condiții medicale (sau C a unei alte tulburări psihice: schizofrenie etc.)

D. Tulburarea nu apare în cursul deliriumului.

E. Tulburarea cauzează suferințe și deficiențe.

Imobilitatea catatonă poate fi comentată însă și din direcția intoleranței la schimbare pe care o exprimă autiștii, manifestare pusă în seama deficienței funcției C.C. și a capacității reduse de a prelucra noi informații. La autiști, intoleranța la schimbare se însoțește de atenția crescută acordată detaliilor, hipersensibilitatea la stimuli subliminari, reducerea intereselor și mișcări stereotipe. A fost deja comentată simptomatologia din TOC similară acestui fenomen, în cadrul centrării pe tema ordinii și ordonării. Dacă se are în vedere prezența în formele grave de TOC, alături de ritualuri și a ceremonialurilor și posturilor, se poate accepta o zonă de intersecție la acest nivel cu catatonă.

Corelațiile pe care analiza simptomatologiei clinice le poate sugera între sd. cataton și patologia disociativă pe de o parte și cea TOC pe de altă parte, apropie acest sindrom mai mult de psihopatologia dedublării psihismului decât de dezorganizare.

CAPITOLUL 11

POLUL SIMPTOMATOLOGIEI NEGATIVE A PSIHOZELOR

În ultimele decenii psihiatria anglo-saxonă a comentat simptomatologia schizofreniei prin polarizarea într-o zonă pozitivă (schizo+) și o zonă negativă (schizo-). Ulterior s-a acceptat și o simptomatologie dezorganizantă, care însă tradițional a fost plasată în schizo+. Simptomatologia negativă e recent acceptată (DSM-5) ca un posibil grupaj simptomatic al tulburărilor psihotice în general constând în: anafectivitate, avoliție, anhedonie, alogie, asociabilitate. Comentarea acestora e făcută predominant în termeni observaționali. În perspectiva unei psihopatologii centrate pe sine, simptomatologia negativă indică deficitul de asertivitate, contur și identitate a sinelui, faptul că subiectul nu mai poate fi „cineva anume”. Deci o depersonalizare ce dispersează sinele, făcându-l anonim, impersonal și indiferent.

Simptomatologia negativă a fost abordată în ultima perioadă de fenomenologi din mai multe perspective. Astfel, Scharfetter, preluând comentariul lui Jaspers privitor la patologia eului, bazată pe disfuncția activității, delimitării, coerenței și identității, propune și o dimensiune a vitalității, selectând o cazuistică în care subiectul trăiește și exprimă o negativitate în aceste zone. Această patologie apare însă mai apropiată de o depersonalizare devitalizantă, resimțită din perspectiva unui delir de negație.

Școala din Bonn condusă de Huber a studiat o cazuistică considerată ca vulnerabilă sau prodromală pentru schizofrenie, selectând trăiri ce ar putea fi considerate echivalente în marginea normalității a unei mari părți a simptomatologiei negative. Accentul e pus pe deficitul energetic și de spontaneitate, cu reducerea inițiativei, astenie și dificultăți în controlul și prelucrarea informației; sunt incluse simptome din seria depersonalizării și a tulburării cursului ideativ.

Scala EASE elaborată de grupul din Copenhaga are în vedere aceeași cazuistică vulnerabilă pentru schizofrenie. Sunt urmărite și detectate simptome din seria depersonalizării psihice și corporale, a perturbării cursului ideativ, a sentimentului pierderii originalității, autonomiei și apartenenței la sine a propriilor trăiri. Orientarea e fenomenologică, sinele minimal conștient fiind înțeles ca „ipseitate”. Adică, concretizat prin „agenție” – sentimentul originării în sine a propriilor gânduri și acțiuni; și „apartenența” (*ownership*), la sine a propriilor trăiri. Un accent deosebit e pus pe o „hiperreflexivitate” ce însoțește deficitul de asertivitate a sinelui. Acesta, apare ca o continuare în direcția psihozei depersonalizante a autocontrolului exagerat din obsesionalitate.

Abordările menționate gravitează în jurul simptomatologiei negative din psihoză, care se dovedește a avea și ea un echivalent în normalitate, la fel ca și patologia dispozițiilor afective, delirul și dezorganizarea.

POLARIZAREA SCHIZOFRENIEI ÎNTRE UN POL POZITIV ȘI UNUL NEGATIV

În DSM-5 e circumscris un domeniu al simptomatologiei negative al psihozelor, pentru care se menționează: reducerea expresivității emoțiilor, avoliția, anhedonia, alogia, asociabilitatea. Simptomele sunt corelate predominant cu schizofrenia deși pot fi prezente și în alte psihoze. Simptomatologia negativă nu era inclusă în

precedenta ediție, DSM-IV-TR, accentul fiind pus, în caracterizarea psihozelor, pe „simptomatologia schizofreniei pozitive”. Manifestările ce sunt comentate în acest capitol făceau parte tradițional din conceptul de „autism” a schizofreniei lui Bleuler, caracterizat prin izolare bizară și deficit de integrare în pragmatismul vieții cotidiene comunitare. Clinic, ele apăreau în „forma simplă” a schizofreniei iar în corelație cu dezorganizarea și unele aspecte afective, în cea dezorganizantă.

Polarizarea simptomatologiei schizofrene în direcția unui grupaj „productiv” pozitiv pe de o parte, și a unuia negativ, „deficitar” pe de altă parte, s-a definit în cadrul psihiatriei anglo-saxone în jurul anilor '70, când Wing și Brown (1970) au publicat cartea „Institutionalism and Schizophrenia”. Ei au constatat că substimularea psiho-socială din azile accentuează pasivitatea, lipsa inițiativei, faptul de a „sta fără a face nimic”, deci caracteristici schizo-. Pe când o bruscă suprastimulare psihosocială ar activa simptomatologia delirant halucinatorie, schizo+. Această abordare sublinia caracterul de pasivitate și deficit de sinteză informațională a schizofrenilor cronicizați. Ulterior, Crow (1988) a pledat pentru această polarizare, considerând că cele două forme de schizofrenie au un substrat etiopatogenic biologic distinct. Aceeași idee a fost apărută de Carpenter (1976). Andreasen a construit o scală de evaluare pentru schizo-; și ulterior, una pentru schizo+ care includea și dezorganizarea verbală și comportamentală. După ce această polarizare s-a încetățenit și a fost adoptată de sistemul DSM, a reapărut interesul pentru dimensiunea dezorganizantă, constatată inițial de Riedl, în manifestări cognitiv verbale la schizofrenii cronicizați. Dezorganizarea a fost apoi acceptată ca o dimensiune separată a psihopatologiei schizofreniei, fapt ce a condus spre o concepție dimensională a psihopatologiei acestei boli. Aceasta s-a impus în cercetarea psihozelor și prin scala PANSS a lui Kay (1991), dezvoltată ulterior de Lindenmayer multidimensional, astfel încât să cuprindă toate fațetele psihozei. Dihotomia schizo+/schizo- a fost introdusă în DSM III-IV. Dar, așa cum s-a menționat, abia în ultima ediție a Manualului, DSM-5, s-a acceptat o clasă de simptome negative pentru definirea psihozelor.

Ideea mai generală a polarizării manifestărilor psihopatologice negative, deficitare și pozitive, productive, se înscrie într-o tradiție doctrinară ce coboară din secolul XIX, de la neurologul britanic Jackson (Berrios, 1985). La ea fac trimitere multe elaborări doctrinare importante ale psihopatologiei clinice, așa cum e cea a lui Janet, Bleuler, de Clerambaud etc. Cel care a încercat să impună tradiția jacksoniană ca o schemă general valabilă în psihopatologie a fost Ey (1973), înainte de DSM-III. Odată cu apariția acestui manual eforturile teoretice de până atunci au fost puse de o parte. Comentariile actuale au ca referință principală simptomatologia schizo-, subînțelegându-se că aceasta se polarizează cu schizo+. Lipsa de referință doctrinară a sistemului DSM-III-5 face însă ca multe aspecte de psihopatologie clinică să rămână neclare. Astfel, dezorganizarea psihică, e menționată în scalele Andreasen doar la schizo+. Cercetările școlii din Bonn și Copenhaga, mai ales neofenomenologii, sugerează însă că o bună parte a acestei patologii ar putea avea o coloratură „negativă”, în sensul apersonalizării anonimizante. De asemenea, nu e clar cum să fie plasată catatonia, între schizo+ și schizo-.

Felul în care sunt prezentate simptomele psihotice negative în DSM-5 e congruent cu tradiția manualului de a fi centrat pe simptomatologia observabilă. Faptul face ca, ceea ce e esențial în psihopatologia deficitară, adică minimalizarea și negativitatea afirmării sinelui, înțeles ca eu conștient, să nu apară clar.

SIMPTOMATOLOGIA NEGATIVĂ ÎN SCHIZOFRENIE

Principalele două simptome comentate în DSM-5 sunt, așa cum s-a menționat, reducerea expresiei emoționale și avoliția. Reducerea „expresiei emoționale”, care e pusă aici în locul tradiționalei anafectivității, e notată în scala Andreasen la paragraful „tocire sau aplatizare afectivă” prin: expresie facială neschimbată, mișcări spontane diminuate, sărăcirea gesturilor expresive, contact vizual redus, nonreactivitate afectivă, afect incongruent, lipsa inflexiunilor vocale, acuze subiective privind pierderea sentimentelor. Nu e astfel investigată decât indirect anafectivitatea care, privită în totalitatea ei se referă atât la lipsa emoțiilor circumstanțiale, cât și a atașamentului și a sentimentelor, cu o dispoziție afectivă indiferentă.

Deși în DSM-5 al doilea simptom negativ e avoliția, vom comenta întâi anhedonia și asociabilitatea care se corelează direct cu anafectivitatea. Ambele ridică probleme de circumscriere și plasare în această clasă de simptome. Anhedonia e definită în DSM-5 clar și univoc: o capacitate scăzută de a experimenta plăcerea din partea stimulilor pozitivi sau deteriorarea retrăirii unor stări care în trecut erau plăcute. Simptomul e subiectiv și se cere diferențiat de anhedonia din depresie și depersonalizare, ceea ce e posibil doar printr-o abordare fenomenologică. Anhedonia din simptomele negative se corelează cu indiferența globală și lipsa de atașament generală față de lume și sine, menționată mai sus. În depresie, contextul se referă la devalorizarea prezentului, cu rețacția subiectului spre trecut, spre suferința tristeții, corelată cu propria lipsă de valoare și vinovăție. În plus, subiectul e orientat spre negație și moarte. Deficitul de „prezență” la prezent, face subiectul insensibil la plăcere, la stimuli pozitivi. Dar el nu e deloc lipsit de preocupări și trăiri afective intense, nu e indiferent și detașat. Ci, profund trist, orientat în direcția neființei. Sinele său are o consistență tematică, e hipercentrat pe sinele său auto-depreciat. În cazul simptomatologiei negative sinele nu pare a avea centrare, consistență și delimitare, el tinzând spre dispersie și împrăștiere. Subiectul nu e neorientat tematic ci indiferent. În depersonalizarea disociativă subiectul suferă de faptul că nu e atașat de lume, că se simte străin de ea, că nu se poate bucura. Nici în acest caz el nu e indiferent. În schizofrenia deficitară e posibil însă, în condițiile hiperreflexiei, ca pacientul să constate și să comenteze golul, pustiirea sa afectivă, prin „acuze subiective privind pierderea sentimentelor”.

În scala Andreasen pentru schizo- (1983), anhedonia e prezentată împreună cu asociabilitatea, cu care aproape se confundă, de vreme ce e caracterizată prin: deficiența de a avea sentimente de intimitate și apropiere, relații reduse cu prietenii, interese sexuale reduse (în raport cu vârsta și statutul social). Dacă ne referim la asociabilitate, ea se mai cere diferențiată, așa cum se face în PANSS, într-o

asociabilitatea primară ce constă în restrângerea sau refuzul contactului social din cauza dificultăților de procesare a informațiilor perceptivă și decizionale, pe care-l pretinde contactul cu alți oameni; și, asociabilitatea secundară, ce constă din retragerea socială consecutivă suspiciozității. Asociabilitatea simptomatologiei negative se corelează și ea cu indiferența ce a fost menționată în cazul anafectivității. Apare însă în cazul ei, la fel ca în cazul anhedoniei și un aspect aparte: cel al lipsei de interes, curiozitate și motivație pentru experiențe noi. Această direcție amotivațională se corelează cu avoliția. Ea a fost sesizată de la începutul comentării psihopatologiei schizofreniei și poate fi încadrată în formularea lui Minkowski de „pierdere a contactului vital cu realitatea”. Iar din punct de vedere al psihopatologiei clinice, în elaborările de la mijlocul secolului XX a lui Dide și Guiraud privitoare la „atimhormie”. Problema a fost reluată mai recent de către Huber și vom reveni asupra ei.

Avoliția, este cel de al doilea simptom negativ menționat în DSM-5. Ea e indicată prin reducerea activităților automotivate și cu scop. Individul poate sta lungit perioade de timp fără a face nimic și nu prezintă interes să participe la muncă și activități sociale. Scala Andreasen comentează acest simptom în capitolul abulie-apatie, printr-o lipsă de energie, impuls și interes, neînsoțite de tristețe. El este descris prin itemi ca: autonegligarea și lipsa de igienă, lipsa persistenței la lucru sau școală (nu-și îndeplinește sarcinile în cadrul instituțional sau gospodăresc), lipsa de energie fizică (tinde să fie inert fizic, stă nemișcat în fotoliu ore întregi singur nefăcând nimic sau petrece mult timp privind televizorul sau făcând pasențe), acuză uneori diminuarea energiei și a impulsului. Pe fundalul manifestărilor comportamentale, menționate în DSM 5, merită acordată atenție mai mare simptomelor subiective așa cum e astenia și anergia, mai ales în fazele prodromale și defectivă, așa cum a procedat Huber.

Alte aspecte tradiționale ale abuliei schizofrene, se referă la indecizie, la dificultatea trecerii la act („antrieb” în germană) și ambivalență. În mod ciudat, ambivalența, inclusiv cea decizională nu este nici măcar amintită în literatura corelată DSM-5 privitoare la psihoze. Avoliția se manifestă deci și prin subminarea decizională a motivației, prin indecizie, ambivalența marcată, desfășurată uneori în ambitendență, dificultate marcată de trecere la act, pasivitate sugestionabilă. Din acest grupaj semiologic ambivalența motivațională și decizională face parte din manifestările clasice propuse de la început de Bleuler pentru definirea schizofreniei. Ambivalența lui Bleuler se referă însă atât la acțiune cât și la relaționarea afectivă, conducând în final la inversiunea afectivă față de cei apropiați; precum și la ambivalența ideatică, cu oscilații între sensuri opuse ale conceptelor și valorilor. Ambivalența aduce în discuție dedublarea psihismului, ce se manifestă psihopatologic pregnant în obsesionalitate, patologie în care nesiguranța și nehotărârea sunt simptome importante. Față de dezorganizarea propriu zisă, ambivalența pronunțată ar fi o instanță prealabilă, plasată în aceeași direcție a dificultății de sinteză între variantele posibile ce se oferă. Această relaxare a capacității de „poziționare atitudinală” și de decizie, reprezintă desigur un recul față de comportamentul firesc și spontan al vieții curente, care în permanență reunește multiplicitatea și varietatea solicitărilor zilnice, atât în ceea ce privește sinteza informațiilor solicitante cât și deciziile necesare. Desfășurarea vieții cotidiene, în conformitate cu pretențiile simțului comun, este astfel afectată.

În DSM-5 se mai menționează la capitolul simptomelor negative și alogia, manifestată prin vorbire redusă. Scala Andreasen detaliază simptomul, menționând afectarea gândirii și a capacităților cognitive. Procesele de gândire apar goale, încetinite sau lipsite de substanță. Poate fi prezentă o sărăcire cantitativă a vorbirii ca atare, cu vorbire eliptică și cu încetineala răspunsului. Se mai notează blocajul gândirii și sărăcia conținutului chiar în condițiile folosirii multor cuvinte. Separat, în scală sunt menționate deficiențe ale atenției: neatenție socială spontană sau în cursul aplicării unor probe. PANSS mai menționează dificultăți ale gândirii abstracte, lipsa de spontaneitate și reducerea fluxului conversațional. Aceste manifestări sunt în ultimul timp amplu investigate la schizofreni prin baterii de teste neurocognitive.

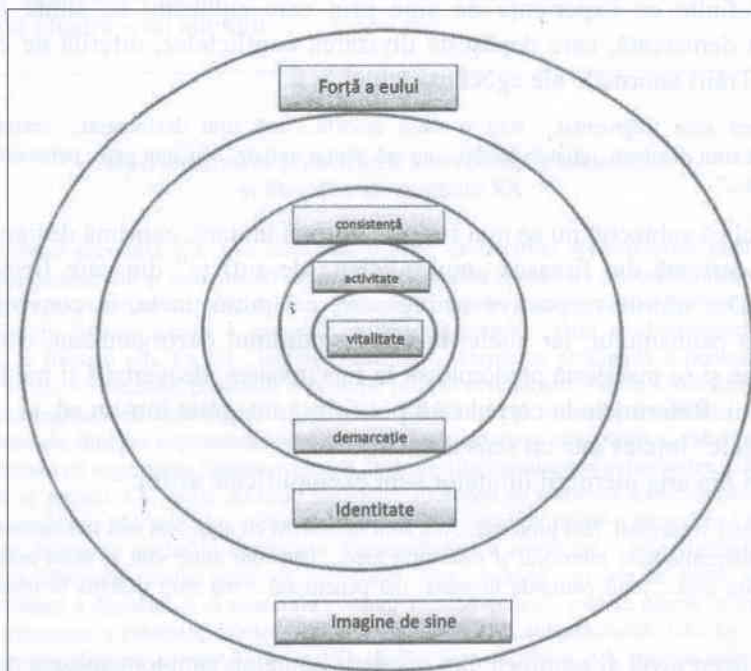
Simptomele menționate la alogie exprimă evident un deficit al proceselor cognitive dar fără o specificitate proprie. Alogia apare mai mult ca un nivel inferior, deficitar, al dezorganizării ideo-verbale, a lipsei coerenței centrale și de sinteză în condițiile negativității sinelui. Astfel de exemplu, reducerea conținutului informației în condițiile în care se folosesc multe cuvinte și expresii, înțeles ca vorbire supraelaborată sau manierism, se înscrie printre tulburările cursului gândirii și vorbirii, ce se plasează în zona de tranziție spre dezorganizare ideo-verbală unde se manifestă și stereotipiile. Simptomul indică atât predominarea aspectelor formale în raport cu cele de conținut, cât și estomparea manifestării subiectului, ca sine individual și original, în raport cu materialul lingvistic folosit. Sărăcia gândirii și vorbirii în ansamblul ei trimite la lipsa de pregnanță a manifestării sinelui ca persoană autonomă.

Simptomele psihotice negative se referă practic la toate domeniile psihismului, de la cele afective la cele volitive și cognitive. Acest inventar semiologic realizat în maniera doctrinei facultăților psihice a secolului XIX, se cere completat în zilele noastre cu perspectiva psihopatologiei deficitare a sinelui (*self*-ului), direcție sugerată încă de Jaspers prin comentarea tulburărilor eului (*Ichstörung*). Dacă în patologia delirantă asistăm la o modificare de stare identitară a sinelui, trecându-se printr-un proces de transpersonalizare, în cazul simptomatologiei deficitare suntem în prezența unei forme speciale de depersonalizare: negativă, anihilantă, anonimizantă. Sinele își pierde acum individualitatea, nucleul, limitele, identitatea, spontaneitatea, rămâne fragmentar și neasertiv. Abordarea simptomatologiei negative din perspectiva deficitelor sinelui, i-a interesat în ultimul timp pe cercetătorii de orientare fenomenologică cognitivă. Vom prezenta în continuare abordările lui Scharfetter, a școlii din Bonn și a celei din Copenhaga.

ABORDĂRI FENOMENOLOGICO-COGNITIVISTE ALE SCHIZOFRENIEI NEGATIVE

Scharfetter (1980, 2003), ca psihopatolog, a girat programul desfășurat în a doua jumătate a secolului XX în Germania și Elveția de redactarea unei foi de observație standardizată pentru psihiatrie (AMDP). În tratatul său de psihopatologie descriptivă și în lucrări ulterioare, el s-a preocupat de patologia eului în psihoze

(*Ichstörung*) sugerată de Jaspers. Acesta indicase patru aspecte esențiale ale conștiinței de sine, care pot apare modificate în psihopatologie: activitatea, delimitarea, consistența și identitatea de-a lungul timpului. Scharfetter dezvoltă ideea lui Jaspers adăugând încă o funcție de bază: egovitalitatea și imaginând o schemă cu cercuri concentrice ale funcțiilor sinelui. El comentează ulterior această patologie psihotică a eului ca una negativă. Dar sensul acestei patologii negative a eului e diferit de cel al simptomelor negative comentate în DSM-5. E vorba mai mult de o simptomatologie cvasidelirantă, implicând o depersonalizare devitalizantă.



Scharfetter își începe inventarul prin trimitere la egovitalitate. Aceasta ar consta în sentimentul subiectului de a fi o ființă ce experimentează nemijlocit faptul că trăiește, că e vie și că există în prezent, într-o situație dată. Resimțiri anormale în această direcție sunt exprimate astfel:

„Eu nu mai sunt deloc viu... nu mai exist de fel... problema esențială este: exist eu realmente?... sunt eu încă viu?... mă tem că am părăsit viața... eu sunt mort, inima mea a încetat să bată... eu mă simt stors, uscat, fără viață... sunt distrus, lumea e distrusă... fața mea, obrajii mei sunt din plastic, nu mai trăiesc... sunt o mumie... simt lumea sfârșindu-se... sufletul meu a fost furat...”

Exemplele sugerează trăiri din aria depersonalizării, într-o variantă specială, de negație a existenței proprii. Depersonalizarea disociativă se referă în primul rând la sentimentul nefamiliarității cu sine – inclusiv cu propriul corp și propriul trecut – iar cea psihotică cu sentimentul schimbării de sine: „mă schimb, m-am schimbat, nu mai sunt cel care mă știu etc.” În cazul de față situația e însă diferită, deoarece noua situație identitară e „inexistența”. Apare astfel, la acest pol negativ al

psihozelor, provocarea de a accepta o variantă specială, devitalizantă și negatoare de sine, a neidentității delirante. Aceasta a fost tradițional acceptată în Sd. Cotard, asociat de obicei cu depresia, în care se neagă funcționarea unor organe corporale, afirmându-se uneori convingerea într-o existență eternă. Această „variantă Cotard” a cvasidelirului de negare a existenței merită reținută alături de exemplele menționate, pentru configurarea fenomenologică a acestui pol al simptomatologiei psihotice negative.

Următorul cerc concentric a lui Scharfetter, se referă la delimitare și consistență, definite ca experiențe de sine prin care subiectul se simte o unitate coerentă și demarcată, care depășește divizarea conflictelor, diferită de ceea ce e „non-eu”. Trăiri anormale ale egoconsistenței ar fi:

„Eu mă simt fragmentat... sunt o masă amorfă... mă simt dezintegrat... creierul meu e perforat... mă simt dizolvat... tăiat în bucăți... nu mă simt o unitate... eu sunt patru persoane, scheletul meu e zdrobit...”

Faptul că subiectul nu se mai resimte o ființă unitară, exprimă desigur o trăire anormală, derivată din fireasca „multiplicitate de suflete” din care fiecare om e constituit. Dar trăirile respective se regăsesc, cel puțin unele, în convingerile de dedublare a psihismului; iar altele, însoțesc sindromul dezorganizant, care e mult mai complex și se manifestă predominant în funcționarea ideoverbală și motivațională a subiectului. Referințele la corpul trăit pot fi însă integrate într-un sd. al „depersonalizării vitale” înțeles într-un sens lărgit.

Trăiri din aria pierderii limitelor sunt exemplificate astfel:

„Mă simt vulnerabil, fără protecție... mă simt amestecat cu alții... nu mai îmi cunosc limitele... nu mai pot diferenția între interiorul și exteriorul meu... părți din mine sunt în afara mea... creierul meu e în afara mea... totul pătrunde în mine, mă penetrează... mă simt deschis la orice influență exterioară...”

Și la acest nivel al sentimentului pierderii limitelor, simptomatologia menționată este cea tradițional cotată la sd. Depersonalizării, cu deschidere spre transparența și influența xenopatică. De vreme ce sd. Dep/Der st. este considerat în primul rând ca unul nepsihotic se ridică problema generală a „nivelului de ruptură”, în direcția psihozei. Nivel care ar urma să se desfășoare pe o altă axă decât cea a transformării identitare din delir; și eventual, diferită și de patologia SPR. Dacă am exclude și direcția dezorganizării menționate mai sus, nu rămâne decât cea a „anonimizării”. În acest sens comentează Scharfetter și tulburarea egoidentității, prin exemple ca:

„Carnea mea nu mai e de tip uman... nu mai știu cine sunt... am părăsit trăsăturile și figura ce-mi aparținea... nu mai sunt sigur cine sunt... eu sunt un animal, un monstru... doar jumătate din sângele din mine e al meu... sunt bărbat și femeie în același timp... în partea dreaptă sunt tatăl meu, în stânga mama mea, iar nasul e cornul unui bou...”

Trăirea într-o manieră psihotică a unor simptome incluse în sd. Dep/Der e posibilă în faza de metamorfoză spre noul statut identitar, în perioada de transformare psihologică de tipul delirului primar, așa cum deja s-a comentat. Dar o transformare a identității care să fie resimțită ca pierdere a vechii identități fără tranziția spre un

statut identitar nou – ca rol într-un scenariu aberant, ca și capacitate, valoare, relații, calități, statut etc., – este o direcție negativă, orientată spre apersonalizare și anonimizare.

Cazuistica studiată și comentată în lucrările clasice ale lui Scharfetter decupează acea zonă a patologiei psihotice în care sinele – eul conștient – se simte negat și anihilat prin deficitul egovitalității. El își pierde identitatea și limitele, devenind o entitate impersonală, anonimă, abstractă, ancorat doar în vagi trimeri la propria corporalitate.

O altă direcție de cercetare a rezultat din faptul că, la fel ca toate domeniile psihozei, și simptomatologia negativă se cere abordată și în varianta sa de tranziție spre normalitate. Acest demers l-a întreprins școala din Bonn condusă de Huber prin studierea „simptomelor bazale” cu BSABS. Scala are în vedere stări ce ar indica o vulnerabilitate crescută pentru schizofrenie. Simptomatologia înregistrată se referă doar la trăiri subiective și nu are în vedere intensitatea unor simptome clinice. Aria trăirilor identificabile poate fi plasată atât la originea unor simptome pozitive, ca cele din SPR, cât și a celor negative. Accentul pus pe trăirile subiective orientează spre o abordare fenomenologică. Dar se menține și o deschidere spre cognitivism. Trecerea în revistă a unor aspecte a BSABS e utilă și pentru că ea este precursora scalei EASE.

Din primul capitol este vizat deficitul psihic dinamic, energetic exprimat prin: extenuare, oboseală crescută, nevoie crescută de somn, scăderea puterii de concentrare a energiei și de persistență, nerăbdare. Se menționează apoi diminuarea motivației, elanului, inițiativei („totul cere efort”); scăderea capacității de decizie; a capacității de a se bucura, reducerea sentimentelor, diminuarea nevoii de contact. Se poate constata apoi scăderea capacității de a face față unor factori stresanți sau solicitanți, a muncii sub presiunea timpului; incapacitatea de a-și diviza atenția; impresionabilitate crescută la evenimente cotidiene.

Un alt capitol important se referă la tulburări cognitive, de gândire, conștientizare, acțiune. Se menționează: interferența gândirii, distractibilitatea, perseverarea, ideea intruzivă, blocajul gândirii, dificultăți de atenție, de receptare a semnificației, a memoriei de lucru, deficiențe în inițiativa gândirii; trăiri referențiale de centralitate; tulburări senzoriale, perceptive și de identificare, sentimentul modificării propriului aspect în oglindă, hiperestezie, fascinarea de către detalii; sentiment de derealizare; pierderea deprinderilor automate, blocaj motor. Scala are și un capitol privitor la cenestezii, important pentru frecvența acuzelor cenestopate întâlnite în formele marginale de schizofrenie.

Autorii BSABS subliniază faptul că scala, deși are în vedere deficiențe ale funcțiilor psihice și se referă la stări prodromale schizofreniei, se deosebește de scala lui Andreasen pentru evaluarea simptomelor negative a cărei sursă de informații e în primul rând observarea comportamentului pacienților de către examinator și relatările aparținătorilor; pe când BSABS se bazează exclusiv pe relatarea de către pacient a trăirilor sale subiective.

Pe lângă accentul pe trăirile subiective, pe deficiențele energetice, dinamice, de spontaneitate și sinteză psihică, abordarea din BSABS are un caracter holist, examinând „în evantai” multe trăiri ale subiectului în contextul vieții cotidiene.

Astfel, se estompează caracteristica de inventar semiologic; și se impune cea a evaluării unei persoane ce are dificultăți în derularea vieții sale de zi cu zi. Deși nu e adusă în prim plan, problematica sinelui se impune, într-un fel, de la sine. În finalul scalei există chiar o rubrică ce investighează încercările spontane ale subiectului de a-și compensa deficiențele. Deci, de a se raporta singur la sine, ca la o persoană cu probleme.

Instrumentul EASE a școlii din Copenhaga abordează aceeași temă și cazuistică ca și BSABS, persoanele vulnerabile și prodromale pentru schizofrenie. Itemii sunt formulați însă mai clar ca simptome. Iar scala are la bază o anumită înțelegere doctrinară a schizofreniei ca tulburare a sinelui, înțeles ca „ipseitate”, fapt ce ar consta în deficiențe de autoafirmare asertivă însoțită de o hiperreflexivitate patologică.

Scala are 5 domenii: 1. Cogniția și cursul conștiinței; 2. Conștiința și prezența sinelui; 3. Experiențe corporale; 4. Demarcație/Tranzitivism; 5. Reorientare existențială. Ansamblul tematicii gravitează în jurul unei forme aparte de depersonalizare, anonimizantă. Secțiunea cea mai originală este 2/ cea corelată sinelui.

În secțiunea 1/ sunt trecute în revistă tulburări ale cursului gândirii ca interferența, presiunea, blocarea, ecoul, rumițiile, sonorizarea, spațializarea experienței; mai sunt notate: ambivalența, reducerea inițiativei gândirii, tulburări ale memoriei de scurtă durată și altele. Un item aparte este 1.2. Pierderea „ipseității” gândirii: pacientul are sentimentul că anumite gânduri sunt lipsite de calitatea de „a fi ale mele” („meiness”) deși el știe că acestea izvorăsc din sine; ele apar stranii, fără conexiune cu propriul sine.

Secțiunea 3, privitoare la experiențele corporale, reia unele teme ale depersonalizării: sentimentul unei schimbări morfologice, autoanaliza îndelungată în oglindă, senzația că unele părți ale corpului sunt străine, izolate, lipsite de viață; senzația că nu e o bună articulare între corp și sinele psihic; sentiment de dezintegrare corporală; spațializare corporală; experiențe cenestezice, tulburări motorii, experiențe mimetice de rezonanță cu mișcări exterioare.

Secțiunea 4. Demarcația/Tranzitivism, reia și ea teme speciale ale depersonalizării: confuzia cu altul, cu propria imagine speculară, anxietate la contact corporal, dispoziție de pasivitate (sentiment difuz de a fi o persoană pasivă, expusă la dispoziția lumii), alte sentimente de demarcație corporală inadecvată.

Secțiunea 5 privitoare la reorientarea existențială include: fenomene auto-referențiale primare, sentiment de centralitate, sentimentul unei puteri creative extraordinare, experiența, ca și cum lumea nu ar fi reală ci doar aparentă, idei magice, sentimentul unei schimbări existențiale cu reorientarea spre preocupări filozofice, religioase; grandiozitate solipsistă.

Secțiunea 2 abordează patologia sinelui, conștiința de sine și „prezența” sinelui. Sinele este comentat din perspectiva unui nivel bazal, al „ipseității”, prin care se afirmă „agenția” – sentimentul de urgență din sine a propriilor intenționalități; și, apartenența („meiness”), adică sentimentul că trăirile sunt personalizate, sunt „ale mele”. Câțiva itemi din această secțiune sunt semnificativi pentru depersonalizarea devitalizantă și anonimizantă ce e avută acum în vedere.

Itemul 2.1. se referă la diminuarea sensului sinelui bazal. Subiectul are senzația persistentă de lipsă a unui nucleu intern, al identității, sentimentul de a fi anonim, nonexistent sau profund diferit de alți oameni, sau chiar de a nu fi o ființă umană. Poate fi prezent și sentimentul de hiperadaptare, de a se conforma tot timpul opiniilor altora, de a nu avea propriul punct de vedere. Itemul 2.2. se referă la deficiența perspectivei persoanei întâi. Scade sentimentul că trăirile „sunt ale mele” („meiness”); poate apare o distanță între sine și propriile trăiri (subiectul își observă și urmărește trăirile, ca într-o dedublare); spațializarea sinelui: totul apare ca relaționat spațial. Itemul 2.4. se referă la diminuarea „prezenței”: e vorba de o scăzută abilitate de a fi afectat, mișcat, influențat, atins, atras sau stimulat de obiecte, oameni, evenimente, situații. Subiectul nu se mai resimte participând, prezent în întregime la viața din jur (se includ stările hipohedonice și apatice); 2.5. Derealizarea: realitatea din jur apare nereală, ciudată, ca într-un film; 2.6. Hiperreflexivitatea: subiectul se autoobservă și reflectează continuu asupra gândurilor, sentimentelor, activităților sale, nu poate fi spontan și e lipsit de preocupări; 2.7. Fragmentarea „eului”: subiectul are sentimentul că sinele, persoana sa, s-a dezintegrat în părți semi independente; 2.9. Confuzie a identității: subiectul simte că e altul; pot apărea și sentimente de modificare a vârstei și sexului; 2.12 Pierderea simțului comun; 2.16–2.18 Scăderea inițiativei, a vitalității.

În ansamblu, EASE reia principalele teme ale sindromului tradițional al depersonalizării din care a derivat actuala variantă disociativă din DSM-5. Dar referința e la un alt mod și o altă direcție de trăire a acestor simptome. Ele nu sunt acum înglobate în suferința cauzată de trăirea nefamiliarității cu sine, cu lumea și a blocării afective. Și nici nu e trăit cu intensitate sentimentul schimbării sinelui și a lumii, a vrăjirii, ca deschidere și precipitare spre lumea de ficțiune a delirului. Ci, subiectul simte efectiv că se schimbă în sens deficitar, că are limite vulnerabile, își pierde identitatea, că trăirile sale devin străine și anonime. Iar el e lipsit de un centru, de un nucleu personalistic care să-i permită să se simtă „el însuși” și nu oricine.

BSABS a notat cu migală simptomatologia ce indică deficitul energetic și de spontaneitate, inclusiv în aria gândirii. Tulburările formale ale cursului gândirii, înregistrate de ambele scale, semnaleză deficitul de sinteză a funcțiilor cognitive, ce deschide calea atât spre SPR cât spre dezorganizare. Dar EASE subliniază procesul de pierdere a propriei identități, fără ca în loc să apară altceva: doar golul și anonimatul. Mutația depersonalizantă ce stă în spatele alunecării spre delir, induce un proces de transpersonalizare, în care subiectul se schimbă, trecând spre identitatea unui personaj dintr-un scenariu fictiv. În cazuistica urmărită de EASE esențialul se petrece în direcția unei pierderi a identității, fără mutație. Autorii scalei subliniază de altfel opțiunea lor față de versiunea bleuleriană a schizofreniei, centrată pe dezorganizarea autistă, în care delirul e ceva secundar.

Simptomatologia deficitară a psihozelor derivă din procesul de depersonalizare, coborând însă în spatele dezorganizării și delirului, pe care le pot însoți în procesul schizofreniei. E vorba de o depersonalizare devitalizantă și anonimizantă care nu rareori, dezvoltă în manieră cvasidelirantă însăși metamorfoza depersonalizantă a corporalității.

APERSONALIZAREA ANONIMIZANTĂ ȘI DEVITALIZANTĂ

Sass și Parnas propun, în perspectivă fenomenologică, ca „tulburarea generatoare” în schizofrenie să fie considerată o reducere a asertivității sinelui însoțită de hiperreflexivitate. În esență este vorba de o depersonalizare anonimizantă, autoanalitică. Trimiterea clinică e la caracterizarea lui Bleuler a schizofreniei prin autism – ambivalență, reducerea asociației de idei, anafectivitate, asociabilitate – iar cea psihopatologică îi invocă pe Minkowski și Blankenburg. Bleuler considera că delirul halucinator și paranoia sunt fenomene secundare, rezultate din tulburarea primară a fragmentării psihice („spaltung”). De aici ar urma că formele clinice specifice ar fi cele dezorganizant deficitare de tip hebefren. Minkowski cultivă de asemenea ideea unei schizofrenii în esență neparanoidă. Selectând cazuri predominant schizo-obsesive el pune accentul pe deficitul „elanului vital”, din care rezultă „raționalism morbid, geometrizarant” și „acte autiste”. E deschisă astfel calea spre o cazuistică marginală clinicii psihotice la care predomină o ideea abstractă ruminativă și un comportament apragmatic, motivat de principii rigide. Astfel de cazuri în care delirul și dezorganizarea incoerentă nu sunt în prim plan, cazuri „paucisimptomatice și de model heboid”, l-au preocupat și pe Blankenburg, autor german care a comentat la un caz celebru „pierderea axiomei cotidianității”: pacientul rămâne abulic și ruminativ, lipsit de spontaneitate pragmatică, hiperreflexiv.

Caracterizarea tulburării generatoare a schizofreniei prin reducerea autoafirmării și hiperreflexivitate, menționează un aspect explicit deficitar și altul ce se manifestă printr-o exagerare dezadaptativă a autocontrolului. Deficitul de autoafirmare poate fi regăsit la contemporanul lui Kraepelin, Bertze, care indica drept tulburare de baza în schizofrenie „slăbiciunea eului”. Pierderea elanului vital al lui Minkowski este și ea o stare deficitară. Ambele caracterizări sunt însă destul de vagi. La mijlocul secolului XX, în Franța, Dide și Guiraud au formulat, de asemenea, ideea unui deficit specific în schizofrenie, constând din simptomatologia negativă a lipsei de spontaneitate, energie vitală, afectivitate etc., pe care au etichetat-o prin neologismul „atimhormie”. Proiectul școlii din Bonn, prin utilizarea instrumentului BSASB, a înregistrat și cuantificat, ulterior destul de amănunțit un astfel de deficit, pentru cazuri considerate ca vulnerabile sau prodromale în raport cu schizofrenia. Fiind vorba însă de manifestări subclinice, acestea apar ca având o legătură indirectă cu simptomatologia deficitară propriu zis clinică a bolii. Un aspect aparte constă în includerea sentimentului de astenie, însoțită de cenesopatii și sensibilități senzoriale particulare. Tradițional, neurastenia a fost considerată o nevroză derivată din (auto)suprasolicitare, ulterior acceptându-se și constituții astenice. Școala din Bonn plasează fenomenul astenic la limitele deficitului schizofren, fiind înregistrat și în stările defecte. Alt aspect particular e legătura cu deficitul capacității de prelucrare a informației, fapt invocat constant de cognitivism.

Scala EASE a școlii din Copenhaga corelează explicit simptomatologia deficitară a persoanelor predispușe către schizofrenie cu cea tradițională a depersonalizării. Dar, într-o altă variantă decât cea în care aceasta se întâlnește în tulburările

disociative și în depersonalizarea ce duce la delir. Tulburarea ar putea fi etichetată în aceste cazuri ca o apersonalizare anonimizantă. Se profilează astfel o poziționare a simptomatologiei deficitare a psihozelor – a schizofreniei, în conformitate cu tradiția – în direcția unui deficit a structurii identitare a subiectului.

Sinele apare deficitar în caracteristicile prin care se asigură sentimentul de „apartenență” la sine a unor trăiri proprii, care sunt „specific ale sale”, care emerg dintr-un nucleu al originalității și unicității persoanei, asigurând „agenția”, spontaneitatea emergenței din sine a propriilor gânduri, opinii, intenții, proiecte. Toate acestea se aplatizează pe parcursul procesului schizofren subiectul resimțindu-se – și devenind efectiv – un anonim.

Chenar 77

Depersonalizarea și doctrinele antropologico-sociologice și filosofice ale secolului XX

În cursul secolului XX s-au dezvoltat o serie de doctrine socio-politice polarizate între liberalismul democratic și socialismul totalitarist, cu puncte de vedere uneori diametral opuse, în ceea ce privește valorizarea individului și persoanei umane, care au ridicat problema alienării și depersonalizării. Psihosociologia a comentat „psihologia maselor” care de-diferențiază specificul individual al fiecărui om. La fel, „instituționalismul”, internarea prelungită a persoanelor într-o ambianță hiperstandardizată, constituie o condiție psihică nivelatoare. Faptul a fost adus în discuție mai ales în legătură cu închisorile, lagărele de concentrare și spitalele de psihiatrie. Analizele documentate ale funcției depersonalizante pe care o are existența monotona și substimulativă din azile, a susținut cu argumente faptice mișcarea de desinstituționalizare a suferinșilor psihici.

Tot în secolul XX, unele doctrine ideologico-filosofice au comentat tema alienării omului în societatea modernă. Marxismul a vorbit de alienarea muncitorului printr-o muncă ce-l înstrăinează de produse, în cadrul societății capitaliste. Personalismul a comentat – prin Gabriel Marcel de exemplu, – alienarea omului care se orientează spre „a avea” în loc să tindă spre „a fi”. Existențialismul a dezbătut și el aspectele existenței „neautentice”, care se pierde în impersonalul repetiției monotone a existenței zilnice, fără orizont și lipsit de „autenticitatea” trăirilor.

Depersonalizarea comentată în cadrul ideologiilor secolului XX nu s-a referit la psihopatologie. Aceste dezbateri au subliniat însă faptul că individul uman, înțeles ca persoană, e dimensionat în mod natural printr-o unicitate specifică, prezentă în fiecare om. Această idee a fost susținută și de către antropologia creștină și de doctrinele personaliste. În universul psihopatologiei, C.G. Jung a elaborat o doctrină care susținea că, de-a lungul cursului vieții persoana urmează să se adâncească treptat în specificitatea sa spirituală, în căutarea unicității „sinelui” propriu, printr-un proces de „individuație”. În prezent problematica unicității fiecărei persoane umane e abordată în cadrul filosofiei minții, odată cu tematica sinelui.

„Anonimizarea” persoanei e o variantă a tulburării depersonalizante, diferită de cea disociativă din sd. Dep/Der st. și de cea care conduce la „schimbarea” identitară ce o resimte delirantul „vrăjit”, ce intră într-o lume de ficțiune, ca personaj aparte.

Pierderea identității este acum mai ales rezultatul fragmentării dezorganizante a sinelui, care face să se prăbușească arhitectonica identitară a eului, organizată printr-un centru activ și autodeterminat, prin limite ce permit o identitate subiectivă și obiectivă și printr-o continuitate identitară biografică. Cercetările recente din Bonn și Copenhaga au sugerat însă că și în afara dezorganizării și a delirului marcat de SRP poate fi identificată o direcție de patologie depersonalizantă/

anonimizantă (Dep/Anon) ce ar putea fi pusă la baza atât a SPR cât și a dezorganizării și simptomatologiei negative. Faptul incită la studierea mai atentă a variantelor Dep/Anon nepsihotice, dincolo de stările disociative. Faptul e posibil, pe lângă cazuistica specifică pe care autorii acestor școli au decupat-o și la nivelul tulburărilor de personalitate. În multe din acestea atât centrul cât și limitele sinelui personal se relaxează, așa cum s-a comentat (în Capitolul 8). De asemenea, această invitație reactualizează interesul doctrinelor antropologico-sociologice și filosofice în direcția standardizării anonimizante a persoanei umane. De-a lungul secolului XX a existat efectiv o preocupare a intelectualilor pentru acele condiții care presează omul concret și real în direcția de a-l transforma într-un anonim, care-și pierde capacitatea de a fi autonom și original, de a fi el însuși, de a fi „cineva anume” (Chenar 76).

Revenind la preocupările școlii din Copenhaga se mai cere comentată observația acesteia privitoare la hiperreflexivitate, pe care o postulează ca o caracteristică a cazuisticii predispușe și prodromale schizofreniei. Hiperreflexivitate care diferențiază această cazuistică de cea a autismului superior. Problemele sunt atât cazuistice cât și doctrinale. Oricum, problema hiperreflexiei în schizofrenie nu poate fi ocolită.

Din punct de vedere cazuistic, hiperreflexia e sugerată de cele prezentate și comentate în lucrarea princeps a lui Minkowski (1999) privitoare la schizofrenie și raționalismul morbid. Dar, aici erau invocate predominant cazuri schizo-obsesive. Dacă acest fapt nu este ignorat, atunci se deschide o cale și pentru problemele doctrinare, care în comentariile lui Parnas și Sass apar puțin prea speculative. În EASE și în doctrina ce susține acest proiect, se acceptă o „reflexivitate primară”, caracteristică sinelui, înaintea experimentării și relaționării cu lumea și alții. Deci, în termenii fenomenologiei lui Husserl, la un nivel „prereflexiv”. Opțiunea a fost criticată de o serie de autori între care Mishara (2014). Acesta, atât pe baze doctrinare cât și prin cercetări testologice, susține că reflexivitatea rezultă din relaționarea cu alții, din cooperarea și reflectarea reciprocă a subiecților la nivelul instanței meta-reprezentationale.

Problema reflexivității primare sau secundare e dificil de tranșat univoc, deoarece există argumente în ambele sensuri. Reflexivitatea prin oglindirea în altul – așa cum o formulează Stern (1985) – e strâns intricată cu atașamentul, introjectarea imagoului altor persoane și relaționarea intrapsihică, acestea putând fi preconștiente (inconștiente, în ipoteza psihanalitică clasică a lui Freud). În perspectiva transmiterii transgeneraționale a atașamentului, imagoul figurilor de atașament sunt considerate ca prezente în structura metareprezentatională a fiecărui subiect, sprijinind astfel o reflexivitate interioară prin „ceilalți ce se află în sine” (Main, 1995).

Reflexivitatea primară se corelează cu conceptul sinelui încorporat (*embodied self*), dezvoltată la nivelul intersecției dintre psihoneurologie și fenomenologie, cu invocarea psihologiei dezvoltamentale și evoluționiste. Printre părinți sunt evocați autori ca Varela (1991), Damasio (1995), Pankseep (1998, 2003), Gallanger (2005). Problema e reluată recent de Gallese (2014). Se consideră că structurile cerebrale ale creierului uman au ajuns, filogenetic, să fie astfel organizate, încât să favorizeze:

- contactul preferențial și asimilarea prin atașament a altor persoane umane;
- însușirea limbajului natural purtător de semnificații și suport al narativității;
- un mod particular, complex, de autocontrol și referință la sine, în cadrul raportărilor la lume.

Acest autocontrol ar sta la baza reflexivității. Dar autocontrolul se manifestă prin percepție, prin comerțul cu alte persoane și prin acțiune. Întreagă această relaționare e fundată în spontaneitatea de relaționare și acțiune controlată a creierului. Hiperreflexivitatea patologică ar deriva din exagerarea autocontrolului, în condițiile unui deficit al raportării asertive.

Funcția de control, abordată din perspectiva raportării active, corporale, la situații și a autocontrolului, nu poate fi însă rezumată la varianta sa deficitară extremă. Auto-controlul se regăsește în psihopatologie într-o variantă manifestă dar nu excesivă, în obsesionalitate. Acest fapt sugerează, așa cum intuia Minkowski, că fenomenul se manifestă predominant la acea zonă a schizofreniei care se intersectează cu obsesionalitatea.

În normalitate autocontrolul apare evident în derularea funcțiilor executive, deoarece evoluția unui act spre realizarea scopului are nevoie în permanență de informații inverse atât privitor la implicarea propriului corp în acțiune, cât și la nivelul de apropiere de final, pentru managementul strategiilor elaborate. Se conjugă astfel controlul propriului sine corporal ce acționează, pe de o parte; și, controlul situației, pe de alta. Un control special al situației e prezent deja în tensiunea anxioasă a individului ce se află într-un teritoriu necunoscut, potențial periculos. Obsesia ordinii și ordonării ar putea fi și ea derivată din nevoia de a avea sub un control strict și permanent ambianța fizică proprie. De fapt, o caracteristică a persoanei obsesive menționată și în DSM-5 e preocuparea constantă de a controla totul: situația în care se află, relațiile cu alte persoane, propriile emoții și pulsuni; și, mai ales, comportamentul. Un aspect esențial al funcțiilor executive este controlul permanent al progresiei spre scop. În mod normal, în conformitate cu derularea F.E., atenția celui ce acționează se concentrează pe derularea strategiilor implementate și înlăturarea „zgomotelor” ce o perturbă. Restul se derulează spontan, cvasiautomat. Intervine desigur, la periferie, la nivelul „inconștientului implicit”, funcția atenției selective (f.i.a.) care ordonează automat ceea ce e esențial și ceea ce e neimportant în informația receptată, inclusiv în cea implicată în execuție. Frith a ridicat de mai mult timp problema că în psihopatologie modul de funcționare la nivelul „inconștientului implicit” devine deficitar, controlul periferic intrând în vizorul atenției voluntare. Subiectul e solicitat să delibereze pentru aspecte ale derulării acțiunii care, de obicei, se realizau cvasiautomat, printr-o sinteză periferică. Faptul devine evident clinic în obsesionalitate.

Patologia obsesivă se caracterizează printr-o trăire egodistonă, subiectul fiind invadat de trăiri nedorite pe care ar dori să le înlătore. Atenția reflexivă față de ceea ce izvorăște din sine, devine permanentă. Pe de altă parte, la nivelul personalității obsesive psihastene, autocontrolul comportamental hiperreflexiv se articulează cu indecizia, hiperelaborarea de proiecte, dificultatea trecerii la act.

Trecând acum de la obsesionalitate și cazuistica schizo-obsesivă la schizofrenia propriu-zisă, în primul rând la cea deficitar dezorganizantă, hiperreflexia poate fi realmente constatată și incriminată, cel puțin în unele cazuri. Psihopatologi de orientare fenomenologică, așa cum este de exemplu Fucs, argumentează că starea psihopatologică din schizofrenie face ca atenția să fie acordată aspectelor banale

ale vieții, care de obicei decurg spontan și automat. Ea se poate accentua până la nivelul la care actul de a delibera devine obiectul unei atenții analitice exagerate. Extinderea fenomenului până în aria însăși a actului de percepere și de elaborare a propriei ideții, conduce la blocaj abulic. Hiperreflexia grevează acțiunea și înțelegerea, astfel încât nu mai pot fi înțelese „axiomele vieții cotidiene”. Apato-abulia schizofrenă se manifestă în unele cazuri de schizofrenie simplă, pauci-simptomatică, cu menținerea unei bune lucidități reflexive și autosesizarea acestui deficit, al neînțelegerii aspectelor banale, firești ale comportamentelor zilnice; și a lipsei unei spontaneități de a adera și a practica manifestările obișnuite. Asupra acestei cazuistici a atras atenția Blankenburg (1971), iar problema a fost și este comentată și în prezent de fenomenologi. În prezent se poate considera că perturbarea „axiomelor vieții cotidiene” este corelată cu o perturbare a coerenței centrale, cu dificultatea de configurare a ansamblurilor și atenție exagerată acordată detaliilor. Trăirile din dispoziția delirantă s-ar produce la conjuncția dintre acești factori, la care se adaugă cel depersonalizant, al pierderii familiarității.

Chenar 78

Perturbarea „axiomelor vieții cotidiene”

Cazul Anne a lui Blankenburg (după Brome, 2012)

Într-un studiu publicat în 1968, psihopatologul fenomenolog, Blankenburg abordează „psihopatologia simțului comun” în schizofrenie. Considerând, în tradiția lui Bleuler că specificul acestei patologii îl constituie tulburarea fundamentală a autismului și nu delirul, autorul comentează faptul că „simțul comun” este o caracteristică esențială a psihismului uman, sesizată din antichitate și invocată constant de psihologia teoretică (filosofică) a Europei, din Renaștere (Vico) la Kant și trecând prin filosofia scoțiană, până în secolul XX (Husserl, Heidegger, Gadamer). Este vorba de capacitatea practico-teoretică a subiectului de a evalua ce e esențial și important într-o situație și de a se comporta în consens cu manifestările celorlalți, integrându-se astfel în comunitate. Subiectul testează situația, înțelege ce e relevant și evident și se comportă cu măsură, cu tact. Cazul pe care-l comentează cu precădere, afirmă:

„Ceea ce îmi lipsește este ceva foarte mic...” în lucrurile cotidiene cele mai simple am nevoie de susținere... îmi lipsește, desigur, evidența naturală... fiecare ființă umană trebuie să știe cum să se poarte... lucrurile vieții obișnuite îmi sunt străine. De exemplu spălatul, trebuie să fac un mare efort voluntar ca să înțeleg de ce trebuie să mă spăl, să mă îmbrac, să mănânc... simt că nu am nici un punct de vedere și trebuie să cer părerea despre orice... nu găsesc limite pentru nimic... nu pot fi naturală, nu pot trăi ca alții...simt doar vid și neant, e ca și cum ar fi tăiate legăturile cu alții... parcă sunt o fațadă în spatele căreia nu e nimic... nimic din ceea ce fac nu pare real... nu simt nimic... nimic nu-mi pare evident...”

Blankenburg subliniază că astfel de cazuri sunt rare (el a selecționat 5 cazuri mai caracteristice ale unui grupaj de 27 adunate după o serioasă căutare). Autorul face trimitere la patologia obsesivă în care situațiile banale cad sub incidența îndoielii, nesiguranței, verificării; și la gândirea „hiperincluzivă” în care se pierde abilitatea de a distinge între ceea ce e relevant și irelevant.

Cazuistica de tipul celei invocate de Blankenburg poate fi comentată în prezent și din perspectiva deficitului filtrului informativ și a unei funcții generale a coerenței centrale. Ea aduce însă în discuție și absența „sentimentelor existențiale” prin care subiectul să se simtă atașat de lume, acordat cu ea. Și, mai ales, depersonalizarea deficitară, anonimantă.

Parnas invoca hiperreflexia în manifestarea unor simptome din SPR, precum cunoașterea și controlul gândurilor. În aceste cazuri hiperreflexia se cere însă articulată cu o tulburare de „desimplicare”, care reprezintă un domeniu specific al deficitului psihic (așa cum s-a comentat în capitolul 6).

În EASE se are în vedere o reflexivitate primară, care nu derivă din reflectarea lumii exterioare și a altora. Această ipoteză ar putea fi eventual acceptată, considerându-se că deficitul psihotic, ce duce în schizofrenie la deteriorarea relaționării de tip atașament intim cu alții, blochează și procesul natural de oglindire, pe care subiectul îl trăiește prin contactul cu ceilalți. Acest flux fiind întrerupt, reflexivitatea primară se amplifică, conducând la acea repliere atențională pe sine care inhibă și mai mult spontaneitatea gândirii și inițiativelor, în cadrul unui cerc vicios.

Acest model al hiperreflexivității își poate avea locul său în simptomatologia negativă a psihozelor, a schizofreniei. Este însă dificil de a-l impune ca model general de patologie. El atrage însă atenția asupra faptului că deficitul schizofren, reducerea majoră a capacității psihice de a cuprinde multiplicitatea și varietatea trăirilor în coerența unei sinteze cu sens, are în spate un proces reflexiv natural, firesc și continuu. Iar una din fețele acestuia, este autoreflexivă. Doar prin aceasta e posibilă autoevaluarea, întrebările pe care orful și le pune sie-și, conflictul cu sine și, întrebarea cvasifilosofică, privitoare la sensul propriei existențe.

Caracterizarea persoanei umane ca ființă conștientă, are la bază reflexivitatea, cu cele două aspecte ale sale: reflectarea lumii și reflectarea de sine. Psihopatologia, prin experimentul natural al deficitului său, ne aduce în lumină infrastructura persoanei conștiente.

CAPITOLUL 12

PSIHOZA ÎN PERSPECTIVA CLINICII PSIHIATRICE ȘI A ANTROPOLOGIEI GENERALE

PARTICULARITATEA METODOLOGICĂ A DEPISTĂRII ȘI STUDIERII PSIHOZELOR

Diagnosticarea, tratarea și studierea psihozei ridică probleme metodologice speciale. Conceptul de psihoză nu are o definiție explicită, precisă, el fiind atribuit unor cazuri ce au un anumit diagnostic psihiatric categorial, o anumită intensitate a simptomatologiei și particularități fenomenologice speciale. Noțiunea de psihoză s-a decantat în raport cu cazuistica azilară din secolul XIX. În secolul XX, când era de obicei polarizată cu nevroza ce beneficia de psihoterapie ambulatorie, psihoza, ca diagnostic, era atribuită tot cazuisticii care necesita spitalizare. Cu alte cuvinte, acelor suferinzi pe care comunitatea îi resimțea ca dezinserați din colaborarea firească în cadrul vieții de zi cu zi ce presupune un suficient acord comunitar în „testarea realității”. Adică, era atribuită oamenilor ce trăiesc o „decontextualizare” anormală, intrând într-o lume aparte, din care nu se mai pot întoarce firesc în lumea vieții cotidiene. Acest fapt indică o situație specifică. Primele persoane care sesizează – și deci diagnostichează – cazuistica psihotică, nu sunt psihiatri. Ci oamenii obișnuiți, fie că aceștia sunt mai familiari cu pacientul, fie ca sunt simpli cetățeni. Specialistul intervine doar în a doua fază, raportându-se la persoanele ce au fost preselecate de simțul comun, cărora le formulează un diagnostic oficial în raport cu sistemul nosologic nosografic (s.n.n.) al psihiatriei și cunoștințele existente la un moment dat. Deoarece filtrul simțului comun este cel ce detectează patologică psihotică, este firesc să se considere că psihoza alterează coordonatele acestuia relevându-le infrastructura. În a doua jumătate a secolului XX fenomenologia a implicat explicit simțul comun în analiza schizofreniei. Din punct de vedere metodologic se cere însă coborât până la Psihopatologia Generală publicată de Jaspers în urmă cu 100 ani, la conceptul de incomprehensibilitate psihică introdus cu această ocazie.

Incomprehensibilitatea stărilor psihotice pe care o postula Jaspers presupunea comprehensibilitatea pentru un subiect a manifestărilor celorlalți oameni, chiar dacă ele sunt exagerate. La baza acesteia, Dilthey și Jaspers puneau în primul rând empatia, capacitatea de a te transpune în starea sufletească a altuia. Iar în al doilea rând o hermeneutică spontană, care intră în joc și operează înțelegerea sintetică a manifestărilor umane percepute.

Aceste două aspecte erau considerate ca prezente la omul natural. Prin acest demers, fiecare om matur și nepsihotic (sau dement) poate fi considerat ca un instrument de detectare a normalității. Dar ce stă la baza normalității omului normal?; la baza întristării sale în caz de doliu, a capacității sale de a se dezinhiba euforic într-o sărbătoare?; de ce e preocupat el de sănătate și de fidelitatea partenerului, cum se petrece sinteza deciziei în problemele zilnice și cea a creației?

Psihologia și psihopatologia comprehensivă a lui Jaspers nu a operat pe modele ale psihismului uman și ale universului cultural în care acesta se afirmă. Psihologia și psihopatologia cognitivă din ultimul timp, alături de alte doctrine, încearcă să apeleze la modelări, inclusiv pentru stările psihopatologice considerate ca derivând din cele normale, în cadrul experimentului natural al tulburării. Această tentație a modelării, deși euristic s-a dovedit fertilă, se plătește prin simplificarea și standardizarea fenomenelor umane.

Psihopatologia se află în situația de a încerca să mențină și să dezvolte modele, modelări, menținând în același timp o largă comprehensiune a psihismului uman.

PSIHOZA ÎN CONTEXTUL PRACTICII MEDICALE ȘI A METODOLOGIEI ACESTEIA

Din punct de vedere metodologic se cere făcută o distincție între realitatea tulburării mentale și lectura ei într-o socio-cultură. Se poate imagina o societate în care nu există nici un psihiatru calificat și nici o instituție medico psihiatrică abilitată, dar există persoane cu manifestări tipice delirant halucinatorii, maniacale sau schizofrene. Sosirea specialiștilor și înființarea instituțiilor în urma unei inițiative OMS nu schimbă realitatea stărilor psihopatologice dar permite depistarea, diagnosticarea și tratarea lor, raportarea în plan internațional a prevalenței unui fenomen patologic. În aceeași perspectivă a depistării, diagnosticării și tratării fenomenelor psihopatologice ar putea fi comparată Europa de la începutul secolului XIX cu cea de la începutul secolului XX și XXI. Aceste perspective scot în evidență faptul că pe lângă existența „faptului natural” („natural kind”) al tulburării psihice există și un filtru socio-cultural, care introduce o metodologie specifică în lectura acestor tulburări, transformându-le în „cazuri”. În prezent nu putem discuta problematica psihozei fără cea a cazuisticii psihotice.

Așa cum s-a menționat, noțiunea de psihoză s-a impus în cadrul psihiatriei azilare din secolul XIX. Ea s-a menținut întreg secol XX, eticheta de „psihotic” fiind atribuită predominant cazurilor de „intensitate clinică”, pentru care se recomanda internarea. Psihiatria a devenit o ramură a practicii medicale instituționalizate, respectând coordonatele acesteia. Instituțiile terapeutice gravitează în jurul spitalului, chiar dacă în ultimul timp s-au dezvoltat destul de multe forme de terapie semi-ambulatorie, ambulatorie și comunitară. Formarea specialiștilor ce lucrează în domeniul sănătății mentale se realizează prin instituțiile și formele de învățământ universitar și preuniversitar, ca în orice ramură a medicinei. Pentru ansamblul

practicii medico-psihiatrice e necesară o referință la un sistem nosologic nosografic (s.n.n.) recunoscut comunitar, care să ghideze diagnosticul, practica terapeutică, statistica, învățământul, cercetarea, prevenția. În prezent s.n.n. funcționale în plan internațional sunt ICD-10, care prezintă lista oficială a bolilor recunoscută de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) și DSM-5, manualul de diagnostic oficial al Asociației Psihiatrice Americane. Manualele de diagnostic au ca elemente de bază entități delimitate categorial și grupate în clase, după anumite criterii. Circumscrierea categoriilor nosologice în ICD-10 și DSM-5 se bazează pe definiții operaționale prototipice, în care sunt indicați un număr de itemi dintre care un minim trebuie să fie prezenți pentru un diagnostic pozitiv. Manualele stabilesc și criterii de excludere, specificatori ai formelor clinice și ai modelelor evolutive. Principiul categorial acceptă un diagnostic multiplu în sensul comorbidităților. Tendința actuală exprimată în DSM-5, este să se accepte în subsidiar și principiul dimensional, între categorii și între acestea și normalitate. Faptul corespunde doctrinei spectrelor. Dar aceasta nu poate fi aplicată integral de un manual de diagnostic deoarece nu poate include ca și „caz” patologia sublinică, cea prodromală sau cea care semnalează vulnerabilitatea.

Un s.n.n., inclusiv cel al psihiatriei, are anumite reguli de constituire și grupare a entităților pe care le ordonează, în conformitate cu principiile unei științe a sistematizării. Faptul presupune o ordonare ierarhică, denumiri ale claselor și entităților, glosar de termeni, anexe explicative, instrucțiuni de aplicare etc. Așa cum s-a precizat, în DSM-5 psihozele sunt în principiu prezentate în Capitolul 2, împreună cu schizofrenia, sub titlul generic: Spectrul schizofren și alte tulburări psihotice. În acest capitol sunt precizate cele cinci sindroame ce sunt considerate „psihotice”: delir, halucinații, dezorganizare ideo-verbală și comportamentală și simptome negative. Tulburări ce pot fi calificate adjectival ca „psihotice” se întâlnesc însă și în alte capitole, mai ales în cele referitoare la tulburările condiționate prin uzul și abuzul de substanțe psihoactive și prin condiții medicale generate de suferințe cerebrale. O problemă aparte o constituie, în sistemul DSM-III-5, despărțirea efectuată între patologia schizofrenă/delirantă (halucinator dezorganizantă) care e etichetată ca psihotică și cea care e centrată de tulburările dispoziționale, bipolare și depresive. Înainte de a comenta această problemă și în general felul în care e abordată psihoza în psihiatria actuală, se cere avut în vedere ce se înțelege în modelul medical prin „caz”.

Un caz medical – deci și unul psihiatric – este un fenomen care este identificat punctual; cel al unui om, la care se aplică criteriile necesare pentru diagnosticarea unei categorii nosologice, definită și numită (inclusiv numerotată) în s.n.n. Până la un punct situația poate fi comparată cu cea a cazului juridic: în justiție, un eveniment produs de o persoană devine „caz juridic” doar dacă e identificat de instituțiile competente ca încadrându-se în anumiți parametri care încalcă norme definite. Cazul psihiatric se referă deci la identificarea prezenței unei tulburări și nu la omul care suferă tulburarea respectivă. Acest fapt este explicit precizat în DSM-IV-TR în care, comentarea tulburării psihice recomandă: „se va formula că X **are** o tulburare (schizofrenă, addictivă etc.) și nu că **este** un schizofren, addictiv” etc. Această trimitere la abstracția bolii permite studierea ei după modelul inductiv statistic al

științelor fizico-biologice, în concordanță cu o anumită direcție a dezvoltării cunoașterii medicale. În universul științelor fizico-matematice această metodologie de cercetare inductiv empirică a fost însă dublată de referința la un plan al teoriei științifice, care are o proprie structură logico-matematică, cu un limbaj specific și un nucleu axiomatic; astfel încât, cercetarea a devenit în această arie a științelor inductiv/deductivă. Cercetarea cazuistică medicală, inclusiv cea psihiatrică, nu se înscrie însă în acest orizont. În schimb, cercetarea cazuistică din psihiatrie/psihopatologie, prezintă o deschidere spre direcția „cazului tipic ideal”, ce a fost propusă și promovată la începutul secolului XX în științele umane.

Cazul tipic ideal a fost sugerat în științele umane la începutul secolului XX în primul rând pentru evenimentele istorice, care au caracteristici de unicitate. În sociologie el a fost introdus de Weber iar în psihopatologie el a fost propus de Jaspers. E vorba de prezentarea detaliată a unui caz pregnant, caracteristic pentru un domeniu, care „luminează” o problematică, ajută pe alții să o înțeleagă și să o descifreze. Metoda prelucrării statistice nu se mai aplică acestor cazuri. Ele pot însă orienta spre redactarea unor „cazuri robot”, cazuri „prototip” sau „exemplu” ce pot fi un bun ghid didactic, fiind utile pentru cercetare. Referința la cazul ideal se menține și în psihopatologia actuală (Schwartz, 1987).

Metodologia cazului tipic ideal are deschidere nu doar spre cazurile istorice și biografice. Cazurile juridice de referință, ce se impun în cadrul jurisprudenței, reprezintă și ele un ghid important într-un domeniu practico-teoretic ce are destul de multe afinități cu medicina psihiatrică. La fel pot fi considerate „exemplele” didactice utilizate în educație. Precum și diagnosticele caracteriologice, care sunt în mare măsură date literaturii românești, de ficțiune. Cea mai importantă referință pentru diagnosticul unui caz psihiatric o reprezintă însă biografia, mai ales atunci când utilizează și date autobiografice. La acest nivel se evidențiază din nou unele similitudini între cazul psihiatric și cel juridic, ambele având nevoie de un „dosar”, în care sunt înregistrate și interpretate date privitoare la manifestările unei persoane. Referința la biografie aduce în discuție și tema specială a fenomenologiei, în sens de trăiri subiective și de autoprezentare prin prisma subiectivității. Fenomenologia pretinde însă un comentariu special în cazul aplicării ei la psihopatologie. În prezent, psihiatria combină cercetarea cazuistică statistică cu prezentările și analizele de caz. O variantă până la un punct intermediară a fost sugerată de ICD-10 prin introducerea Codurilor Z, specificatori care indică situații și probleme de viață mai aparte apărute la un caz pe parcursul biografiei. DSM-5 a preluat și el, opțional, acest sistem. Dominante rămân însă cercetările bazate pe diagnostice categoriale prototipice.

DIRECȚII DE ABORDARE CLINICĂ ACTUALĂ A PSIHOZEI

În ultimele două decenii pot fi identificate trei direcții importante de abordare a problematicii psihozei: concepția „spectrului tulburărilor psihotice”, studierea „primului episod de psihoză” și a terenului pe care acesta apare și tema „continuumului psihotic”.

• **Pentru prima direcție de abordare menționată mai sus**, e semnificativă o carte apărută în 2007: D. Fujii, I. Ahmed (Eds.) „The Spectrum of Psychotic Disorders”. Circumscrierea psihozei făcută de autori, în Prefață, e următoarea: „Psihoza e o stare în care individul experimentează o severă deconexiune față de realitate. Simptomele cele mai comune sunt delirul și halucinațiile. Alte simptome sunt cele negative: aplatizarea afectivă, alogia, avoliția: dezorganizarea vorbirii și a comportamentului; catatonie”. În continuare, autorii urmăresc descrierile din DSM IV TR care diferențiază între tulburările psihotice primare și secundare; și constată că „psihoza” nu are nici o specificitate în toate aceste tulburări, nici măcar în schizofrenie.

Capitolele tratează despre: **Tulburările psihotice primare**: schizofrenie; schizofrenie la copii și adolescenți; schizofrenie la vârstă înaintată; tulburare schizo-afectivă; tulburare schizofreniformă și tulburări psihotice scurte; tulburare delirantă; **Tulburările afective**: psihoză în tulburarea bipolară; psihoză în depresia majoră; **Tulburări neurologice de dezvoltare și genetice**: psihozele în dizabilitățile intelectuale; sindrom velo-cardio-facial; psihoză în autism; **Tulburări ale sistemului nervos central**: tulburări psihotice cauzate de traumatismele cerebrale; psihoze tip schizofrenie în epilepsie; psihoze ce urmează accidentului vascular; psihoze la pacienții cu tumori cerebrale; psihoze secundare infecțiilor; psihoze secundare bolilor inflamatorii și demielinizante; **Abuzul de substanțe și medicamente**: psihoze induse de cannabis; cocaina; metaamfetamină; psihoze induse de medicație; **Tulburări neurovegetative**: psihoze secundare bolii Alzheimer; demență cu corpi Levy; boală Parkinson; **Deprivare senzorială**: psihoze asociate cu deprivarea senzorială.

Lista ar fi putut continua cu „psihozele reactive” descrise inițial de Jaspers și Dimmer și susținute multă vreme de autorii scandinavi, cu vechile „psihoze histerice” – sau „disociative” –, cu „psihozele cu specific transcultural” ș.a.m.d. Abordarea autorilor e categorială, centrată pe episoade psihopatologice. În cadrul tulburărilor psihotice primare sunt menționate formele schizo-afective și afectiv delirante; dar nu se discută problematica unui „continuum psihotic” sau „psihoza unică”. De asemenea, nu e comentată cazuistica ce prezintă longitudinal episoade diverse, fapt pe care clinica îl înregistrează frecvent mai ales după debutul cu psihoză acută (scurtă și tranzitorie).

Ipoteza autorilor este de a examina „psihoza” ca un „sindrom neurobiologic” similar cu afazia și apraxia. Structurile cerebrale afectate ar include: axa fronto-striatal-talamic-cerebeloasă; precum și axa frontostriatal-hipocampică și mai ales proiecțiile dopaminergice în aceste arii. Alterarea semnificativă a acestor circuite prin orice mijloc, drog, boală organică, traumatisme sau schimbări în dezvoltarea normală a creierului ar conduce la apariția simptomelor psihotice. Autorii sunt adepții concepției diateză/stress. Dacă există o predispoziție, o vulnerabilitate crescută a acestor zone cerebrale, psihoza poate apărea, în perioadele critice ale dezvoltării, fără prea multe injurii. Dacă vulnerabilitatea e mică, ea apare în urma unei afectări a circuitelor menționate, condiționate de unele leziuni sau noxe mai mult sau mai puțin importante.

Concepția prezentată de Fujii și Ahmed nu este una izolată. Tsuang *et al.* (2003), comentând conceptul de schizofrenie, scriau: „Psihoza a fost mult timp

considerată ca necesară pentru diagnosticul schizofreniei. Este ea, oare, specifică schizofreniei sau e doar un indicator nespecific al severității bolii mintale? O multitudine și o varietate de dovezi susțin ultima perspectivă. Este clar că psihoza nu e specifică schizofreniei și nici măcar tulburărilor psihice. Ea poate fi prezentă în tulburări neurologice, indusă prin substanțe toxice sau stări dismetabolice. Nici simptomele de prim rang ale lui Schneider nu sunt specifice schizofreniei. O serie de studii de analiză factorială demonstrează că identificarea psihozei și măsurarea intensității ei în schizofrenie nu diferențiază această boală de alte forme de patologie psihică în care ea apare. Similaritatea simptomelor psihotice în diferite tulburări presupune o bază fiziopatologică proprie... Psihoza e un indicator nespecific, e o „febră a severității bolii mintale...”. Și autorii conchid că specificul schizofreniei constă nu în psihoza prin care ea se evidențiază, ci în „schizotaxie”. Ar fi în joc două diagnostice necesare: cel de schizotaxie; și cel de schizotaxie + psihoză = schizofrenie.

Adepii spectrului tulburărilor psihotice sugerează că s-ar putea vorbi de un domeniu specific de patologie în care, deși entitățile maladive se mențin categorial, există ceva comun: psihoza. În clinica psihiatrică există aspecte semiologice – așa cum e anxietatea și depresia – care au o largă răspândire printre celelalte categorii, deși au și o patologie categorială specifică. Variante de intensitate redusă a tulburărilor bipolare se pot întâlni de asemenea ca și comorbide cu multe alte tulburări. La fel, stări psihopatologice ca deliriumul și deteriorarea cognitivă sunt variat condiționate de cauze organice cerebrale.

În cazul tulburărilor psihotice, considerate tradițional ca apropiate de schizofrenie – împreună cu care sunt comentate în DSM-5 – comentariile nu insistă explicit asupra prezenței lor în multiple categorii. Această prezență e însă observată și înregistrată, astfel încât DSM-5 menționează eventualitatea stărilor psihotice nu doar în tulburările dispoziționale toxice și organice ci și la tulburarea de personalitate și în unele cazuri din spectrul obsesiv compulsiv. Considerarea legăturii dintre simptomatologia psihotică și disfuncția unor structuri și circuite cerebrale nu poate fi ușor ignorată. Problema care rămâne deschisă studiului este însă nu doar a „afectării” unor zone cerebrale, ci a perturbării de ansamblu a funcționării psihocerebrale a individului, astfel încât sistemul identității sinelui să fie afectat într-un anumit mod.

• **Ideea studierii sistematice a primului episod de psihoză (și/sau a „psihozei timpurii” = „Early Psychosis” – EP) s-a impus din mai multe rațiuni.**

În ultimii ani a apărut tot mai evident că primul episod psihotic – inițial atenția s-a concentrat asupra schizofreniei, dar apoi ea s-a lărgit asupra psihozelor funcționale în general – apare pe un teren special, modificat. Această idee s-a instalat ca temă de studiu odată cu concepția lui Zubin și Spring (1977) asupra diatezei vulnerabilitate/stres. Ea s-a consolidat prin studiile școlii din Bonn asupra „simptomelor bazale” și s-a extins apoi prin evidențierea nu doar a „perioadei psihozei netratate” (DUP), ci și a existenței unui „prodrom psihotic”, mai mult sau mai puțin lung și intens.

S-a conștientizat de asemenea varietatea clinică a episoadelor psihotice la debut, din care doar o parte sunt încadrabile în schizofrenie. Precum și varietatea tablourilor clinice prin care evoluează ulterior cazurile ce au debutat psihotic.

S-a demonstrat că depistarea precoce, monitorizarea cazurilor, programele de reabilitare psihosocială și chiar tratamentul medicamentos pot fi utile prospectiv, dacă sunt începute timpuriu, în faza prodromală.

În studierea primului episod de psihoză, un rol important l-a jucat și îl joacă în continuare echipa australiană condusă de McGory. E necesar, desigur, să se precizeze ce patologie se încadrează și se înregistrează sub acest concept. Acestui deziderat îi răspunde instrumentul „Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychosis” (RPMIP).

Pe lângă schizofrenie și tulburarea schizo-afectivă, sunt acceptate pentru a fi înregistrate cu ocazia unui prim episod de psihoză și psihozele delirante și tulburarea bipolară I. Spectrul bipolar, incluzând ciclotimia și tulburarea bipolară II, nu e inclus. Mai sunt menționate tulburările psihotice induse de substanțe, dar nu cele organice. Și, de asemenea, tulburările de personalitate schizotipală și schizoidă, precum și altele, probabil pentru evaluarea terenului. Oricum, e clar că „psihoza” avută în vedere nu se rezumă la schizofrenie. Este acceptată și tulburarea psihotică scurtă, căreia, în ultima vreme, i se acordă în plan internațional o atenție deosebită.

Psihozele cu durată scurtă și neîncadrabile în schizofrenie sunt tratate diferit în DSM-IV și ICD-10. Autorii sistemului OMS le-au acordat o atenție crescută și datorită indiciilor că ar fi mai frecvente în țările în curs de dezvoltare. Dar ele se dovedesc tot mai frecvente și în țările din emisfera nordică.

În circumscrierea psihozelor scurte în DSM-IV se menționează: „Apariția bruscă a halucinațiilor, ideilor delirante, vorbirii dezorganizate (deraiere, inconsecvență) sau a unui comportament grav dezorganizat sau catatonie. Durata se cere să fie mai mare de o zi și mai mică de o lună, cu revenire completă la starea inițială. Se acceptă bulversarea emoțională cu trecere rapidă de la un afect la altul și stări confuzionale. E interesant că în DSM-IV se menționează la mai multe tulburări de personalitate (paranoidă, schizoidă, schizotipală, borderline), că în condiții reactiv psihogene pot apărea tulburări psihotice scurte „de câteva minute sau ore” fără a întruni condițiile pentru psihoza scurtă (deci durata de o zi).

În ICD-10 sunt circumscrie „psihozele scurte și tranzitorii” cu durată de cel puțin 2 săptămâni, dar sub 3 luni; durata trebuie să fie sub 1 lună dacă sunt prezente „simptome schizofrene” (adică de prin rang Schneider și/sau incoerență, catatonie). Debutul e considerat acut în limitele a 2 săptămâni; și chiar abrupt sub 48 de ore. Tabloul clinic constă din deliruri, halucinații, vorbire incoerentă sau incomprehensibilă; pot fi prezente stări trecătoare de perplexitate, pseudoidentificare, deficiență a concentrării atenției; un subgrup îl constituie varianta polimorfă cu schimbări rapide ale stării afective, între fericire, extaz, anxietate, iritabilitate; motilitatea poate fi crescută sau redusă. Se acceptă și alte „tulburări psihotice acute”, dar se cere să nu se îndeplinească criteriile pentru un episod maniacoal simplu.

Debutul acut sau abrupt al acestor psihoze exclude simptomatologia negativă și DUP. Dar nu exclude existența unui prodrom. Se ridică în plus în toate cazurile problema evoluției ulterioare. Deși în principiu se exclude episodul pur maniacoal, studiile indică faptul că la 5 ani de evoluție peste jumătate din cazuri evoluează bipolar sau schizo-afectiv. Marneros (2007) sugerează că aceste psihoze ar putea constitui o

„punte” între schizofrenie și patologia afectivă, la un nivel și în altă modalitate decât patologia schizo-afectivă. Dar atât Marneros (1995), cât și alți autori ce susțin ideea unui continuum psihotic ignoră un posibil al treilea pol: cel al unei patologii pur delirante.

Psihozele scurte și „primul episod de psihoză” în general au readus în discuție clasificarea psihozelor endogene a lui Leonhard (1979). Acestea cuprindeau patru mari categorii: I. Psihozele fazice care acoperă domeniul actual al tulburărilor afective periodice, monopolare și bipolare; II. Psihozele cicloide; III. Schizofreniile nesistematice, care acoperă domeniul tulburărilor schizo-afective și schizofreniforme; IV. Schizofreniile sistematice, domeniu în care se vorbește mult de catatonie și parafrenie; dar în esență e tratată schizofrenia kraepeliană. Leonhard nu comentează „psihozele scurte”, deoarece e convins că orice episod psihotic este începutul unei patologii ce are tendința de a reveni ciclic. Ideea e reluată de Perris și Brockington ce au dezvoltat tema „psihozelor cicloide”. În varianta pe care o prezintă Leonhard, aceste psihoze au un tablou clinic interesant, care, oscilând între doi poli, se prezintă ca fragmente – decupaje – ale simptomatologiei de serie schizofrenă și afectivă; dar în altă manieră decât în patologia „schizo-afectivă”. Cele trei variante comentate sunt psihoze caracterizate prin: 1) motilitate, în sensul de hiperkinezie, akinezie; 2) cu accente pe confuzie, în varianta excitată și inhibată; 3) psihoza de anxietate-fericire (extaz). „Extazul” e menționat și la psihozele scurte din ICD-10. Starea de anxietate e descrisă de Leonhard, însă nu în sens clasic, ci ca tradiționala „dispoziție delirantă” a autorilor germani (Conrad, Scheneider, Jaspers): o tensiune anxioasă însoțită de percepții semnificative, iluzii (dar nu halucinații propriu-zise), trăiri intense de referință (dar nu convingeri delirante propriu-zise), predispoziție relațional-interpretativă. Această simptomatologie nu e menționată în DSM-IV și ICD-10.

În prezent, când patologia psihotică tinde să fie concepută ca un ansamblu care are, cu toată diversitatea, o anumită coerență interioară, e important ca manifestări acute ale „psihozei” să nu fie încorsetate de o gândire descriptivă și evaluativă rigidă. Variantele semiologice evidențiate de Leonhard nu ar trebui refuzate în inventarierea simptomatologiei primului episod de psihoză; precum și a recurențelor psihotice, chiar dacă ele nu îmbracă strict forma psihozelor cicloide.

La alt pol față de psihozele scurte și tranzitorii – în grupajul polimorf al „primului episod de psihoză” – EP – se plasează schizofrenia. Primul episod de schizofrenie a fost de altfel promontoriu interesului pentru acest domeniu de patologie. Ea a făcut obiectul unui studiu european special EUFEST. Schizofrenia pretinde, pentru diagnosticarea ei, o durată mai lungă decât a „psihozelor scurte”. Precum și prezența unei „simptomatologii negative”, responsabilă în parte pentru depistarea tardivă a bolii, pentru „perioada psihozei netratate” – DUP. De aici și interesul pentru depistarea precoce a bolii, o dată ce ea s-a manifestat. În aceeași direcție, a perioadei ce precede primul episod, s-a identificat și este tot mai studiată o fază „prodromală”, în care psihoza nu este identificabilă prin criterii suficiente. Atenția acordată fazei prodromale a reactivat intersul pentru „simptomele bazale” evidențiate de școala din Bonn ca precedând schizofrenia, psihoza în general sau chiar alte tulburări psihice.

La Bonn s-a realizat una din cele trei catamneze majore privitoare la evoluția schizofreniei. Studiile amănunțite ale lui Huber, Gross, Sùwold, Klosterkötter au

condus la descrierea unei stări anormale, subclinice și nespecifice, care poate preceda cu mulți ani apariția schizofreniei propriu-zise (Huber, 1989). Această stare a „simptomelor bazale” identificabile prin scala BSABS poate preceda însă nu doar schizofrenia. Aspecte ale cercetărilor școlii din Bonn au fost prezentate în capitole anterioare. Interesul pentru aceste cercetări s-a reactivat o dată cu cel pentru primul episod de psihoză.

În ansamblu, simptomele evaluate prin BSABS constituie resimțirea subiectivă a unor trăiri ce se află la limita incipientă a schizofreniei; dar nu din toate ariile de manifestare a acesteia. Astfel, simptomele „productive” ale delirurilor și halucinațiilor nu sunt reprezentate. Dar sunt prezente simptome ce stau în anticamera simptomatologiei de prim rang Schneider. Precum și importante părți ale simptomatologiei negative incipiente, care în prezent sunt interpretate prin deficiența de filtru atențional informativ. Un aspect special e detectarea unei hipervigilențe care nu se suprapune cu anxietatea sau cu alerta paranoidă. BSABS rămâne un instrument original și util în identificarea unei stări prepsihotice. Faptul că pune accentul pe trăirile subiective face să rămână și în atenția psihopatologilor fenomenologi actuali (Parnas, 2003).

Delirul și halucinațiile – care nu sunt detectate între simptomele bazale ale școlii din Bonn – au și ele o prezehtă subclinică și preclinică ce este tot mai mult studiată. Privitor la delir, în ultimul deceniu s-a acordat o tot mai mare atenție ideii supraevaluate – ce reia vechea temă a ideii prevalente –, precum și gradelor de intensitate a însăși convingerii delirante. În aceste domenii s-au elaborat scale precise de evaluare. În ceea ce privește halucinațiile, mai ales cele auditive, studiile screening apreciază că frecvența acestora la populația „normală” e apreciabilă până la 3%.

Dacă se ia în considerație și tulburarea (de personalitate) schizotipală la care manifestările prepsihotice fac parte din definiție, este firesc ca instrumentele de evaluare a prodromului psihotic să includă și fenomene din seria halucinator-delirantă, în faza lor de manifestare incipientă. De fapt, conceptul de tulburare schizotipală a fost elaborat de echipa ce a pregătit DSM III, pornind de la studiile daneze ale unor pacienți cu schizofrenie, care prezentau simptome subclinice ale bolii fără a ajunge la episoade diagnosticabile clinic. S-au dezvoltat apoi cercetări asupra populației cu risc crescut pentru schizofrenie. Unul din studiile importante în această direcție este „The Edinbourg Risc Study”, condus de Johnstone. În ultimii ani, atenția s-a concentrat asupra grupelor cu risc foarte mare care nu întrunesc criteriile pentru psihoza clinică; dar la care evaluarea atentă indică simptome marginale acesteia, care pot fi evidențiate. În acest spirit a fost elaborat instrumentul echipei conduse de McGlashan (2002): *Structured Interview for Prodromal Syndromes (Yale School of Medicine New Haven CT 2002)*. Instrumentul SIPS definește psihoza printr-un anumit grad de intensitate a simptomatologiei; dacă simptomele sunt prezente, dar puțin intense sau rare – iar în unele cazuri dacă sunt prezente și alte condiții –, se consideră a fi prezentă o stare prepsihotică sau prodromală de risc înalt.

Prodromul, cel puțin pentru cazurile cu risc foarte înalt, e înțeles altfel decât simptomele bazale ale școlii din Bonn. Predomină prezența simptomelor pozitive

„de intensitate subclinică”; nu sunt menționate simptomele afective (deși genetic psihozele afective pot prezenta un risc). Tulburarea (de personalitate) schizotipală poate intra între factorii de risc, dar nu și cea schizoidă.

Oricum, se cere avut în vedere că decuparea perioadei prodromale a primului episod de psihoză e dependentă și de instrumentul folosit.

În cazul psihozelor, în general, și al schizofreniei, în special, se cere avută în vedere nu doar perioada prodromală, ci vulnerabilitatea în general. În această direcție, concepția privitoare la schizotaxie, precum și toate datele care se adună privitoare la posibila evaluare a „vulnerabilității pentru psihoze” devin de la o zi la alta mai importante.

• **Continuumul psihotic.** O problemă tradițională și actuală majoră în domeniul „tulburărilor psihotice primare” – adică domeniul tradiționalelor psihoze endogene sau funcționale – este cea a împărțirii acestuia în cadre nosologice individualizate, „discrete” (cum ar fi schizofrenia, psihoza manico-depresivă, paranoia); sau a unității sale de principiu. De fapt în cadrul unei „psihoze unice” sau al unui „continuum psihotic”. Această problemă constituie obiectul unei monografii relativ recente. Ideea unei „psihoze unice” este tradițională, mai ales în cadrul istoric al psihopatologiei germane, sub formularea de „Einheitspsychose”.

Ideea „psihozei unice” s-a formulat având ca repere – sau extreme – schizofrenia (demența precoce) și „psihoza maniaco-depresivă”. Urmașii acestei idei, așa cum sunt Marneros (1995), Andreasen și Crow, se plasează și în prezent în spațiul acestei dihotomii. Zona de mijloc ajunge să fie mai recent ocupată – ceea ce e logic și firesc – de tulburarea schizo-afectivă. Iar Marneros apreciază – după un studiu sistematic și longitudinal – că și psihoza scurtă și tranzitorie se plasează tot în această zonă intermediară.

Deoarece cazuistica clinică este extrem de variată și polimorfă, nu au lipsit și nu lipsesc decupări problematice și interpretative mai mult sau mai puțin sectoriale.

În ultimele decenii se uzează – și uneori chiar se abuzează – de noțiunile de continuum, spectru, dimensional/categorial etc. De exemplu, în monografia citată din 1995, Andreasen invocă „spectrul schizofren” din care consideră că fac parte: schizofrenia nucleară; tulburările schizofreniforme; tulburarea schizotipală și „schizofrenia simplă”; tulburarea schizo-afectivă în varianta sa monopolară și bipolară; mania și depresia cu delir incongruent (din cadrul unei psihoze funcționale în care astfel de episoade apar). Evident, din spectrul schizofren nu fac parte episoadele maniacale și depresive pure sau cu delir congruent; ceea ce înseamnă că se presupune și un alt pol al spectrului psihozelor funcționale, centrat de tulburările afective periodice, care se poate îndrepta spre – și se poate apropia de – schizofrenia nucleară și de spectrul schizofren; care oricum cuprinde și tulburarea (de personalitate) schizotipală.

Lăsând la o parte faptul că însăși „domeniul schizofreniei nucleare” se subîmparte în alte trei dimensiuni (negativă, pozitivă și dezorganizantă), fascinația pe care o exercită „polul psihozei maniaco-depresive” (în sensul lui Kraepelin) e prezentă în aceeași monografie, prin formularea lui Crow, care imaginează un continuum.

Crow (1995) consideră că schizofrenia – și în general patologia psihotică – sunt boli specifice umanității, fiind corelate cu modificările cerebrale ce fac posibil limbajul asertiv, cu asimetria cerebrală umană și particularitățile genetice sexuale respective. Astfel, „psihoza” se înscrie într-un risc, prin exces și deviație, a ceea ce

specifică omul ca om. Esențial în acest raționament este faptul că specificul schizofreniei este în cele din urmă pus pe același plan cu specificul tulburărilor „psihotice” afective și că ansamblul acestor tulburări este corelat cu perspectiva evolutivă.

Patologia ce gravitează în jurul maniei – a episodului maniacal – rămâne, în opinia multor clinicieni și psihopatologi, asociată problematicii psihozei. Și aceasta, inclusiv în condițiile în care în ultimele decenii se acordă o mare importanță stărilor hipomaniacale, ciclotimiei, episoadelor hipomaniacale scurte, precum și temperamentului hipertim.

Akiskal (2002) propune, o plasare schematică a tulburărilor afective versus schizofrenie în felul următor:

- mania cronică (demența maniacală);
- depresia delirantă;
- tulburarea dispozițională bipolar incongruentă (schizo-bipolar);
- mania delirantă;
- psihozele confuzionale;
- psihozele puerperale;
- catatonie;
- psihozele cicloide;
- depresia secundară în schizofrenie (schizo-depresiv?).

Adeptii tradiționali și actuali ai „psihozei unice” nu recunosc o specificitate de patologie sau gravitate pentru schizofrenie, în afara terenului marcat developmental pe care poate apărea psihoza în unele cazuri diagnosticate astfel. Vulnerabilitatea de fond, „condiția prepsihotică”, împreună cu vârsta de debut ar condiționa factorii de prognostic negativ. Halucinațiile, delirul, simptomele de prim rang Schneider nu ar avea specificitate. Dezorganizarea ideo-verbală s-ar putea plasa într-un continuum cu fuga de idei maniacală, iar simptomatologia negativă cu depresia și unele afectări neurologice (prefrontale și ale nucleilor bazali).

Tendența la periodicitate sau ciclicitate, evidentă în patologia afectivă, susține un alt curs al bolii; care însă nici el nu e foarte specific, întâlnindu-se la psihozele cicloide – la psihozele scurte cu revenire periodică – în tulburarea schizo-afectivă și chiar în unele forme de schizofrenie în care predomină simptomatologia pozitivă. Oricum, în prezent, ideea continuumului e resuscitată în domeniul psihozelor primare.

PROBLEMA EXPRESIVITĂȚII PSIHOTICE A TULBURĂRII MANIACALE ȘI DEPRESIVE ȘI SPECIFICITATEA PSIHOTICĂ A SCHIZOFRENIEI

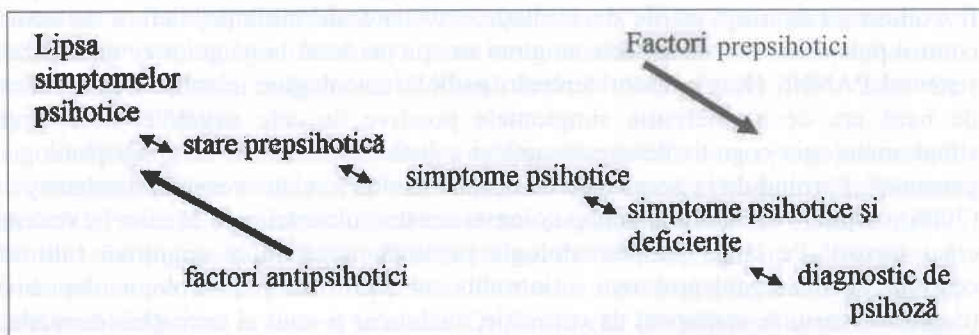
Terminologia științifică în general și cea medico-psihiatrică în cazul de față, are o cotă de arbitrar și convenție, fapt ce se aplică și în cazul psihozei. Chiar dacă în spatele trimiterii acestui termen stă o realitate obiectivă, aceasta nu este în prezent definită operațional. De aceea excluderea din clasa psihozelor a depresiei și maniei – cel puțin așa cum se manifestă ele în tulburarea bipolară de intensitate clinică – e o convenție introdusă de DSM-III-5 care a ridicat și ridică probleme.

În primul rând cadrul nosologic al schizofreniei este dificil de delimitat dacă se exclude din el depresia, clinicienii și cercetătorii acceptând constant o stare depresivă intrinsecă acestei tulburări, chiar dacă ea a fost delimitată un timp de „depresie postpsihotică”. Apoi, din simptomatologia specifică schizofreniei nu pot fi excluse cu ușurință stările de excitație, ostilitate, dezinhibiție, deficit de auto-control pulsional. Aceste aspecte au atras atenția pe scară largă celor ce au utilizat sistemul PANNS (Kay) pentru cercetări psihofarmacologice în schizofrenie. Ideea de bază era de a diferenția simptomele pozitive de cele negative, acceptând simptomatologia cognitiv/dezorganizantă și o listă simptomatică de „psihopatologie generală”. Pornind de la aceste cercetări, într-o sinteză relativ recentă, Lindemayer (2006) susține o abordare a psihopatologiei acestei tulburări care să aibe în vedere cinci factori. Pe lângă simptomatologia pozitivă, negativă și cognitivă (ultima centrată pe dezorganizare) mai e introdus un factor simptomatologic depresiv (depresie, tensiune, sentiment de vinovăție, anxietate) și unul al excitației (excitație, ostilitate, necooperare, scăzut control al impulsurilor). Factorul excitației poate fi ușor asimilat unei simptomatologii de tip maniacal iritabil, astfel încât schizofrenia devine un centru de agregare a unei patologii psihotice care-și atrage simptomatologia și din aria clasicei psihoze maniaco-depresive.

Grupul de cercetători care au revăzut studiile privitoare la psihoze în vederea redactării DSM-5 se lovesc de aceeași problemă a intricării strânse dintre schizofrenie, patologia afectivă și cea delirantă, din diverse perspective: a debutului și evoluției, a spectrului genetic, a distribuției în populația generală etc. (Tanninga *et al.*, 2010). Se sugerează că, în perspectiva factorială, psihoza poate fi cuprinsă cel mai bine de doctrina ce acceptă cinci factori: (maniacal de excitație, depresiv, dezorganizant, pozitiv și negativ) care pot interveni cu diverse intensități. În perspectiva spectrelor, patologia obsesiv compulsivă e apropiată de psihoză. Una din concluziile autorilor este că fenotipul psihotic, reprezentat de acești cinci factori, există în natură, putând avea diverse expresivități. Autorii subliniază că schizofrenia și tulburarea bipolară nu sunt așa de distincte cum susțin neokraepelienii (din DSM III-IV), principala dovadă fiind că raspund la aceeași medicație antipsihotică. Nici din punct de vedere genetic diferența nu e așa de mare, problema ținând în mare măsură de raportul gene/ambianța. Se propune astfel schema de mai jos.



În aceeași sinteză se insistă asupra gradualității manifestărilor psihotice, considerate în ansamblu, între populația generală și patologică clinică evidentă, conform schemei:



Cât privește mania, corelația ei cu patologia considerată din DSM III-IV ca psihotică este evidentă. Dar și depresia, prin gradualitatea și manifestarea ei poate atinge variante psihotice.¹ Chiar dacă se are în vedere diagnosticul de depresie psihotică conform DSM-IV-TR, 23% din aceste cazuri derivă din depresii ușoare sau medii. De altfel, la depresivi nu au fost studiate cu atenție până în prezent tulburările formale de gândire. Perspectiva dimensională subliniază continuumul ce există între tulburarea monopolar depresivă, cea bipolară, variantele delirante și schizoafective ale acestora și diverse modalități de manifestare al schizofreniei, intricate mai mult sau mai puțin cu patologia afectivă.

Schizofrenia rămâne și în prezent un cadru clinic controversat, plasat între o înțelegere largă a categoriei – susținută de DSM III-5 – și o înțelegere restrânsă, susținută predominant de fenomenologi. Aceasta face trimitere la concepția lui Bleuler, centrată pe simptomatologia negativă (autistă) și dezorganizantă. Ceea ce nu se discută destul de clar însă nici în prezent, este relația dintre o astfel de schizofrenie bleuleriană și patologia delirantă. Aceasta din urmă este acceptată în varianta sa tradițională de paranoia și de tulburare delirantă persistentă (neschizofrenă). Probabil că ideea continuumului psihotic ar trebui extinsă și în direcția delirului, luându-se ca variantă intermediară și de tranziție patologia centrată de simptomele de prim rang Schneider (SPR), mai ales în sens de transparență/influență. SPR se pot combina atât cu patologia maniacală cât și cu cea depresivă sau delirant paranoidă. Zonele de intersecție ar putea evolua până la varianta formelor clinice de schizofrenie bleuleriană clasică. Acestea din urmă presupune, conform tradiției, o disfuncție developmentală, ce conduce la o structură psihică particulară de tip schizo/autist, sau paranoid/schizotipal. Fundalul tulburării personalității ar intra astfel în ecuație, împreună cu intensitatea și durata simptomatologiei episodice.

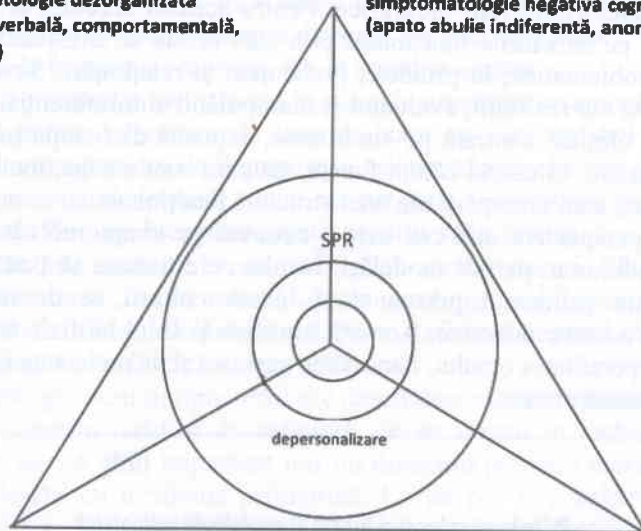
S-ar putea sugera un model cu trei poli.

Poli ai dimensiunilor simptomatologiei psihotice în perspectiva sindromatică

La fiecare pol simptomatologia poate avea variate intensități
după un anumit prag căzându-se pe „orbita psihotică”
sd. Schizoforme (bleuleriene)

simptomatologie dezorganizată
(cognitiv verbală, comportamentală,
catatonie)

simptomatologie negativă cognitiv
(apato abulie indiferentă, anonimizare)



sd. dispoziționale
sd. maniacal
sd. depresiv

sd. delirante
mono și pluritematice
ficționale (teme privitoare
la sine, relaționale,
religioase etc.)

Simptomatologia psihotică poate avea, pe lângă diverse intensități și durate și variate modalități de manifestare evolutivă; ea se poate manifesta în bufeuri scurte, în episoade de durată medie și prelungită sau în modalități ce se pot apropia de structura temperamental caracterială a persoanei.

PSIHOPATOLOGIA PSIHOZELOR ȘI PERTURBAREA STRUCTURILOR FUNCȚIONALE ALE PSIHISMULUI

O direcție tradițională de studiere a cazuisticii psihopatologice – și deci a psihozelor – a fost atenția acordată funcțiilor ce se perturbă. Acestea sunt desigur funcții psihologice. În secolul XIX când s-a constituit psihopatologia descriptivă ele erau grupate în trei facultăți: cea de cunoaștere, cea volitivă și cea afectivă. Și în prezent, limbajul psihopatologic face trimitere la aceste funcții, chiar dacă schema de

înțelegere a psihismului s-a metamorfozat parțial. Ceea ce nu e clar definit e corelația între tulburarea acestor funcții și sindroamele ce stau în spatele unei stări psihopatologice, așa cum sunt mania, sd. obsesiv compulsiv sau delirul.

Abordarea tradițională a psihismului din perspectiva facultăților și funcțiilor a asigurat și asigură o descriere semiologică detaliată. Ea nu ne ajută însă să înțelegem persoana normală și cea deficitară psihopatologic în funcționarea sa unitară, în situații și de-a lungul ciclurilor vieții biografice. Pentru aceasta accentul ar trebui pus pe sinele identitar, pe structurile funcționale prin care acesta se angajează în rezolvarea unor situații problematice, în proiecte, preocupări și relaționări. Sine capabil de a opera pe modele ale realității, evaluând și manipulând autoreferențial narativitatea. Psihopatologia clinică, centrată pe sindroame, exprimă disfuncția unor modalități globale de raportare, în cadrul cărora funcții așa cum sunt atenția, motivația, decizia, emotivitatea etc., sunt doar părți ale unei structuri funcționale.

Ambele perspective atât cea care e centrată pe simptome cât și cea care e centrată pe sindroame, permit modelări. În plus, ele trebuie să țină cont de solul biofizic pe care psihismul persoanei și lumea culturii se dezvoltă, cu toate „memele” sale autoreproductive. Această trimitere la solul biofizic are în vedere în primul rând corporalitatea omului, flancată de genetica și de prelucrarea informațională pe care o realizează creierul.

Chenar 80

Psihologia celor trei funcții și semiologia psihiatrică

Funcții cognitive:

– percepția; memoria; reprezentare și imaginare, judecare (gândirea) în sens de inferență logică prin care se rezolvă probleme teoretice și practice;

– cursul ideativ, considerat ca o ofertă sau pulsione spontană de informații interne. Tot de funcțiile cognitive ar tine atenția și orientarea, mai ales cea temporo-spațială, în raport cu sine și cu alții; perceperea timpului s-a degajat ca o problemă specială; și la fel, perceperea propriului corp și perceperea altora.

În strânsă corelație cu funcțiile cognitive este comentat limbajul verbal, inclusiv „limbajul interior”; comunicarea (interumană) ar constitui un domeniu aparte.

Funcțiile volitive reunesc:

– motivația;

– deliberarea și decizia; proiectarea și realizarea unui obiectiv prin comportament; evaluarea acțiunii în cursul desfășurării sale și în perspectiva consecințelor.

Comunicarea poate fi comentată și în perspectivă volitiv comportamentală.

Funcția afectivității e uneori corelată cu cea pulsională coparticipând la motivație. Ca aspect particulare se înregistrează:

– emotivitatea circumstanțială și controlul ei; pulsunile instinctive afective și controlul lor;

– dispozițiile afective;

– atașamentul și trăirile afective relaționale (iubire, ură, suspiciune);

– afectele valoric spirituale.

În sistemul funcțiilor psihice tradiționale nu-și găsește un loc clar problema sinelui (eului conștient).

Omul individual nu poate fi redus însă la creierul său. Dar acesta nici nu poate fi ignorat, mai ales când se abordează minusul psihopatologic al psihozelor. Câștigurile în cunoaștere pe care în ultimele decenii le-au adus științele creierului, conjugate cu cognitivismul, neofenomenologia, psihologia sistemic developmentală și

doctrina evoluționistă, – extinsă în direcția lumii culturale – ar sugera două direcții de sistematizare și modelare în această zonă de articulare între *bios* și *antropos*. Una s-ar referi la funcțiile neuropsihice de sinteză ce asigură formal funcționarea psihică. Cea de a doua, la structurile funcționale care, bazându-se pe acestea, asigură existența adaptativ creatoare a sinelui persoanei, în mediul fenomenal al relațiilor sale interpersonale și culturale, încadrate de transcendență.

Ținând cont de aceste două perspective, care se întrețes și se presupun reciproc, s-ar putea realiza modelări utile pentru descifrarea minusului psihopatologic al psihozelor. Studiarea psihozelor se cere însă făcută nu doar după modelul medical, chiar dacă se are în vedere doctrina spectrelor și continuumul între psihopatologie și normalitate. Psihopatologia în general și psihozele în special ar trebui să aibă în vedere, ca punct de plecare, persoana reală, ca ființă conștientă unitară, centrată de sine, ce participă, la autoreproductivitatea memetică.

Chenar 81

**Funcții neuropsihice de sinteză
ce asigură funcționarea psihică normală,
centrată de sine**

- Vigilitatea conștientă/versus somn cu vise
 - Schema și imaginea corporală
 - Orientarea vizuo-spațială și evaluarea distanței
 - Atenția orientată (selectivă)
 - Coerența centrală perceptivă (detașarea figurii structurată pe fundal)
 - Căutarea informativă (în mediu spațial, virtual, în memorie etc.)
 - Funcții executive (rezolvare de probleme pe modele probabiliste)
 - Execuții comportamentale autocontrolate cu evaluarea finalului
 - Funcția de atașament și introjectarea imagoului altora
 - Cogniție socială (recunoașterea emoțiilor, ToM, cauzalitate)
 - Limbaj comunicațional (mimico-gestual și verbal)
 - Limbaj narativ vorbit și scris (memorie, reprezentare, imaginare, redactare)
 - Autoreprezentare și autoevaluare în scenarii narative)
 - Comprehensiunea situațiilor, a textelor și simbolurilor
 - Poziționări atitudinale dispoziționale
 - Funcția generală a coerenței centrale
- Ansamblul funcțiilor neuropsihice sunt integrate în funcționarea sinelui; perturbarea lor trimite la simptome psihopatologice

**Manifestări fenomenale ce au la bază
structuri funcționale psihice antropologice
prin care sinele se exprimă adaptativ și creator**

- Orientarea în situații actuale ce implică și lumi virtuale; și comprehensiunea lor
- Aderența și familiaritatea cu lumea, alții și sine
- Poziționarea atitudinală în raport cu situația înțeleasă, cu lumea și alții
- Rezolvarea de probleme situaționale și teoretice în plan metareprezentational și implementarea lor situațională
- Structura prezentului trăit, plasat pe fundalul adâncimii liniilor temporale ale preocupărilor și proiectelor
- Urmărirea de obiective și proiecte existențiale de-a lungul ciclurilor vieții
- Convingeri identitar/relaționale ce ghidează comportamentele sociale și proiectele
- Coparticiparea la evenimente alături de persoanele de atașament și alții
- Clarificări a unor preocupări identitare și relaționale
- Dinamica apropiierilor și îndepărtărilor afective (pe axa intim/public)
- Autoreprezentarea și autoevaluarea (auto-caracterizarea) identitar caracterială
- Exercițarea de statute și roluri sociale
- Realizarea de produse culturale
- Narativitatea publică
- Creativitatea culturală
- Raportarea la transcendență. Perturbarea manifestărilor fenomenale trimite la sindroame

Stările psihopatologice sunt expresia unui deficit psihic, realizat în urma unei stări critice, prin articularea unei cauzalități „ultime” (corelate antropogenezei), cfu altele, developmentale și/sau recente, ce afectează persoana umană în variate incidente, inclusiv biocerebral. Între mecanismele patogenetice care afectează întotdeauna sinele și conduc la manifestări psihotice se pot menționa:

– Dediferențierea și agregarea formală a unor dispoziții adaptative, ce se impun în prim plan la solicitări minime, acaparează viața psihică a subiectului, decontextualizându-l (e.g. stările maniacale, depresive, anxioase, **Chenarul 18**).

– Desimplicarea unor aspecte care în mod firesc sunt integrate în trăiri adaptative, urmată de impunerea lor în prim plan la solicitări minime, cu generalizare formală, acapararea vieții psihice a subiectului și decontextualizare (e.g. trecerea în prim plan a sentimentului de a fi observat, evaluat negativ, abordat cu ostilitate, trăiri de transparență influență psihică, **Chenar 35**).

– Dediferențierea identității subiectului cu trecere în prim plan a condiției de personaj într-un scenariu fictiv (e.g. sentimentul modificării identității din depersonalizarea psihotică, capitolul 7).

Alte tulburări formale se referă predominant la coerența funcțiilor psihice și a sinelui. Pot fi menționate:

– Deficitul filtrului atențional ce ierarhizează informația în funcție de importanța sa; deficitul de coerență centrală perceptivă, în acțiune și în rezolvarea de probleme (capitolul 8).

– Deficitul coerenței centrale în planul redactării de mesaje și texte semnificative și de înțelegere a lor. Se perturbă astfel atât planul gândirii abstracte cât și planul sintezei prezentului, a înțelegerii semnificației situației și al motivației (capitolele 9, 4, 7, 10).

– Deficitul delimitării structurate a persoanei în jurul centrului pe care realizează sinele intențional și reflexiv (capitolele 7, 8, 11).

Pornind de la aceste perspective, s-ar putea analiza și modele euristice ale psihozei, înțeleasă ca o disfuncție a psihismului uman ce se afirmă în zona de articulare dintre structura biopsihică ce-i este proprie și structura psihoantropologică, ce-l definește ca sine identitar.

În Anexa I sunt sugerate câteva modele a psihismului uman normal, ce țin cont de instanța metareprezentatională și de inserția efectivă a persoanei în cadrul său de existență socio-cultural. Aceste modele ar putea integra funcțiile și fenomenele menționate mai sus, astfel încât analiza stărilor psihopatologice psihotice – și a echivalentelor acestora în normalitate – să poată fi studiată operațional și comprehensibil. Ansamblul acestei abordări se articulează cu viziunea propusă în capitolul 1.

*

În concluzie s-ar putea susține că, stările psihopatologice psihotice – și continuumul ce se întinde de la acestea la echivalentul lor în normalitate – sunt o condiție biopsihoantropologică deficitară, care poate fi (și se cere a fi) abordată și

din perspectiva modelului medical. „Patologia psihotică” este însă specific umană, corelată dimensionării psihismului uman prin limbajul asertiv narativ, prin instanța sa metareprezentatională evaluativă, susținând scenarii ficționale. Scenarii ce se desfășoară ca modelaări probabilistice a unor proiecte de acțiune și de relațioanre. Psihismul persoanei umane se mai caracterizează în specificitatea sa, prin nucleul unui sine reflexiv subiectiv, care centrează o lume proprie, ce include o rețea socială structurată prin polarizarea între intim și public; lume umană cu care interacționează efectiv, prin varietatea comunicărilor. Acest sine reflexiv se poate însă relaționa până la identificarea sa cu personaje fictive, inclusiv supranaturale (transcendente). Semiologia și nosologia psihozelor propune referința la un astfel de psihism.

Se poate presupune că fenomenele psihotice, în calitatea lor de condiție umană deficitară simetrică la un pol opus creativității, s-au manifestat deja de la începutul existenței omului cultural, în urmă cu 7–10.000 ani. Oricum, documentele atestă astfel de manifestări în urmă cu 3 000 ani. Integrarea stărilor psihopatologice în medicina clinică în urmă cu 200 de ani a ocazionat nașterea unui sistem nosografic psihiatric, care în domeniul psihozelor a funcționat destul de coerent în ultimul secol. Totuși, observarea și studierea psihozelor în ultima jumătate de veac indică clar două aspecte:

- tranziția spre normalitate, evidentă prin spectrele psihotice;
- și, relativa nespecificitate a marilor sindroame psihotice.

Dar, cu menținerea unui cadru (a unei orbite) specifică psihozelor.

Ameliorarea condiției psihoticilor în ultimele decenii se datorează nu doar medicației antipsihotice. Ea are la bază și schimbarea de atitudine a comunității, în sensul desinstituționalizării și evitării stigmatizării. Astfel, foștii psihotici trăiesc tot mai mult printre noi, în mijlocul vieții curente. Modificări în condițiile manifestărilor psihotice se mai datorează și revoluției în mass media ce s-a produs în ultimii 50 ani, cu preeminența relaționărilor indirecte și ficționale, prin lumi virtuale în viața publică.

În aceste condiții este tot mai important ca abordarea problemei psihozei, în cadrul unei conjuncții dintre perspectiva medicală și cea antropologică, să încerce găsirea unui limbaj conceptual și a unor modele, în sensul în care neuroștiințele și fenomenologia actuală promovează cunoașterea în acest domeniu. Iar efortul de cercetare să nu se disperseze pe studii separate a unor entități nosologice restrânse, focalizându-se asupra „condiției psihotice”, fără a ignora uriașa diversitate a împrejurărilor în care aceasta se conturează și se manifestă.

Lucrarea de față a fost redactată în spiritul acestor idei.

ANEXA I

PARTICULARITĂȚI ALE PSIHISMULUI UMAN, IMPORTANTE PENTRU STUDIAREA PSIHOZEI

ASPECTE ISTORICE

Caracteristicile psihismului uman au preocupat de la început gânditorii, în cadrul strădaniei lor de a înțelege omul, în relația sa cu natura și divinitatea. S-a dezvoltat astfel din antichitate o psihologie antropologico-teoretică, care era atașată speculației filosofice. Începând de la sfârșitul secolului XIX psihologia se înscrie și în paradigma de cercetare a științelor experimentale de laborator, fără a se detașa însă de suportul doctrinelor. În plus, ceea ce s-a sedimentat de-a lungul veacurilor în cadrul psihologiei teoretice filosofice, nu poate și nu are de ce să fie înlăturat în contextul interesului pentru psihopatologie.

PERIOADA ANTICĂ, SCOLASTICA, RENAȘTEREA

Psihismul a fost conceput în antichitate de către Aristotel (2005), ca o caracteristică a ființelor vii. Înainte de Aristotel, psihismul a fost invocat de celebrul filozof presocratic Heraclit, (Banu, 1963) de la care ne-a rămas formularea: „Cercetând hotarele sufletului, n-ai putea să le găsești, atât de adânc logos are” (Frag. 45, Diels & Krantz). Însă, doar Aristotel face o prezentare sistematică a psihismului, propunând un model care a influențat gândirea ulterioară. Deasupra psihismului vegetal caracterizat prin funcțiile de reproducere, hrănire și creștere, psihismul animalelor este dotat cu funcția mișcării, a deplasării în spațiu (de unde și denumirea latină de *anima* = mișcare pentru psihismul ființelor ce se mișcă = animale). Omul avea în plus o facultate de cunoaștere, „nous”, cu un aspect pasiv – „nous pateticon” – care primea informațiile ce veneau de la organele de simț; și un aspect activ – „nous poeticon” – care sintetiza aceste informații în cunoaștere. Ca intermediar în această reunire și sinteză a informațiilor intervine cel de al șaselea simț – simțul comun (*Koinos aiestezis*) – și imaginarul (*fantasia*). Cele cinci organe de simț aduceau informații din lumea exterioară prin văz, auz și simțurile de contact – adică gustul și senzațiile cutanate – mirosul fiind un simț intermediar. Vehicolul senzațiilor receptate, în drumul lor spre un centru de sinteză – inima, creierul –, era asigurat de sânge, cu ajutorul aerului obținut prin respirație (*pneuma, spiritus*). Astfel, „spiritele animale” – conform terminologiei utilizate în modernitatea Europei – transportau informații externe prin aerul arterial, reunite de simțul comun și sintetizate de imaginar; pentru

ca inteligența, *nous*-ul, să le recepteze și să creeze apoi noțiuni ale lucrurilor inteligibile. Treptat, în acest proces intern de prelucrare a informațiilor a fost introdusă și memoria. Iar mai târziu, pe vremea stoicilor, când sinteza intelectuală se realiza într-un centru numit „hegemonikon”, intervenea într-o fază prealabilă și un proces de evaluare a informațiilor (Chaignet, 1889).

Această schemă de funcționare a psihismului cognitiv a acordat, încă de pe vremea stoicilor, o importanță crescândă imaginării („fantasiei”) și aerului – *pneuma*. Rolul aerului a devenit apoi deosebit de important prin doctrinele religioase gnostice, care susțineau că sufletele oamenilor există din eternitate în afara cosmosului constituit din planete și care are în centrul său pământul. Iar la naștere, sufletul fiecăruia coboară pentru a intra în corpul nou-născut, odată cu prima respirație. În cursul acestei descendențe el trecea pe lângă planeta dominantă în acel moment – Marte, Venus, Soare – și împrumută din atmosfera acesteia „materie subtilă specifică”; care, va determina temperamentul și destinul celui născut în zodia respectivă. Aerul respirat, amestecat cu sângele arterial, susține colectarea informațiilor exterioare vehiculate de simțul comun și reunite de imaginar. Fantasia adună însă și date din memorie și evaluare, pentru a putea crea „fantasme”. În perioada stoicismului antic și ulterior, se considera că, unele fantasme sunt creatoare și pot prevedea viitorul; iar altele sunt patologice, producând halucinații. Creșterea importanței „simțului intern” s-a accentuat în această perioadă a stoicismului târziu și al gnozei și prin acceptarea senzațiilor interne, de exemplu, cele care vin de la organele sexuale. Astfel, fantasmele puteau conține și reprezentări erotice. Tot în această vreme tinde să se contureze și un nou sens al simțului comun: cel al înțelegerii spontane și a consensului dintre oameni, pe baza „noțiunilor comune” (*koinos ennoia*). Ar mai fi de menționat că pentru stoici plantele nu aveau suflet, neavând sensibilitate și mișcare, nefiind „animate”.

În perioada scolastică a Evului Mediu această psihologie grecească inițiată de Aristotel și care a evoluat până în perioada stoică, s-a menținut și dezvoltat, jucând un rol major în „cearta universalilor”. Adică în încercarea de explicare a felului cum iau naștere noțiunile generale, ideile, în corelație cu materialul informativ senzorial. Datele senzoriale ar permite *nous*-ului, intelectului, o generalizare inductivă. Dar și o deschidere spre ideile eterne ale lucrurilor însuși, considerate ca și create de Dumnezeu; și care se oferă înțelegerii intelectului uman. O importantă noutate a fost introdusă în secolul XIII de medicul arab Avicena (Alain de Libera, 1997).

Avicena a avansat un termen care, tradus în latină prin „*intentia*”, va marca în profunzime întreaga istorie a psihologiei filosofice. Intenția, ca echivalent pentru conceptul universal, avea un alt înțeles decât termenul de „concept” ce era utilizat de scolastică pe atunci; și care se referea mai ales la „a cuprinde”. Intenția semnifica mai mult a „a înțelege”, în sensul în care se spune „înțeleg prin aceasta că...”, „aceasta vrea să zică...”. Intenția mai semnifică vizare „ceea ce se are în vedere” atunci când cineva gândește la ceva sau vorbește despre ceva. Intenția e ceva spre care „tinde” gândirea, spre care „se îndreaptă” atenția. Intenția e o dimensiune intuitivă și „descoperitoare”, „dezvăluitoare”, care lasă să se vadă ceea ce e specific și adânc în lucru. Această intenționalitate a lui Avicena e cea pe care o reactualizează Brentano în secolul XIX, creind noțiunea de „orientare spre obiect”. Și pe

care o dezvoltă în secolul XX fenomenologia lui Husserl, – elevul lui Brentano; precum și fenomenologia existențialistă a lui Heidegger.

Brentano comentează faptul că vizând intențional, deci semnificativ, fiecare percepere, imaginație, reamintire, expectație, convingere sau opinie a omului, sunt fenomene mentale caracterizate prin faptul de „a avea în vedere” și altceva decât obiectul fizic de referință; chiar dacă se ține seama și de acesta. Intenției psihismului îi corespunde un corelat de semnificație, ce face referință la un conținut pe care îl vizează conștiința noastră. „În prezentare ceva e prezentat, în judecare ceva e afirmat sau negat, în iubire cineva e iubit”. E adus astfel în discuție conținutul specific psihismului uman conștient, al trăirilor noastre subiective; care deși se corelează direct cu lumea ambientală, are o realitate proprie, specifică, distinctă de cea pe care o putem bănuși că ar corespunde psihismului animal.

Animalele reacționează și ele la informațiile pe care le percep în cadrul situațiilor, pe calea unor structuri neuropsihice cognitive în esență înnăscute, caracteristice speciei. Și șoarecele și pisica se identifică perceptiv ușor reciproc și reacționează adecvat. Pentru om universul de semnificații e mediat însă de logos, de limbajul narativ, descriptiv și conceptual, care reunește oamenii în cadrul unei culturi. Iar aceasta se desfășoară în mituri, legende, istorii, simboluri, concepte, argumente, descrieri, teorii, speculații, povești, romane, biografii ș.a.m.d. Experiențele pe care subiectul le trăiește nemijlocit, împreună cu învățărilor mediate de cultură, dezvoltă în fiecare om o instanță metareprezențională distinctă de percepția situațională; instanță în care se poate desfășura imaginarul. Intenționalitatea psihismului uman vizează însă și un plan transactual, nu doar atunci când are în vedere esența conceptuală a lucrurilor – sens pentru care Avicena a introdus termenul. Ci și atunci când ea se deschide spre universul mnestic-imaginativ al fantasiei; nivel la care psihismul omului individual se poate întâlni cu lumea mai mult sau mai puțin fictivă pe care o poartă cu ele narațiunile mitico-istorice, povestirile, romanele, evocările. În această instanță metareprezențională, intenționalitatea, așa cum o reinterpretează Brentano, se poate referi la eroi istorici sau de epopee, la staruri de film sau la persoane cunoscute ce nu sunt prezente. Mai ales persoanele apropiate și iubite, sau care au marcat afectiv subiectul, pot fi astfel reprezentate și resimțite. La începuturile Renașterii s-a descris la Florența o boală numită „amor hereos”. În prezentarea lui Culianu (1994) ea se manifesta astfel:

„Boala denumită *hereos* este o angoasă melancolică pricinuită de iubirea pentru o femeie. Cauza acestei afecțiuni constă în coruperea facultății de estimare printr-o formă și figură care au rămas foarte puternic imprimate în ea. Când cineva se îndrăgostește de o femeie, se gândește peste măsură la forma, figura și la felul ei de a fi, căci o crede cea mai frumoasă, mai demnă de a fi venerată, cea mai extraordinară și bine făcută la trup și la suflet din câte există. De aceea o dorește arzător uitând măsura și bunul simț și gândindu-se că, de ar putea să își satisfacă dorința, ar fi fericit. Atât de alterată este judecata rațiunii, încât tot timpul își închipuie forma femeii și-și neglijează toate activitățile, astfel că de abia aude dacă i se vorbește. Și fiindcă e vorba de o cogitație neîntreruptă, ea poate fi definită ca o angoasă melancolică. Se numește *hereos* pentru că seniorii și nobilii contractau această afecțiune din pricina abundenței deliciilor. Semnele sunt lipsa de somn, de hrană și băutură. Tot trupul slăbește, în afara ochilor. Se menționează de asemenea instabilitatea emotivă, pulsul dezordonat și mania ambulatorie. Prognosticul este neliniștitor. Dacă nu sunt îngrijiți devin maniaci și mor”.

În cazul bolii *amor hereos* comentată de Culiianu, intenționalitatea vizează o ființă iubită; iar iubirea neîmplinită se poate încheia cu o melancolie ce duce la moarte. Persoana iubită poate fi o ființă reală care nu are însă sentimente reciproce, ignorând pretendentul. Sau chiar o persoană necunoscută. În zorii Renașterii, cavalerii rătăcitori închinau aventurile și victoriile lor unor doamne din înalta societate, ce se plasau pe poziția unei ființe ideale. Gestul reprezenta un ritual ce făcea parte din codul cavaleriei. Regulă pe care și-o însușește Don Quijote când se identifică cu arhetipul cavalerilor, închinându-și isprăvile Dulcineei din Toboso. Modelul iubirii cavaleriești e însă diferit de cel descris în *amor hereos*. Mai apropiată e situația – și ea neobișnuită – în care subiectul se crede iubit de o persoană de sex opus care nici nu știe de el; sau, nu a manifestat niciodată semne de afecțiune. Dostoievski prezintă în cartea *Amintiri din casa morților* cazul unui deținut condamnat la bătaia cu vergi, care stătea liniștit, fiind convins că va fi absolvit în ultima clipă de pedeapsă prin intervenția fiicei comandantului închisorii, pe care o văzuse o dată de la distanță. El era sigur că aceasta este îndrăgostită nebunește de el și îl va salva.

Revenind la *amor hereos* în care dragostea se referă la fantasmă și se termină tragic, se poate menționa că moartea din motive de dragoste s-a descris și în secolele următoare, până în vremea romantismului. Nu era vorba de sinucidere, ci de jalea depresivă, provocată de o dragoste neîmpărtășită. Fapt posibil, la fel cum e doliul după o persoană apropiată, de care ai fost intens atașat, și care a murit. Multă vreme cel ce a rămas singur poate să-i simtă în continuare prezența; și chiar să și-l reprezinte pregnant, ca și cum ar fi din nou prezent „în carne și oase”. Capacitatea imaginativă a oamenilor poate avea o forță deosebită. De aceea, Don Quijote, cu toată nebunia lui, ne e o ființă apropiată.

În perspectivă istorică, odată cu Don Quijote și epoca în care el apare, se profilează o nouă paradigmă de gândire, cea a modernității, care-și va aduce contribuțiile sale specifice la tema psihismului uman. De aceea, merită acordată puțină atenție acestui caz.

Don Quijote este important pentru istoria psihologiei în primul rând deoarece evidențiază importanța narațiunilor de tip romanesc asupra psihismului oamenilor; influența pe care o pot exercita asupra acestora eroii și scenariile fictive, care se derulează pe scena unei instanțe metareprezentative. Iar în al doilea rând, cazul Don Quijote, atrage atenția asupra unei dimensiuni aparte a psihismului uman, cea a identității sale biografice.

Identitatea socială reală – din roman – a lui Don Quijote, este cea a micului nobil de țară Quijana, care trăiește firesc printre rude, vecini și cunoștințe. În urma lecturilor persistente a cărților despre cavalerii rătăcitori el își schimbă la un moment dat identitatea psihosocială, își ia un nou nume, adoptă codul și comportamentul cavalerilor și pleacă pe calea aventurilor. Oamenii și evenimentele pe care le întâlnește ajung să aibă o dublă semnificație: cea a realității nemijlocite pe care o trăiesc toți oamenii „reali” din roman; și o a doua semnificație, fictivă, pe care o receptează și o trăiește doar eroul. În final, după multe peripeții, Don Quijote revine la identitatea sa de fond a micului nobil Quijena și moare liniștit.

Acest scenariu romanesc renașcentin relevă dimensiunea identității personale biografice. În momentul în care se schimbă și devine din Quijana Don Quijote, eroul își părăsește propria identitate biografico-socială, pentru o alta, împrumutată dintr-o lume fictivă. Nu mai e vorba aici doar de intenționalitatea ce vizează o persoană iubită sau de scenariile relaționale ce se derulează pe o scenă metareprezentativă. Ci de conștiința identității de fundal a persoanei (**Chenar 77**).

Se profilează astfel cel puțin trei instanțe ale psihismului:

– Identitatea de fond, persistentă de-a lungul timpului, care se bazează pe identitatea corporală, pe cea a istoriei biografice, și a indicatorilor de recunoaștere socială prin nume, statut și rol, comportament și manifestări caracteriale.

– Raportarea nemijlocită la situațiile problematice actuale pe care subiectul le rezolvă, relaționându-se cu alții și efectuând acte pragmatice sau realizând produse.

– Raportarea la o instanță metareprezentativă. Prin aceasta din urmă se pot desfășura reamintiri și reprezentări, imaginarea unor scenarii fantasmatică în care subiectul se simte mai mult sau mai puțin implicat. La acest nivel se poate actualiza prezența unor persoane iubite, derularea unor situații fictive în care subiectul devine personaj sau urmărirea unor idealuri.

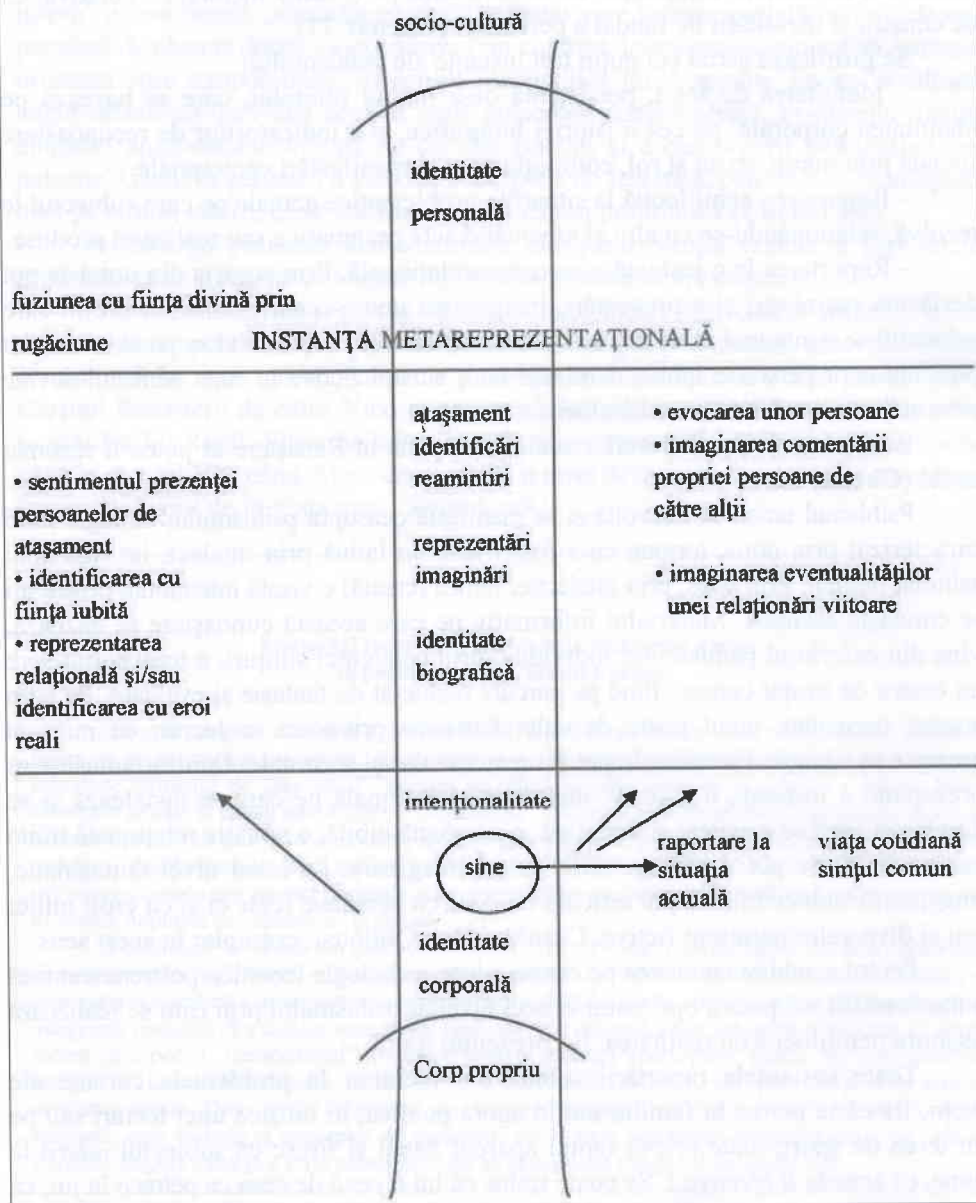
Bilanțul psihologiei teoretice sedimentat până în Renaștere ar putea fi rezumat astfel (**Chenar 82**):

Psihismul uman se dezvoltă și se manifestă deasupra psihismului biologic fiind caracterizat prin *nous*, termen ce a fost tradus în latină prin intelect, iar mai apoi asimilat rațiunii. Prin *nous*, prin intelcție, lumea (creată) e vizată intențional pentru a i se cunoaște esențele. Materialul informativ pe care această cunoaștere se bazează, vine din exteriorul psihismului individual prin cele cinci simțuri, e transportat spre un centru de simțul comun, fiind pe parcurs prelucrat de fantasmă și evaluare. Pe baza acestor capacități, omul poate dezvolta fantasmă privitoare la lucruri ce nu sunt prezente în situație. Fantasmele pot fi creatoare dar și anormale. Lumea fantasmelor presupune o instanță, o „scenă” metareprezentativă pe care se instalează și se derulează ceea ce e evocat și imaginat: o persoană iubită, o situație relațională trăită sau posibilă. Se pot desfășura astfel iubiri imaginare. La acest nivel fantasmatic, imaginările subiectului se pot articula nu doar cu persoane reale ci și cu eroii mitici sau ai diverselor narațiuni fictive. Cazul lui Don Quijote e exemplar în acest sens.

Pentru a sublinia noutatea pe care o aduce psihologia teoretico postrenașcentistă a modernității, ne putem opri puțin la acel nivel al psihismului prin care se realizează legătura nemijlocită cu realitatea, la „prezentul trăit”.

Toate variantele raportării subiectului identitar la problemele curente ale vieții, fie că se petrec în familie sau în agora publică, în liniștea unei lecturi sau pe un teren de sport, toate relevă faptul aparent banal și firesc că subiectul *aderă* la lume, că aceasta *il afectează*. Se poate spune că lui *îi pasă* de ceea ce petrece în jur, că *rezonează* la atitudinea altora, că *se acordă* cu starea de spirit a celorlalți și a situației pe care o trăiește. Prin aceasta pânza de fond a „sentimentelor existențiale” – cum le numește Radcliff – subiectul se simte integrat în lumea sa, participant activ la lumea comunitară dată.

Schemă a structurii psihismului specific omului configurată până la sfârșitul Renașterii



Aceste aspecte psihice ale vieții cotidiene care apar de la sine înțelese de oricine, se arată sub o altă lumină când apare un sindrom psihopatologic cum e cel al depersonalizării și derealizării. Îl evocăm acum, pentru a marca trecerea spre

psihologia modernității, organizată în jurul subiectivității conștiente reflexive. Acest sindrom, descris în secolul XIX, constă în sentimentul de nefamiliaritate și detașare a subiectului față de lume, evenimente și sine. Deși rămâne lucid și conștient, el se simte străin față de tot ce îl înconjoară. Propriul corp și propriul trecut pare că nu-i mai aparțin, „el parcă nu mai este el”; dispăre sentimentul de atașament față de lume și alții, de rezonanță și „acordare” cu aceștia; nimic nu îl mai impresionează și nu îl mai afectează; totul îi pare straniu, ca în vis, parcă s-ar muta pe un al tărâm, parcă ar fi fost vrăjit. Iar ca aspect deosebit, se notează faptul că trăirile sunt strict subiective. Dacă persoana nu ar relata ceea ce resimte, ceea ce el trăiește, acestea ar fi necunoscute de către ceilalți. Nimeni nu ar pune la îndoială normalitatea subiectului, așa cum se întâmpla cu Don Quijote.

Ce tulburare psihică este aceasta care este resimțită strict subiectiv?

În cazul sindromului de depersonalizare/derealizare, se perturbă de fapt o funcție a psihismului uman care a început să fie studiată metodic în perioada postrenascentistă a modernității Europei. Și anume funcția subiectivității conștiinței.

EPŢCA MODERNĂ

Raportarea reflexivă la sine este o marcă specifică a psihismului uman conștient, care se conjugă și se întretese cu vizarea intențională a lumii, cu trăirile sale în plan metareprezentational și autopercepția identitară. Toate aceste aspecte sunt articulate apoi cu perceperea și reprezentarea relaționării sale cu alții și cu lumea în general. Gândirea antică a sesizat această caracteristică odată cu inscripția de la Delfi: „cunoaște-te pe tine însuși”; și la fel, prin maieutica lui Socrate și definirea de către Aristotel a filosofiei ca „gândire ce se gândește pe sine”. În filosofia stoică există, de asemenea, germele de circumscriere a conștiinței. Dar, conceptul de conștiință s-a dezvoltat efectiv în cadrul gândirii Europei moderne, bazându-se și pe cultivarea subiectivității de către religia iudeo-creștină. În această perspectivă o contribuție esențială au avut elaborările lui Augustin reluate în perioada Reformei. Se deschide astfel un nou capitol în elaborarea conceptuală a psihologiei umane teoretice, deasupra fundalului structurat în antichitate și perioada scolastică. Acum se elaborează conceptele de conștiință și de persoană (Mânzat, 2012).

În Europa, din vremea Renașterii, tema conștiinței s-a impus inițial ca și conștiință morală, promovată de Reformă. Luther vorbea despre „Gewissen”, iar Calvin de „conscience”, ca de o instanță interioară în care subiectul urmează să resimtă chemarea și alegerea lui Dumnezeu. Un Dumnezeu la care se roagă mereu din străfundurile sufletului său; și pe care îl glorifică. Ulterior, apare momentul Descartes care presupune îndoiala subiectivă ca și cale regală a metodei de a ajunge la un criteriu cert, ferm, pentru validitatea ontologică a existenței. Acest criteriu e găsit de Descartes, la nivelul certitudinii subiective pe care omul o câștigă în urma cugetării prin care se îndoiește. Deci, la nivelul lui „ego cogito”. Eul ce gândește reflexiv, ca și loc al criteriului ontologic, devine de acum încolo fundamentul psihismului uman. Prin aceasta însă, din psihismul conștient și cogitant a fost înlăturată

partea sa biologică, pe care Aristotel clădise concepția sa despre suflet. Animalele nu au suflet, ele sunt un fel de automate, declara Cartesius. Această formulă persistă subtil până în zilele noastre infiltrându-se și în înțelegerea psihismului uman ca fiind mult asemănător cu o mașină de calcul.

După acest demers protestant și cartezian, moștenirea greco-romană a "simțului intern" a fost opusă „simțului extern”, orientat spre lumea spațială înconjurătoare, populată de obiecte dotate cu extindere. Prin contrast, interioritatea subiectivă apărea ca orientată spre temporalitate, în sensul meditațiilor lui Augustin. Locke și filozofii anglo-saxoni au dezvoltat această nouă polarizare subiect/obiect, în direcția tradiției empiriei anglosaxone inițiată de cei doi Bacon; și a cunoașterii cumulative prin inducție. Gândirea germană a elaborat conceptele de fenomen, percepție și eu conștient, axat pe simțul intern, ce se confundă acum cu temporalitatea (**Chenar 83**).

În întreaga perioadă a modernității europene, simțul comun a fost înțeles predominant ca o funcție ce asigură înțelegerea firească dintre oameni.

Prin aceasta el nu-și pierde valențele integratoare din cadrul simțului intern, dominat de temporalitate și imaginar. Oamenii se cunosc și evaluează adecvat realitatea comunitară în care trăiesc. Acesta e și sensul în care noțiunea a fost promovată la sfârșitul Renașterii de către Vico și apoi preluată și dezvoltată de școala filozofică scoțiană a lui Riedl. Filozofia britanică a făcut constant referințe la acest simț comun până în secolul XX, când, Moor comentează o serie de truisme sau evidențe cu care toți suntem de acord de în viața noastră cotidiană.

Chenar 83

Elaborări teoretice privitoare la psihismul uman în perioada modernității Europei

Filozofii germani din seria Leibnitz, Wolff, Kant, au dezvoltat tema temporalității simțului intern și problematica percepției, a percepției și a fenomenului. Pentru Leibnitz, care e cel ce introduce termenul de „percepție”, aceasta se referă la reprezentarea în subiect a datelor lumii exterioare reunite în unități semnificative. „Apercepția” ar semnifica cuprinderea și înțelegerea de către subiect a propriilor sale stări interioare, inclusiv perceptivă; adică, percepția reflexivă a conștiinței stabile și neschimbabile, care unifică experiența perceptivă ca fiind a unui subiect. Elaborarea psihologiei umane din această perioadă se întretese strâns cu sintezele filozofice ale vremii, care au în vedere noțiunea de „fenomen” și de „eu”.

„Fenomenul” ar consta din „ceea ce e trăit, ca ceva prezentat, relevat, manifestat, prin experiența conștiinței reflexive”. Wolff și Kant au scos în evidență „eu”-ul ce delimitează conștiința, dotată cu apercepția ei specifică. Caracteristica de temporalitate a simțului intern, strâns corelată cu imaginarul și integrarea cumulativă a datelor senzoriale, realizată prin inducție, a fost subliniată și de Kant. El a pus accent pe aspectul „transcendental”, transfenomenal a sintezei apercceptive bazale, în care intervin categoriile. Lumea fenomenală, fiind corelativă conștiinței subiective are, prin însăși acest aspect corelativ, limite. Dincolo de fenomene se plasează instanța „lucrului în sine”. Această sinteză kantiană, care include și conceptul de persoană, stă la baza concepției despre psihism pe care a folosit-o Jaspers când și-a scris psihopatologia sa generală la începutul secolului XX.

În cadrul modernității, un rol important pentru înțelegerea psihismului uman l-a jucat, pe lângă speculația filozofică, literatura romanescă. Deja în Don Quijote se subliniază rolul pe care îl poate avea ficțiunea în adoptarea de către persoană a

unei anumite identități și a unui comportament specific. Ulterior, romanul și literatura moralistilor au realizat ample analize ale caracterului și motivației oamenilor. Literatura biografică și autobiografică, cea a memoriilor și mărturiilor din ultimele secole, au nuanțat cunoașterea în profunzime a subiectivității.

Începând de la sfârșitul secolului al XVIII-lea când Kant a introdus conceptul de persoană în morală, ideea personalității s-a adăugat noțiunilor de bază ale psihologiei. Conceptul de persoană fusese utilizat din vremea romanilor în justiție, cu înțeles de re-prezentare, comparația fiind făcută cu masca teatrală. Apoi, el a jucat un rol în dogmatica creștină. Cele trei ipostaze ale lui Dumnezeu au fost considerate ca trei persoane, ce interacționează continuu, iubindu-se arhetipal. Adoptat de etică, conceptul de persoană a început să semnifice ulterior, pentru psihologie, ansamblul modalităților de prezentare și reprezentare a subiectului în instanțele socio-culturale. În secolul XX, expresia de persoană a condensat caracteristicile de identitate socială ale subiectului, susținută de nume și acte de identitate, statut și rol socio-juridic. În același timp, în instanța culturală spirituală a persoanei, subiectul își manifestă conștiința sa morală și vizează transcendența sacrală. Termenul de persoană a devenit astfel un important concept umbrelă pentru psihismul uman, care acoperă identitatea biografică, trăirile actuale, instanța metareprezentățională și inserția acestora în corporalitatea psiho-biologică. Persoana, trimițând la personalitatea unică și creatoare specifică fiecărui subiect, ar reprezenta fața exterioară, îndreptată spre socio-cultură, a dimensiunii sale subiective, înrădăcinat în profunzimile propriului corp.

Identitatea socio-culturală a persoanei se definește pentru fiecare om progresiv, în cursul ontogenezei și a ciclurilor vieții, la conjuncția dintre aspirațiile și funcționarea sa socială, opiniile, evaluările și caracterizările altora, normele și valorile unei culturi, creativitatea proprie. Ea rezultă și din asimilarea imaginilor personaliste cu care subiectul se întâlnește de-a lungul formării sale, concretizate în părinți, educatori, personaje publice, istorice, eroi ai literaturii, ai miturilor și credințelor. Idealul de personalitate este corelat astfel și cu narativitatea culturală, ce vehiculează eroi ideali.

Bilanțul psihologiei teoretice a modernității Europei ar putea fi rezumat astfel: Psihologia teoretică, antropologico-filosofică a modernității Europei, a conceput un psihism uman conștient, marcat de subiectivitate, ancorat în biologie prin corp și în transcendența divină prin persoană. În adâncurile subiectivității sale omul se poate raporta la Dumnezeu și poate resimți culpa. El se percepe reflexiv pe sine ca vizând și percepând lumea, prin intermediul unor situații prezente. Sinele reflexiv își resimte interioritatea subiectivității sale intime, ca fiind delimitată de lumea exterioară la care aderă. Lume, din care fac parte și alte persoane, care-l percep și pot avea diverse atitudini și relaționări cu el, inclusiv de contopire, prin dragoste. În instanța metareprezentățională a subiectului – dar și a celor ce-l percep și și-l reprezintă – se configurează variate scenarii relaționale și reprezentări narative, pe care literatura romanică a epocii le-a comentat amplu. Fiecare subiect conștient există nu doar înrădăcinat în propriul corp; ci, el există și în mintea și narațiunea altora despre el, în posibilele și realele biografii și autobiografii rostite sau scrise prin intermediul limbajului, a logosului. Având ca suport limbajul narativ, amintirile subiectului capătă caracter autobiografic, susținând un timp special: cel al duratei

identitare a sinei. Sinele identitar biografic se plasează în centrul structurii caracteriale sprijinind, împreună cu sinele corporal, raportarea actuală la situație. Subiectul resimte prereflexiv că *el* este autorul ultim al raportărilor sale la lumea sa dată; și că propriile-i trăiri îi aparțin lui însuși.

SECOLUL XX ȘI ÎNCEPUTURILE EPOCII POST-MODERNE. PSIHOLOGIA EXPERIMENTALĂ ȘI COGNITIVISMUL, FENOMENOLOGIA, PSIHANALIZA, PSIHOLOGIA DEVELOPMENTALĂ

Către sfârșitul secolului XIX psihologia s-a inserat în noua paradigmă a științelor experimentale ale naturii, înființându-se laboratoare de psihologie. Secolul XIX, cel în care s-a constituit semiologia psihiatrică, a fost dominat în psihologia orientată spre practică de doctrina facultăților. Se aveau în vedere trei facultăți psihice de bază:

- cea cognitivă (a rațiunii),
- cea volitivă (a libertății) și cea afectivă (emotivă).

Cu toate metamorfozele psihologiei până în zilele noastre, această viziune a facultăților a persistat și persistă, mai mult sau mai puțin subteran în limbajul psihologic.

Laboratoarele de psihologie au avut în vedere inițial doctrina asociaționistă. Apoi, în secolul XX, pe cea comportamentalistă (behaviouristă) bazată pe ideea „cutiei negre”: se observă și se măsoară parametrii (comportamentali/informaționali) ce intră în cutie; și apoi, la ieșirea din cutie, comportamentul. Acesta se poate modifica în urma variației parametrilor de la intrare. Psihologia comportamentalistă a avut în vedere și vorbirea. De asemenea ea a invocat motivarea prin sancțiuni pozitive și negative readucând în discuție psihologia animalelor, care se pretau mai ușor la experimente. Ulterior s-a impus și o psihologie observațională a comportamentului animalelor în mediul lor natural, etologia.

În prima jumătate a secolului XX s-au dezvoltat mult și laboratoarele bazate pe doctrina configuraționistă (gestaltistă). Configuraționismul avea în vedere procesele psihice organizate structural dinamic. În percepție de exemplu, subiectul distinge ansamblul unei figuri ce are structură, limite și care se detașează pe un fond; fundal ce e la rândul său accesibil și structurat. El poate fi uneori atent la fond, la conturul figurii sau la interiorul ei. Prin vizare, se poate modifica deci parametrii percepțivi. Iar atunci când se ascultă o melodie, subiectul percepe tot timpul configurația sa de ansamblu; și nu doar detaliul de moment pe care-l aude într-o anumită secvență. Centrul de preocupare al psihologiei configuraționiste a fost percepția. Dacă ideea de percepție a fost introdusă în psihologia teoretică în secolul XVII de către Leibnitz, ea nu a fost clar structurată și studiată sistematic până în secolul XX. Principala doctrină a psihologiei experimentale care s-a impus la sfârșitul secolului XX și domină și în prezent, este cognitivismul.

Suportul cognitivismului l-a constituit dezvoltarea inteligențelor artificiale și progresele substanțiale în neuroștiințe. Baza cognitivismului o reprezintă prelucrarea

informației pentru rezolvarea de probleme. Importantă a fost și reorientarea lingvisticii spre gramatica universală, preocupările filosofice privitoare la jocurile de limbaj, dezvoltarea unor logici speciale (deontică, a acțiunii, a dialogului, a argumentării) și doctrina filosofiei minții. Orientarea spre modelare a deschis ermetismul cutiei negre pe care îl cultiva comportamentalismul. Treptat, alte doctrine ca psihanaliza, fenomenologia și etologia (psihologia animală) s-au articulat și ele cu cognitivismul. Chiar teme filosofice mai vechi cum ar fi cea a simțului comun ce funcționează în cadrul vieții cotidiene, și-au găsit în această doctrină o reformulare, prin „psihologia populară”. Cu toată această agregare, cognitivismul a rămas înscris în paradigma deschisă la sfârșitul secolului XIX a înțelegerii psihologiei ca știință experimentală. El pretinde înregistrarea de fapte bine definite în stil comportamental, corect măsurate, cu o prelucrare cantitativă adecvată. Abordări generale așa cum a fost analitica Dasein-ului a lui Heidegger îi sunt străine.

Cognitivismul a stimulat cercetarea detaliată mai ales a tradiționalelor funcții cognitive: atenția, percepția, memoria, raționarea argumentată; dar și vorbirea și acțiunea. El beneficiază în mod special de variate analize ale comportamentului cu scop, deoarece cibernetica și inteligențele artificiale sunt centrate tocmai pe prelucrarea informației în vederea rezolvării de probleme. Motivația și afectivitatea sunt subordonate și incluse în acest program de studiere a acțiunii țintite.

Studiile de inspirație cognitivistă au adus contribuții importante în psihopatologie, inclusiv în aria studierii psihozelor. Psihopatologia acestora a putut beneficia și de cercetările cognitiviste realizate în domenii clinice ce se află la graniță cu psihoza, cum ar fi autismul, obsesionalitatea, depresia.

Unul din avantajele metodologiei cognitiviste constă în faptul că poate propune modele de diverse complexități, abordând atât funcții psihologice țintite cât și funcții integratoare. În prezent, studiile în domeniul psiholingvisticii și cele privitoare la percepția vizuo-spațială beneficiază substanțial de metodologia cognitiviste. Alte trei importante funcții integratoare studiate în cognitivism se dovedesc a juca un rol important în psihopatologia psihozelor. E vorba de „funcția coerenței centrale”, studiată în tulburările de percepție a autiștilor; de funcțiile executive, care cercetează inițierea, proiectarea și realizarea unei acțiuni cu scop și de funcția „mentalizării” (*Theory of Mind*) care studiază intuierea intențiilor altuia în situație. Cognitivismul a evidențiat în psihoze (schizofrenie) și un set important de funcții neurocognitive țintite, evidențiabile prin diverse teste. Aceste funcții neuropsihice specifice în mare măsură omului, sunt abordate și de psihologia developmentală și de cea evoluționistă. Prin programele de cercetare cognitivistă realizate și în curs de elaborare, se așteaptă ca psihologia cognitivistă, în calitatea sa de zonă de răscruce în psihologia contemporană, să aducă importante contribuții în studierea psihopatologiei psihozelor.

*

Pe parcursul secolului XX tradiția psihologiei teoretico-filosofice dezvoltată de la Aristotel până la sfârșitul modernității, a trecut în plan secund, fără a dispărea însă. La începutul secolului XX, Bergson a dezvoltat tema intuiționalismului, care

dublează creator mecanismele cvasimecanice, operatorii ale inteligenței; iar în spatele „datelor imediate ale conștiinței” – care configurează prezentul trăit – a plasat „durata” identității personale. Principala problemă filosofică ce s-a ridicat în această perioadă a fost însă cea a specificității științelor umane în raport cu științele naturii. În această direcție s-a impus inițial tema comprehensibilității empatice, dezvoltată de Dilthey. Aceasta se inspiră parțial din tradiția hermeneutică a descifrării semnificației textelor elaborate de Schleiermacher. Jaspers, când a scris și a publicat, în 1913, *Tratatul de psihopatologie generală*, era adeptul declarat al acestei orientări. În perioada de început a secolului XX, Husserl a dezvoltat fenomenologia sa în atmosfera interesului pentru științele umane. Punctul său de plecare și sprijin nu-l reprezintă însă semnificația textelor scrise și comprehensiunea empatică, ci vizarea intențională a semnificațiilor lumii perceptibile de către profunzimile subiectivității conștiinței. El a reactualizat conceptul scolastic de intenționalitate, reluat în secolul XIX de către Brentano. Preocupările sale inițiale centrate pe matematică și logică, s-au mutat treptat spre o analitică transcendentă a subiectivității conștiinței, ca bază pentru înțelegerea sensului datelor percepute, ca idealități. Acest demers fenomenologic viza întemeierea bazelor științelor în general. Metodologia fenomenologică, ce pune accent pe subiectivitate, a influențat la începutul secolului XX pe filosofi preocupați de psihologia antropologică ca Scheller și de ontologie ca Heidegger (**Chenar 84, 85, 86**). Ultimul, a elaborat în cartea „Ființă și timp” o semnificativă analitică a ființei umane, înțeleasă ca Dasein. Analitica Daseinului, la fel, ca și fenomenologia lui Husserl în ansamblul ei, au influențat studierea psihopatologiei psihozelor.

Fenomenologia lui Husserl a fost importantă în secolul XX deoarece a menținut treaz interesul pentru subiectivitatea conștiinței, într-o perioadă în care atât comportamentalismul cât și psihanaliza ignorau această dimensiune a psihismului uman. Odată cu impunerea în psihologie a cognitivismului spre sfârșitul secolului XX, flancat de „filosofia minții”, tema subiectivității a fost reactivată prin sintagma „perspectiva persoanei întâi” corelată poziționării obiectivante a perspectivei „persoanei a treia”.

O altă doctrină psihologic antropologică ce s-a afirmat major în secolul XX a fost psihanaliza lui Freud. Psihanaliza are ca precursori în secolele anterioare, preocupări care au stârnit curiozitatea pentru „inconștient”, așa cum a fost doctrina magnetismului animal, hipnoza, manifestările histerice, dubla personalitate. Dar ea s-a dezvoltat metodologic într-o direcție cu totul diferită de acestea, mai precis într-una analitic hermeneutică. Psihanaliza a comentat rolul motivațional a unui presupus conflict intrapsihic inconștient, dintre pulsunile (erosului) ce emerg din instanța sinelui și interdicțiile instanței supraeului. Conflict mediat de „eu”, instanță ce realizează și o adaptare la exigențele realității. Supraeul s-ar constitui prin asimilarea sau „introjectarea” în propria structură psihică a „imagourilor” parentale, marcate de relaționări afective și de scenarii anxiogene. Astfel, realitatea exterioară a adulților, care mediază pentru copil normativitatea socială a culturii, devine o dimensiune interioară a psihismului.

Chenar 84

Principalele instanțe ale subiectului conștient pe care le are în vedere analiza fenomenologică

1. Polul egoului Personalitatea constitutivă Coștiința Subiectivitatea Ego Sine Timp	2. Polul celui alt alter-ego tu el, ceilalți 4. Zona comuniunii intersubiectivitate Existența duală („noi-tatea” – „Wahrheit”)	3. Polul lumii (sinteza tematică)
5. Polul temporalității Trecut/prezent/viitor Prezentificarea (prezența la ceea ce e actualmente prezent) Durata Devenirea	6. Polul spațialității (distanța interpersonală între zona intimă și cea publică)	
8. Polul identității Biografia	7. Polul situației (actualizare) a fi implicat într-o situație problematică	9. Polul cogitării (judecării, predicției) Antepredicație Judecare (constituire) Tematizare/valorificare Evidență/certitudine

Fenomenologia, ca univers structurat al trăirilor conștiente, are la bază vizarea intențională a semnificațiilor lumii de către subiectul înrădăcinat în sine (eu) și autoreflexiv; egoul bazal, transcendențial, stă în spatele eului empiric al vieții cotidiene și are valabilitate universală.

Chenar 85

Fenomenologia lui Husserl

În perspectiva unei psihologii teoretice, percepția a ajuns să fie principala preocupare pentru fenomenologia dezvoltată în veacul trecut de către Husserl. Husserl a reluat efortul lui Descartes de a căuta în adâncurile subiectivității un temei pentru regândirea riguroasă a bazelor științei. Pentru aceasta el s-a aplecat asupra instanței psiho-antropologice ce a stat la baza elaborării științei moderne, adică asupra conștiinței umane. Husserl abordează psihismul conștient din perspectiva intenționalității semnificative (noetice) reluând această idee scolastică, reactivată în secolul XIX de Brentano. Vizarea intențional noetică a subiectului are în permanență un corelat (noematic) ce se referă la lume. Pornind, ca și Descartes, de la cogitația ce se desfășoară în viața cotidiană, Husserl propune o coborâre metodică (pe baza suspendării deliberate – a „punerii între paranteze” – a realității și trăirilor empirice), până la un nivel ultim, bazal, pe care-l numește ego sau subiectivitate transcendențială. Acesta ar fi un nivel ideal al psihismului conștient, prezent structural în oameni. Reelaborarea ulterioară controlată a structurilor bazale ale experienței conștiente evidențiază o infrastructură specifică a acesteia, în ceea ce privește polarizarea eu-lume (noetico noematică), spațio-temporalitatea și vizarea intențională a semnificațiilor, în specificitatea lor umană.

Apar astfel nivele ierarhice ale sintezei pasive și active ale experienței conștiente. Precum și a prezenței egoului în lume prin intermediul prezentului trăit, ce se sprijină pe „retenția” temporală a trecutului și pe „potenția” viitorului. Prezentul trăit, ca prezență actuală la lume și în lume, este modul fundamental de existență al conștiinței, a posibilității sale de afirmare în lume, în urma înțelegerii semnificațiilor acesteia. De aceea, temporalitatea ocupă un loc privilegiat în structura egoului conștient. Fenomenologia husserliană a fost elaborată după principiile unei monodologii egologice. Dar către sfârșitul studiilor sale, Husserl a abordat și tema fundării transcendente a existenței alterității conștiente, a „celuilalt”. Meditația sa propune luarea în considerare a propriei corporalități – în sens de trup (Leib) diferit de corp (Körper) – ca o instanță intermediară între transcendentalitatea subiectivă și obiectivitatea lumii. Perceperea corporală permite o analogie și o translație apercetivă a propriei subiectivități spre subiectivitatea celuiilalt, sedimentându-se astfel o intersubiectivitate intercorporeală.

Chenar 86

**Heidegger, analiza Dasein-ului din „Ființă și timp”
și psihopatologia psihozelor (viziunea despre ființa umană a lui Heidegger
se plasează în continuitatea psihologiei teoretice,
antropologico filosofice tradiționale)**

Filosoful Heidegger a ridicat în secolul XX problema: care e structura de ființă a ființării ce-și pune problema filosofică a sensului ființei. Desigur, această ființare este omul, pe care el îl indică prin conceptul de „Dasein”. Structura fundamentală a Dasein-ului ar consta din deschiderea sa originară și atașamentul față de o lume care se proiectează temporal prin ec-sistența sa finită, circumscrisă prin moarte. Ființa finită și temporală a Dasein-ului heideggerian nu e localizabilă într-un „eu” sau într-o „persoană” corporală și socială. Ea se caracterizează prin *faptul-de-a-fi-împreună-cu-alții* (*mitsein*) într-o permanentă deschidere și proiectare, sub orizontul lumii înglobante, în care Dasein-ul se transcede și împreună cu care coexistă. Lumea e consubstanțială Dasein-ului. Și nu-i este opusă, sub forma unui „obiect-de-cunoscut”. *Existența-în-lumea-umană* – care variază de-a lungul istoriei, ca parametri de cunoaștere și moduri de manifestare – se împlineste alături și împreună cu elementele lumii care înconjoară Dasein-ul. Aceste „lucruri” din jurul fiecăruia dintre noi sunt folosite ca ustensile sau se oferă observării contemplative.

Esența Dasein-ului constă în grijă. Grijă pentru a-și împlini proiectele, grijă pentru alții, grijă pentru sine, pentru lume în general, pentru adevăr și pentru ridicarea discretă a vălului ce acoperă ființa. Adevărul este „a-letheia”, scoaterea din uitare, dezvăluire, desocultare. Diversele proiecte ale ființei-ce-există-în-lume se desfășoară în aria cotidianității impersonale, a vieții de zi cu zi, în care ființa omului se descoperă pe sine, ca fiind „aruncată”. Dasein-ul se consumă astfel inautentic, în situații pe care le înțelege și le comentează în limbajul curent al sporovăielii. Pe acest fundal, momentele de angoasă cutremură ființa Dasein-ului și îi amintește de finitudinea sa, de *existența-sa-întru-moarte*. Angoasa îl invită să se reculegă în profunzime și să mediteze asupra autenticității existenței, posibilă sub arcul conștiinței morale (Gewissen) și a limbajului înaltei poezii, care deschide orizontul sesizării sensului ființei.

Din analitica Dasein-ului formulată de Heidegger psihopatologii s-au referit mai ales la conceptele (etichetate în această analitică ca „existențiale”) – de *fapt-de-a-fi-în-lume*, *fapt-de-a-fi-împreună-cu-alții*, proiect, ustensilitate.

Doctrina psihanalitică face corp comun cu tehnica de investigare și terapie prin asociații mentale libere. Terapeutul ascultă asociațiile ideatice spontane ale pacientului, le grupează și apoi le interpretează împreună cu acesta. Observația directă era exclusă din metodologia clasică a doctrinei, orientată spre adâncimile inconștiente ale biografiei. Profilul psihic al persoanei psihanalizate se contura astfel prin interpretarea hermeneutică a expunerii lingvistice, în cadrul relației pacient-terapeut. Către sfârșitul

secolului XX unii pedopsihanaliziști au început să acorde atenție observațională crescută copilului aflat în primele perioade de dezvoltare, pe care doctrina psihanalitică le invocă.

Tot atunci a început să se acorde o importanță crescută eului și relațiilor interpersonale „objectale”. În acest context, integrându-se și contribuțiile etologiei, s-a dezvoltat teoria atașamentului. Aceasta postulează diferențierea dezvoltamentală în structura psihismului infantil, începând de la 8 luni, a unei instanțe care reprezintă modelul mamei securizante (denumită „internal working model”). Instanță în care pot fi apoi reprezentate și alte persoane apropiate de copil, la fel ca în instanța supraeului. Doctrina psihanalitică a eului, integrat în doctrina atașamentului, a favorizat apoi apariția psihologiei dezvoltamentale.

La sfârșitul secolului XX și începutul secolului XXI s-a dezvoltat o psihologie și o psihopatologie dezvoltamentală, care cercetează empiric și sistematic diferențierile și modificările psihologice ale subiectului care se desfășoară de-a lungul ciclurilor vieții, în contextul relațiilor interpersonal sociale proxime, în mijlocul cărora individul trăiește (Cicchetti, 2006). Psihologia dezvoltamentală este orientată empiric observațional; dar ea cultivă deschiderea spre variate doctrine și informații, culegând și sintetizând date privitoare la dezvoltarea corporal cerebrală, la influențele curente ale mediului familial, educațional și a variatelor situații speciale. Nu sunt ignorate influențele culturale și modelările. Aspectul cel mai original constă în urmărirea longitudinală a unei cazuistici semnificative și deschiderea largă spre comentarea și interpretarea datelor. Paradigma de cercetare a psihologiei dezvoltamentale nu anulează însă cercetările ținute ce se efectuează sub umbrela diverselor orientări doctrinare. Pentru psihopatologia psihozelor, modelul perspectivei de studiu longitudinal, dezvoltamental și a ciclurilor vieții, nu e deloc neglijabil.

ORIZONTURI ACTUALE

Ultima mare deschidere ce s-a dezvoltat în psihologia ultimilor ani cuprinde orientarea evoluționistă dublată de studierea sinelui (*self*). Teoria lui Darwin, a descendenței omului din linia evolutivă a antropoidelor superioare ce progresează în direcția telencefalizării, a primit un puternic impuls către sfârșitul secolului XX. Faptul se datorează nu doar multiplelor descoperiri în paleontologie, ci mai ales progresului cunoașterii în genetică. S-a ajuns astfel la ipoteza a peste un milion de ani ca durată a antropogenezei, dintre care ultimii 150.000 ani ar fi acoperiți de dezvoltarea limbajului articulat și a creierului social; precum și a localizării acestui proces în savana Africii, în condiții ambientale particulare, cu migrația ulterioară a hominizilor în restul continentelor. Ideile de bază ale lui Darwin privitoare la selecția naturală și sexuală bazată pe competitivitatea pentru resurse și șansa reproducerii, s-a menținut. La aceasta s-a mai adăugat ideea „inclusive fitness”, pentru interpretarea aparentului altruism din lumea animală. Această idee lansată de Hamilton, s-a popularizat prin cartea lui Dawkins cu titlul sugestiv „Gena egoistă”.

În a doua jumătate a secolului XX s-a dezvoltat mult și psihologia animală, mai ales etologia, care studiază comportamentul animalelor în mediul lor natural.

Faptul a permis constatarea că o serie de predispoziții cerebrale pentru comportamente adaptative au nevoie imediat după naștere de percepții semnificative, care să „împregneze” creierul cu recunoașterea unor semnificații importante pentru viață. Faptul are o deosebită importanță pentru psihismul omului, care se naște prematur astfel încât creierul său se maturează morfofuncțional în perioada postuterină, sub îngrijirea părinților și congenerilor. Psihismul uman are astfel parte de o mult mai mare structurare extra-genetică, a cărei sursă e în mediul interpersonal, intersubiectiv, social și cultural în care copilul crește. Limbajul narativ susține acest proces.

Evoluționiștii au ajuns la concluzia că psihismul animal poate fi înțeles ca o structură de „organe adaptative”; fiind astfel integrat regulilor selecției naturale. Transmiterea transgenerațională s-ar realiza prin intermediul unor „moduli psihocerebrali” care, după ce s-au maturat ontogenetic, devin funcționali prin expunerea la anumiți stimuli. Individul ajunge astfel să fie dotat cu comportamente eficiente. Evoluția în direcția antropogenezei ar fi utilizat în mod specific această capacitate a organului-creier, ce s-a dezvoltat în paralel cu mersul biped și utilizarea manipulativă a membrilor anterioare. Printre structurile funcționale psihocerebrale umane pot fi considerate: limbajul articulat, cogniția socială și funcțiile executive. Limbajul articulat permite narativitatea și evocarea reprezentativă. Cogniția socială, bazată pe „creierul social”, permite detectarea intuitivă, vizuală, în situație, a intențiilor celuilalt; fapt esențial pentru stabilirea colaborărilor în grup și coordonarea acțiunilor. Dezvoltarea lobului prefrontal s-a realizat în paralel cu creșterea capacității de a elabora acțiuni cu scop și a le realiza; proces la baza căreia stau funcțiile executive. Cele trei câștiguri psihologice s-ar fi realizat într-o perioadă relativ recentă a antropogenezei, în ultimii 150.000 ani.

Psihologia evoluționistă a mai ridicat o problemă esențială. Baza auto-reproducerii și diferențierii evolutive în biologie o constituie genele, care concentrează și multiplică informația specifică indivizilor unei specii. Dawkins (2006) a sugerat să se caute și pentru omul cultural un echivalent al genelor, sub eventuala denumire de „meme”. Problema este deocamdată doar aproximativ formulată și nu există modele comprehensive pentru *meme*. Ideea de bază e însă că unitățile autoreproductive culturale memetice sunt supraindividuale, integrând participarea subiecților individuali. Faptul pretinde ca, în analiza psihismului individual să se acorde atenție tuturor dimensiunilor de articulare cu alte persoane conștiente și cu structuri funcționale culturale supraindividuale. Doar astfel ar putea fi imaginate ipoteticile unități autoreproductive memetice, eventual centrate de practicile educativ-creative. Limbajul, înțeles ca „logos” ar constitui mediul în interiorul căruia s-ar organiza și ar funcționa memele.

Semnificația deosebită a psihologiei evoluționiste constă în perspectiva holistă ce o aduce în discuție. Se pleacă de la presupuziția că toți oamenii au o structură psihică similară, realizată de-a lungul a sute de mii de ani, definită mai clar în ultimii 150.000 ani. Și diferențiată apoi perioada culturală a omenirii (aproximativ 10.000 ani), în conjuncție cu metamorfozele supraindividuale ale socio-culturii, mai ales în ceea ce

privește tehnologia logosului. Pe fundalul orizontului pe care îl deschide psihologia evoluționistă o importanță deosebită o are și atenția specială acordată în ultima perioadă „sinelui” (*self*).

Psihismul persoanei umane are nevoie de un centru de înrădăcinare în sine și de sinteză, din care să emeargă intenționalitatea sa, atașamentul său față de lume, care să integreze experiența și identitatea sa, relativ delimitată, în raport cu alții și cu lumea. Psihologia teoretică a antichității a nominalizat un astfel de centru prin expresia „hegemonikon”. Modernitatea Europei l-a denumit „eu conștient”; noțiune asupra căreia au insistat Kant și Fichte iar mai recent Husserl. Jaspers se referea și el la „eul conștient de sine”, ca centru al psihismului uman subiectiv.

La sfârșitul modernității expresia de eu s-a estompat. Dar, în locul său s-a impus recent conceptul de sine (*self*). Sinele are față de eu avantajul că poate fi aplicat cu mai multă degajare, nefiind încărcat de o tradiție specifică prea mare. Deci, și în studiile de psihologie umană și animală, în cele de sociologie, psihologie evoluționistă sau în neuroștiințe. El e acceptat în prezent și de cognitivism, care identifică în „sine” agentul percepției, al cogniției, al acțiunii. Și la fel, de fenomenologia actuală, care identifică acest concept ca trăire subiectivă a originării în sine a intenționalității (agenție) și de atribuirea către sine a propriilor trăiri („ownership”). Sinele fenomenologic apare ca având un centru și o delimitare subiectiv reflexivă, în raport cu lumea și cu alții; delimitare în interioritatea căreia sunt plasate propriile trăiri intenționale. Dar tot în acest interior sunt prezenți și reprezentați alții, de la persoanele de atașament de care te simți strâns legat, la persoanele de care ți-e frică.

Pe lângă fațetele și dimensiunile pe care cognitivismul le evidențiază sinelui, conceptul poate recupera majoritatea valențelor tradiționale ale eului, formulate mai riguros și articulate în eșafodajul unui posibil model comprehensiv și al unor eventuale experimentări.

În prezent, la fel, ca și în cazul memelor, proiectul unei psihologii – și psihopatologii – bazate pe conceptul unui sine-conștient-reflexiv, pare la început. Funcționează variate accepțiuni ale noțiunii: sine nuclear actual, sine corporal (și încorporat), sine identitar biografic, sine social, sine minimal fenomenologic etc. Urmează să se propună și să se treacă prin filtrul dezbaterilor critice, hermeneutico-dialectice și a probării empirice, modele integratoare, reprezentative pentru această unitate bazală a antropologicului – și a memelor – care e sinele. Dar e necesar și un concept de sine care să se articuleze – și să se integreze armonios cu – conceptul de persoana umană. Un astfel de model nu poate ignora tradiția ce se întinde de la Aristotel încoace, care a căutat constant o specificitate conceptuală pentru psihismul uman, interrelat dar distinct de psihismul biologic.

Noțiunea de persoană și cea corelată ei, de caracter, s-au sedimentat și ele în câmpul gravitațional a unui astfel de specificități psihice umane, alături de “nous”, intelect, raționalitate, conștiință, sine. Persoana a coborât din cer, unde creștinismul o atribuia Dumnezeului său trionfic. Prin intermediul eticii, s-a articulat de sinele caracterial pe care l-a promovat literatura românească. Logosul narativ, narativitatea umană de orice fel, poartă cu ea eroi fictivi și ideali, fiecare având caracterul lor

personal. Aceștia sunt în permanent dialog cu sinele subiecților reali, „în carne și oase”, ce se adâncesc în profunzimile subiectivității și intersubiectivității lor, descoperind acolo orizonturi nebănuite.

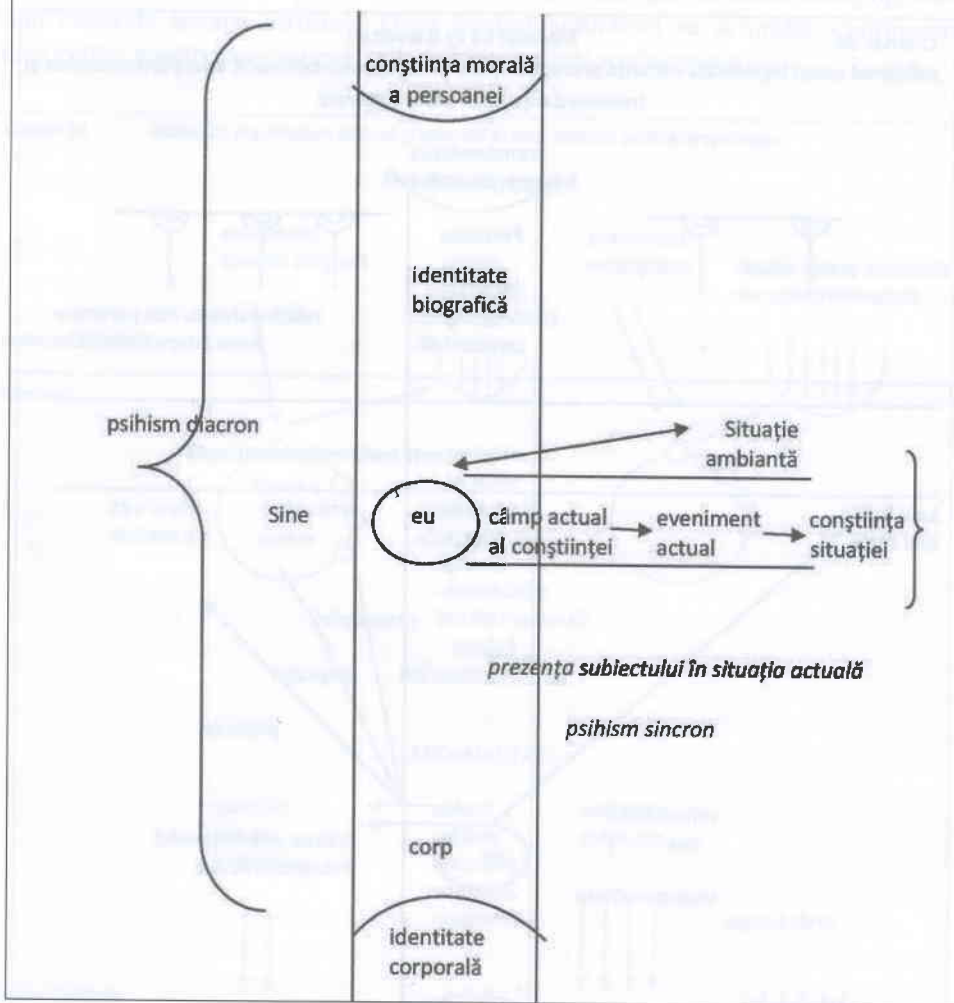
Nu trebuie deci uitat că înainte ca Aristotel să dezvolte structura sa ierarhică a psihismului ce crește din biologie și se dimensionează prin rațiunea umană, Heraclit a semnalat conexiunea intimă și dimensionarea amplă a psihismului uman prin logos. „Logos-ul propriu al sufletului se sporește pe sine însuși” (Frag. 115 Diels, Kranz, Banu).

MODELUL „CÂMPULUI DE CONȘTIINȚĂ” A LUI EY ȘI DEZVOLTAREA SA DIMENSIONALĂ

Psihismul individului uman, prin faptul că are în spatele său un psihism biologic – fapt pe care cea de a doua jumătate a secolului XX l-a restituit psihologiei – își desfășoară activitatea, la fel ca și alte vertebrate superioare, prin oscilația între somn (cu vis) și veghe. Starea de veghe e una de funcționalitate psihocerebrală crescută, în care subiectul e conectat cu datele oferite de ambianță. El filtrează și ierarhizează informațiile disponibile prezente în jurul său, orientat de intenție și focalizându-și atenția asupra unor aspecte ale lumii ambientale și a unor obiective. În aceste condiții se realizează perceperea informațiilor situației date și acțiunea eficientă a persoanei. Această raportare activă face apel constant la memorie, evaluare și informație inversă, de control. Variațiile de intensitate ale vigilității și cele de orientare ale atenției, condiționează diverse forme și amplitudini ale activității psihocerebrale. Starea de vigilitate poate fi comentată la nivelul psihismului omenesc ca o „stare psihică conștientă”. Psihiatrul H. Ey a introdus metafora „câmpului de conștiință”.

Conceptul de „câmp psihologic”, a fost introdus în psihosociologie de către Gurwith. În psihopatologie ea a fost invocată în a doua jumătate a secolului XX de către H. Ey (1983) prin expresia de „câmp al conștiinței actuale”. Metafora câmpului a fost de altfel invocată în tot cursul secolului XX de către psihologia configuraționistă, centrată predominant pe studierea percepției. Ea este reactualizată recent de conceptul de „coerență centrală” ce a fost studiat la autiști, modelările cele mai expresive fiind corelate tot cu percepția. Se poate vorbi însă și de un „câmp al acțiunii”, susținut de funcțiile executive; și în primul rând de liantul pe care-l realizează „memoria de lucru” (de foarte scurtă durată). În același sens e funcțional modelul unui câmp al rezolvării unei probleme și ideea de câmp semantic. S-a mai vorbit de „câmpul relațiilor interpersonale”, iar circumplexul interpersonal îl invocă. Conceptul de câmp psihologic face trimitere și la afectivitate și de aceea e dificil de modelat.

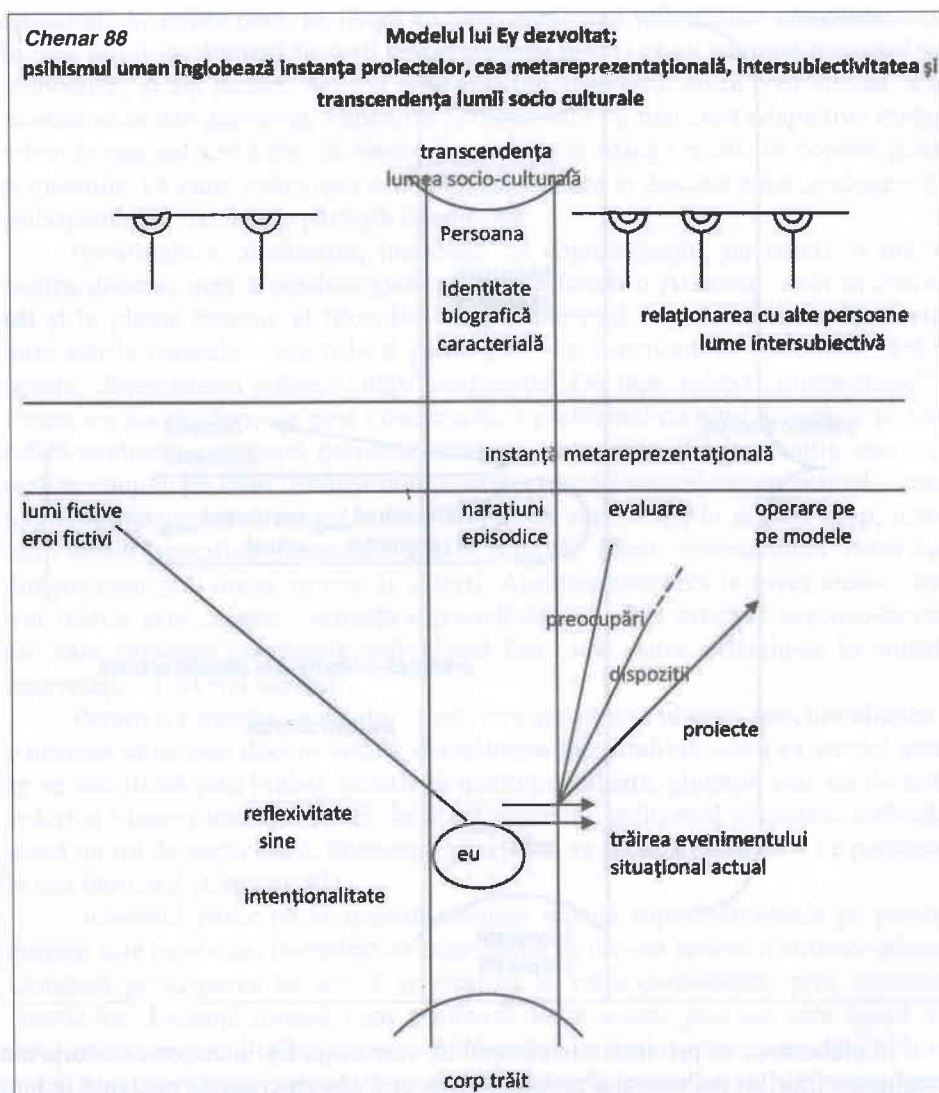
Concepția lui H.Ey privitor la câmpul de conștiință (actual) și conștiința diacronă (morală)



În elaborarea sa privitoare la câmpul de conștiință Ey intenționa să surprindă actualitatea trăirilor psihismului conștient, aspectul său sincron, de prezență la lume prin intermediul situațiilor prezente. El diferenția însă, în același timp o dimensiune diacronă a psihismului persoanei, ce se exprimă la nivel biografic și caracterial, moral (**Chenar 87**). Încercarea sa de interpretare a trăirilor psihopatologice prin acest model cu dublă dimensiune nu a avut însă consecințe.

Modelul lui Ey poate fi însă dezvoltat cel puțin în trei direcții (**Chenar 88**). Astfel, se pot lua în considerare și dimensiuni ale trăirilor și manifestărilor trans-actuale, așa cum sunt preocupările și proiectele de durată ale subiectului. Angajarea într-o situație actuală, pasageră, se poate articula cu acestea. Variatele preocupări și proiecte se desfășoară în paralel, putându-se parțial conecta unele cu altele. Durata

diferită, uneori îndelungată a proiectelor și preocupărilor, oferă o „adâncime temporală” vieții psihice a subiectului, care, în fundal, se bazează pe identitatea sa biografică, susținută de identitatea corporală și socială.



Altă completare ar consta în acceptarea unei instanțe metareprezentationale, cu cel puțin trei funcții:

- Operarea pe modele ale situațiilor, fapt ce permite luarea în considerare, în rezolvarea problemelor situaționale a unor eventualități multiple;
- Evaluări, atât ale situației în genere, cât și ale propriilor acțiuni și ale comportamentului situațional al altora;
- Autonarativitatea potențială, cu referire la trăirile experiențiale și evenimențiale. Acestea pot fi transpuse în cod narativ și introduse în memoria episodică/biografică; și astfel ele pot fi reactualizate ulterior în reprezentări sau relatări către alții.

Funcția narativă, conectată cu memoria biografică articulează reprezentarea de sine a subiectului cu cea a persoanelor cunoscute; dar și cu eroii fictivi din narațiunile istorice, romanești sau mitice. De fapt, prin instanța metareprezentatională, psihismul uman are capacitatea de a se conecta și cu lumi virtuale operând pe modele ale acestora. El se reprezintă pe sine în relaționări posibile cu alții. Adică cu persoane și personaje, reale și fictive, rezolvând probleme pe care le transpune apoi în acțiuni concrete. În plus, subiectul uman poate viza și opera cu entități abstracte funcționând în permanență intențional și reflexiv (**Chenar 88**).

În al treilea rând, o completare ce se mai poate face modelului lui Ey ar fi implicarea constantă a altor persoane, într-un „câmp al relațiilor interpersonale”. Un astfel de model a fost sugerat la un moment dat de psihologia interpersonală a lui Sullivan și stă la baza circumplexului interpersonal dezvoltat de echipele de psihologi ce au gravitat în jurul lui Leary, Kisker, Wiggins (**Chenar 90**). Câmpul relaționărilor interpersonale se cere avut în vedere, ținând cont atât de teoria atașamentului cât și de viziunea fenomenologică, ca un câmp al relaționării intersubiective, ce se desfășoară pe o diagramă intim public. Acest câmp nu e doar unul exterior. El funcționează și ca o dimensiune intrapsihică în raport cu imagourile introjectante și reprezentante ale altora.

*

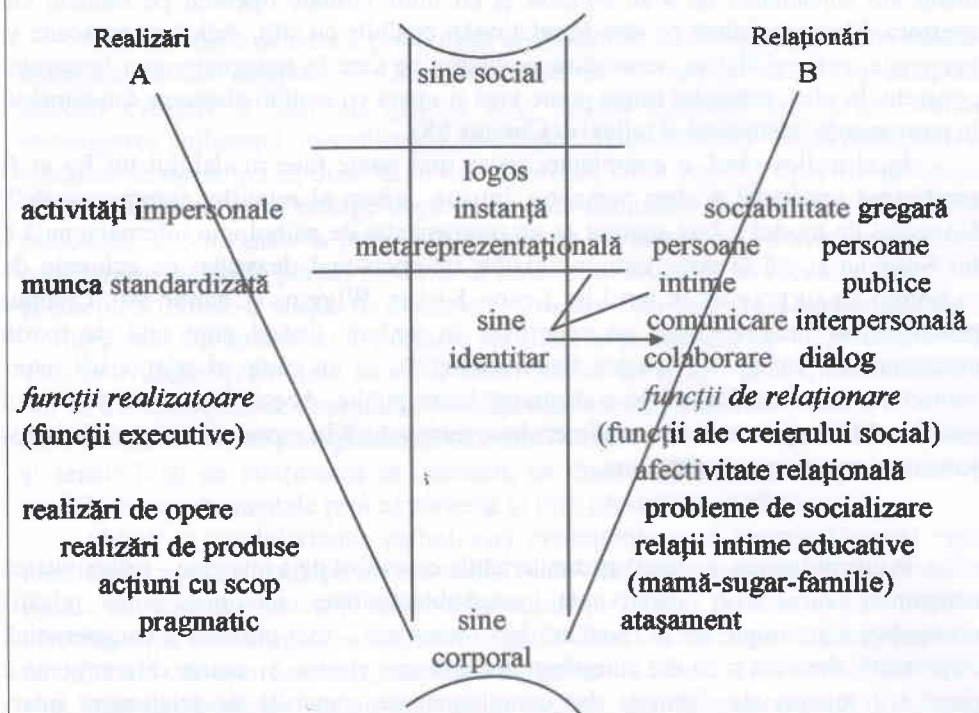
Psihismul uman, pe lângă particularitățile ce au fost deja invocate – reflexivitatea conștiinței subiective, narativitate, intersubiectivitate, intenționalitatea vizării sensurilor, toate implicate în modelul deja menționat – mai prezintă o caracteristică importantă, derivată și ea din complexitatea antropogenezei. Și anume diferențierea a două arii funcționale distincte dar complementare: funcțiile de relaționare interpersonal socială și funcțiile realizatoare, pragmatice și productive (**Chenar 89**).

Relaționarea interpersonal socială se referă la perceperea, comunicarea și colaborarea cu alți oameni. Ea se bazează pe funcționarea „cogniției sociale” și a „creierului social”. Se consideră că aceasta a început să se dezvolte în urmă cu 150.000 ani, în aceeași perioadă cu limbajul articulat. Această funcție implică: recunoașterea figurii umane și a emoțiilor pe care le exprimă; capacitatea de mentalizare (Teoria minții ToM) care constă în abilitatea de a intui intențiile și opiniile persoanei percepute în situație; – atribuirea de intenții și a cauzării de fenomene de către sine, alte persoane sau instanțe antropologice; sau avizarea lor eficace, eventual supranaturală sau incomprehensibilă. Relaționarea se distribuie între o zonă a intimității în care persoanele sunt intens atașate reciproc, influențându-se în decizii și cunoscându-și secretele; și o zonă publică în care raportarea se face în conformitate cu normele sociale.

Apropierea și îndepărtarea de intimitate e un proces dinamic, ce se desfășoară în timp. Ea poate fi marcată de suspiciune, încercare de înșelare, încredere, atașament, dragoste. Comunicarea cu alții poate fi verbală și nonverbală. Modalitățile de raportare la distanța psihologică medie sunt descrise suficient de adecvat prin circumplexul relațiilor interpersonale. Aceste probleme au fost invocate în diversele capitole ale lucrării: **Chenar 19** și textul adiacent, **Chenar 33** și textul adiacent; – paragraful de interpretare developmentală a S.P.R.; – **Chenar 89** și textul adiacent.

Chenar 89

Cele două orientări de bază ale psihismului: spre relaționarea interpersonală și spre realizarea de produse



Funcțiile realizatoare se referă la executarea unor acte cu scop ce conduc spre un rezultat sau un produs. Se poate specula că aceste funcții se corelează cu utilizarea de către om a uneltelor. La baza lor stau „funcțiile executive” care sunt girate de lobul prefrontal și zone cerebrale subcorticele, inclusiv cerebelul. Executarea unui act presupune: motivație, decizie, planificare a unei strategii ce constă din etape ordonate într-o succesiune temporală, evaluarea resurselor, planificarea executării, execuție efectivă monitorizată în permanență prin control și evaluări, (mai ales prin evaluare *feed back*); finalul acțiunii se cere și el înregistrat ca atare de agent. Pe tot parcursul desfășurării acțiunii subiectul, ca agent, trebuie să mențină orientarea spre obiectiv neschimbată, indiferent de opriri și accelerări; el trebuie să reziste la „zgomote”, la atragerea spre alte obiective; și, în același timp, să poată să-și reorganizeze strategiile din mers. Controlul permanent al acțiunii, care se bazează pe mișcările propriului corp, e o sursă importantă a reflexivității conștiinței.

Funcțiile realizatoare se pot referi la: executarea unei acțiuni pragmatice cum ar fi realizarea meșteșugărească a unui produs fizic; rezolvarea unei probleme teoretice sau practice; realizarea unei opere teoretice sau a unei creații; realizări în cadrul muncii organizate în comun etc.

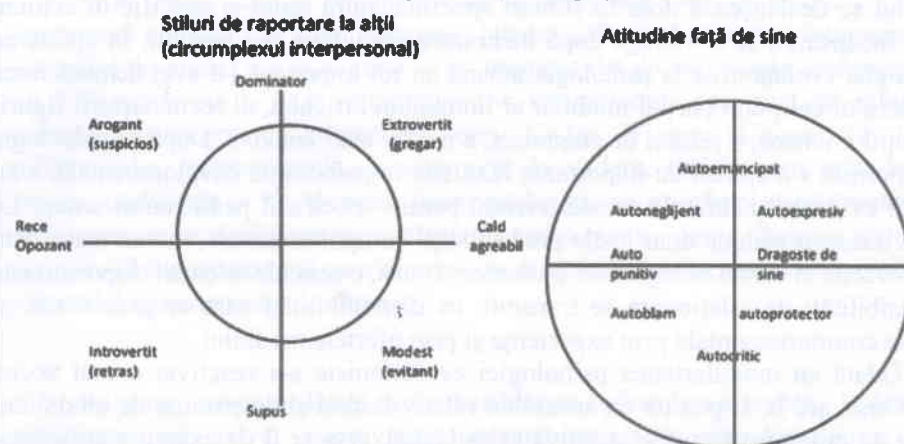
Funcția de realizare și cea de relaționare se întretes în viața curentă. Ele stau la baza vieții cotidiene și a integrării în practicile sociale instituționalizate. Desfășurarea

lor se poate realiza și în instanțe culturale, narative și teoretice, care dublează realitatea fizico-biologică.

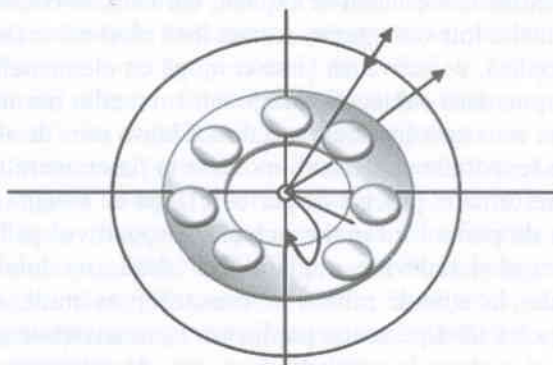
Stările psihopatologice, pe lângă faptul că vizează întodeauna aspectele ale sinelui, se manifestă predominant în aria relaționării sau în cea a funcțiilor realizatoare.

Chenar 90

**Stilul relațiilor interpersonale în concepția circumplexului interpersonal
(Leary, Kircher, Widdiger)**



Raportarea față de alții și față de sine este mediată de reprezentarea constantă a altora în psihism



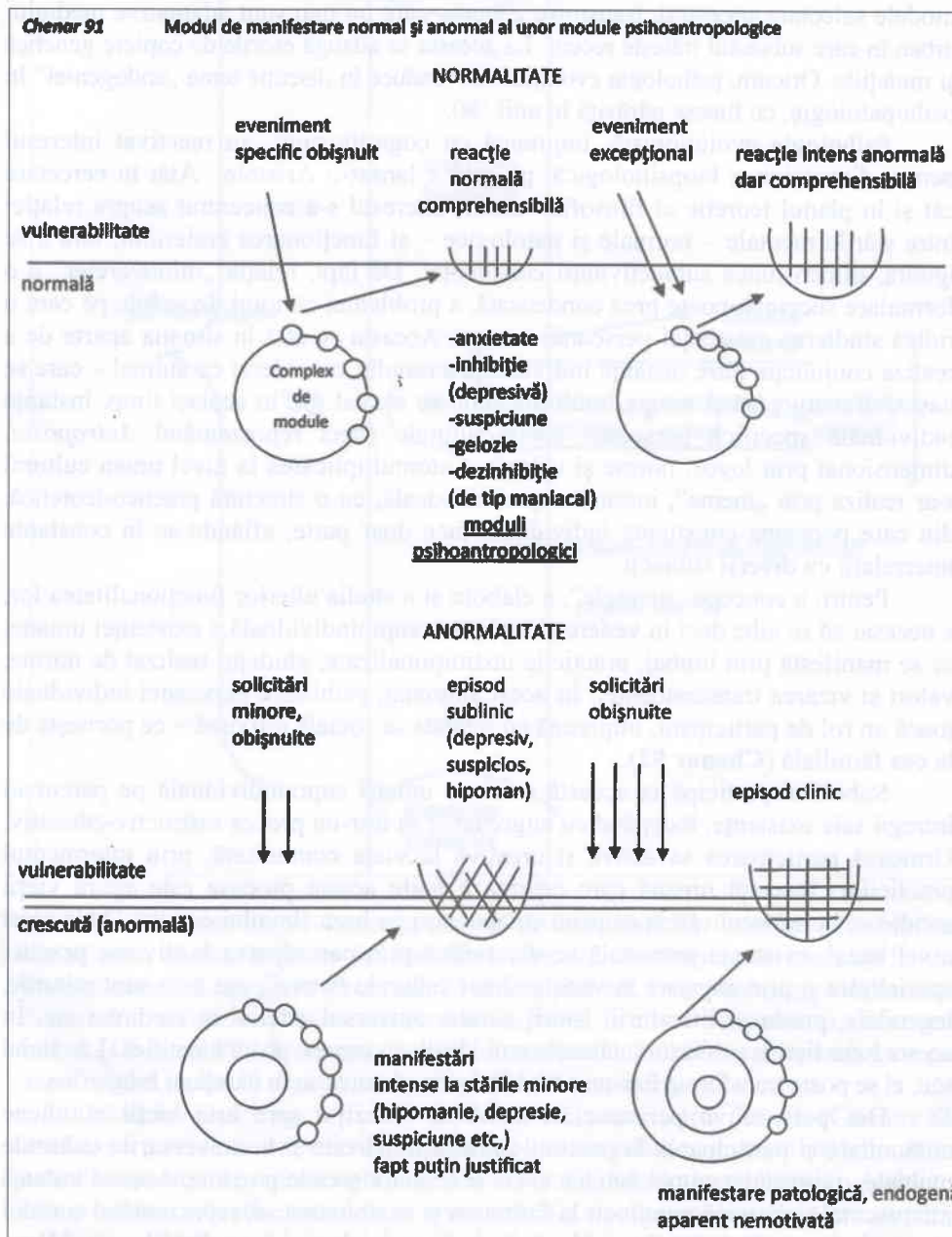
Conform psihanalizei imagoul persoanelor de atașament e introjetat, astfel încât devine o parte componentă a sistemului psihic; experiențele de viață biografice pot popula această instanță (denumită de Bowlby „internal working model”) cu variate personaje care instituie un filtru de interpretare a atitudinii altora. Acest filtru poate fi dominat de personaje concrete, dar mai des se generalizează (Benjamin, Pincus).

PSIHOLOGIA EVOLUȚIONISTĂ, MODULARITATEA PSIHCĂ ȘI MEMELE

Una din ideile de bază a psihologiei evoluționiste a fost transmiterea modulară a unităților psihice adaptative. Un modul este un mecanism psihologic adaptativ selectat evolutiv și transmis genetic (*e.g.* reacția anxioasă la anumiți stimuli, investigarea ambianței, mecanismele percepției vizuo-spațiale). După maturarea sa, modulul se declanșează doar la stimuli specifici, intră rapid și specific în acțiune (fiind încapsulat) și se retrage după încheierea stimulării sau sarcinii. În aplicarea psihologiei evoluționiste la psihologia umană un rol important l-a avut demonstrarea caracterului cel puțin parțial modular al limbajului articulat, al recunoașterii figurii și emoțiilor umane, a relației de atașament, a multor stări emotive. După ce psihologia evoluționistă s-a aplicat cu importante rezultate în psihologia dezvoltamentală, s-au scos în evidența și limitele acestei viziuni pentru specificul psihismului uman. La om se transmit genetic doar unele predispoziții comportamentale, marea majoritate fiind învățate în cursul ontogenezei și ulterior. Totuși, o serie de orientări dispoziționale și sensibilități de relaționare se transmit, ca disponibilități care se precizează ca modele comportamentale prin experiențe și prin ofertele mediului.

Odată cu modularitatea psihologiei evoluționiste s-a reactivat o mai veche idee. Omul are la dispoziție un ansamblu relativ limitat și determinat de modalități bazale de raportare activă și reactivă la ambianță. Așa ar fi de exemplu atitudinea investigatorie, tensiunea anxioasă, retragerea inhibată (de tip depresiv), expansivitatea dezinhibată (de tip maniacal), suspiciunea, gelozia ș.a.m.d. Acestea, în mod curent sunt latente și implicite, nemanifestându-se explicit; dar ele stau constant la dispoziția subiectului, ca niște unelte într-o magazie. Atunci însă când contextul sau situația o pretinde, ele se desimplică, se activează și se conjugă cu elementele semnificative ale acesteia. De exemplu, dacă subiectul ajunge într-un mediu necunoscut cu indicii de pericole iminente, se activează capacitatea sa de a fi într-o stare de alertă, hipervigilă și atentă, cu organele senzoriale și efectorii montate la funcționare maximă, pentru a reacționa la prima informație precisă de pericol. După ce situația problematică a trecut și semnificația de pericol nu mai e actuală, dispozitivul psihic de alertă se deconectează, se retrage și redevine implicit. Dar dacă „modulul anxietății” se instalează prea repede, la stimuli minori și durează prea mult, am putea fi în condiția cvasipatologică a unei persoane predispușe spre anxietate generalizată. La fel poate fi înțeleasă și o stare de combativitate; sau, de retragere pentru evitarea pericolului, o dispoziție euforică ce se montează la aflarea unei vești bune sau într-o situație sărbătorească; sau, o dispoziție de retragere inhibată, ce se impune după un eșec, o pierdere sau într-o împrejurare care necesită o perioadă de refacere și reculegere. În psihopatologie am asista în toate aceste cazuri la o „desimplicare” spontană a unei astfel de structuri funcționale „cvasimodulare” ce trece în prim planul psihismului cu o minimă (sau fără nici o) activare prin semnificația informațiilor dintr-o situație dată. Și apoi, se impune rigid, decontextualizând anormal funcționarea psihologică a individului. Acest model care a fost sugerat și de fenomenologia clasică, merită atenție pentru cercetări ulterioare (**Chenar 91**).

Psihologia evoluționistă, prin orientarea ei în direcția modularității, a oferit psihopatologiei și unele sugestii etiopatogenice. Astfel, unele structuri funcționale s-au format ca adaptative pentru un anumit mediu ecologic, în cazul antropogenezei fiind sugerată savana africană. Dacă mediul ambiental se schimbă, continuarea funcționării acestor mecanisme psihologice, nu mai e adaptativă.



Așa s-ar explica parțial ADHD. Omul a fost selectat genetic pentru o viață nesedentară, migratorie. Așezarea sa în localități stabile iar mai recent locuirea în blocuri, sedentarismul școlar și fixarea pe TV sau calculator, contrazic modelul ancestral. Ar exista deci, pe lângă un determinism al tulburărilor comportamentale în care pot fi incriminați factorii biopsihologici nocivi ce au acționat în cursul vieții individului, și alți factori. Aceștia ar rezulta din afirmarea, poate prea intensă, a unor modele selectate ancestral, transmise genetic, care nu mai sunt adaptative mediului urban în care subiectul trăiește recent. La aceasta se adaugă erorile de copiere genetică și mutațiile. Oricum, psihologia evoluționistă readuce în discuție tema „endogeniei” în psihopatologie, ce fusese părăsită în anii '80.

Psihologia evoluționistă, împreună cu cognitivismul, au reactivat interesul pentru dimensiunea biopsihologică, pe care a lansat-o Aristotel. Atât în cercetare cât și în planul teoretic al filosofiei minții, interesul s-a concentrat asupra relației între stările mentale – normale și patologice – și funcționarea creierului, fără a se ignora, dimensiunea subiectivității conștiinței. De fapt, relația „minte/creier” e o formulare succintă, poate prea condensată, a problemei cu totul deosebite pe care o ridică studierea existenței persoanei umane. Aceasta se află în situația aparte de a realiza conjuncția între instanța individuală a omului considerat ca animal – care se naște, se maturează și moare, multiplicându-se sexual. Și, în același timp, instanța individuală specifică persoanei socio-culturale (deci reprezentând *Antroposul*, dimensionat prin *logos*, norme și valori). Automultiplicarea la nivel uman cultural s-ar realiza prin „meme”, instanță supraindividuală, cu o structură practico-teoretică, din care persoana conștientă individuală face doar parte, aflându-se în constante interrelații cu diverși subiecți.

Pentru a concepe „memele”, a elabora și a studia ulterior funcționalitatea lor, e necesar să se aibe deci în vedere și realitatea supraindividuală a existenței umane, ce se manifestă prin limbaj, practicile instituționalizate, ghidajul realizat de norme, valori și vizarea transcendenței. În acest angrenaj, psihismul persoanei individuale joacă un rol de participant, împreună cu rețeaua sa socială proximală – ce pornește de la cea familială (**Chenar 92**).

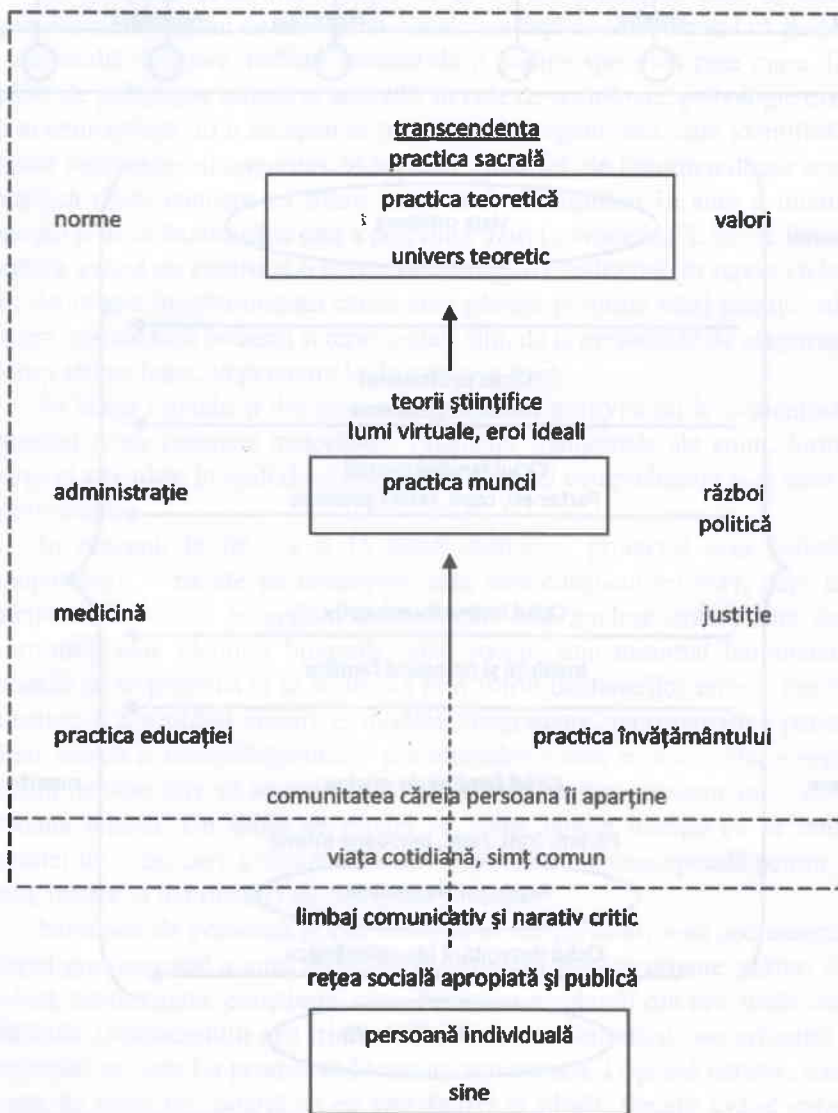
Subiectul participă la această realitate umană supraindividuală pe parcursul întregii sale existențe, începând cu angrenarea sa într-un proces instructiv-educativ. Urmează participarea sa activă și creativă la viața comunitară, prin intermediul practicilor. Instanță umană care centrează toate aceste procese este agora vieții cotidiene, în mijlocul căreia oamenii colaborează pe baza simțului comun. De la acest nivel bazal, existența personală se diversifică prin participarea la diverse practici specializate și prin angajare în variate „lumi culturale fictive”, așa cum sunt miturile, legendele, produsul literaturii, istorii narate, universul artei și al credinței etc. În aceste lumi fictive subiectul întâlnește eroi ideali, cu care se poate identifica. La rândul său, el se poate transforma într-un erou ideal prin plasarea sa în narațiuni biografice.

Din perspectiva persoanei, o zonă de tranziție spre aria vieții cotidiene comunitare și participarea la practicile instituționalizate și la universurile culturale multiple, o constituie grupul familiar și cel al relațiilor sociale proxime. Această instanță microsocioală participă nemijlocit la formarea și examinarea sa, reprezentând ecranul și argumentarea majorității manifestărilor sale normale și anormale (**Chenar 93**).

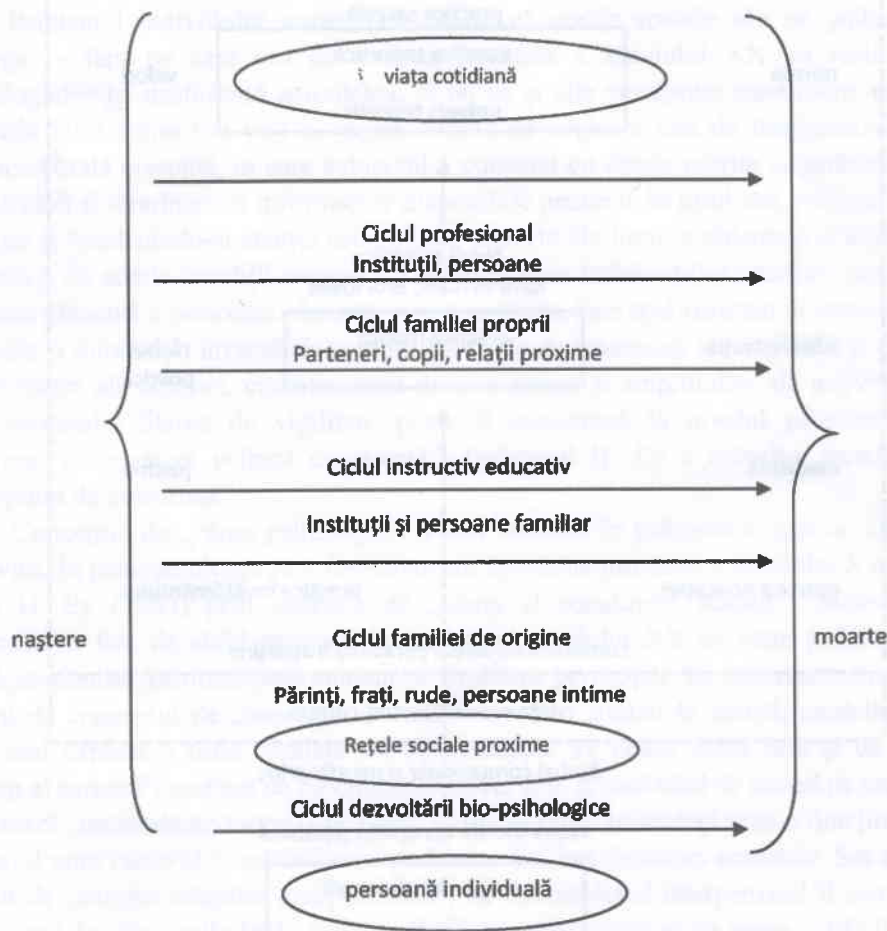
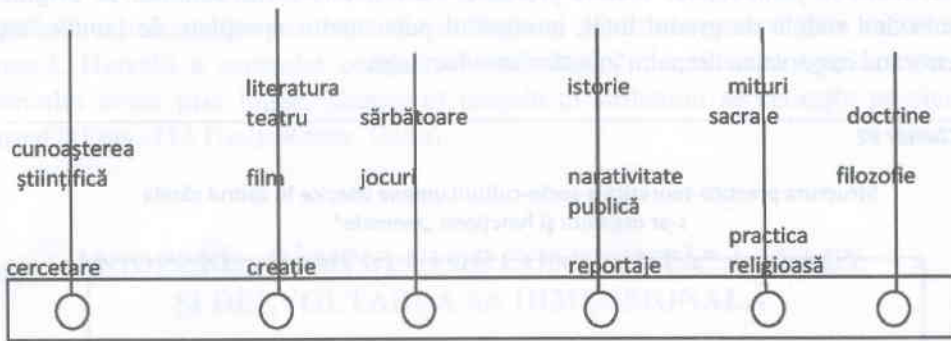
Privind din perspectiva dinamicii desfășurării cursului vieții, între naștere și moarte, subiectul parcurge cicluri succesive în care parametri existențelor sale proxime se modifică. Se pot avea în vedere câteva cicluri paralele ale vieții personale, ce gravitează în jurul rețelei sociale proxime. Astfel, este ciclul familiei de origine, incluzând rudele de gradul întâi, ansamblul persoanelor apropiate de familie, toți petrecând majoritatea timpului în intimitatea locuinței.

Chenar 92

Structura practico-teoretică a socio-culturii umane istorice în cadrul căreia s-ar organiza și funcționa „memele”



Ciclurile paralele ale vieții personale și lumile culturale multiple



Relațiile cu aceste persoane sunt apropiate, afectiv, comunicațional și fizic, interacțiunile continui. Întreagă aceasta rețea umană își modifică vârsta în paralel cu subiectul, unii pleacă și alții vin. În interiorul familiei se realizează educația, influențări psihologice persistente, pozitive și negative, se petrec evenimente pozitive și negative, schimbări previzibile și imprevizibile. Aceleași lucruri se pot afirma privitor la propria familie pe care subiectul și-o constituie și la dinamica acesteia, inclusiv proprii copii. Ciclul instructiv și cel profesional plasează subiectul în contexte sociale publice, instituționale, definite normativ.

Toate ciclurile paralele ale existenței persoanei presupun relații interpersonale, mai mult sau mai puțin stabile și intime. În raport cu acestea subiectul își satisface nevoile și trăiește frustrări, desfășoară proiecte ce se încheie cu succes sau eșec și își clarifică preocupările. Tot acesta este cadrul din care pornesc către el solicitări și stresori și în care el se afirmă și trăiește satisfacții.

Vulnerabilitatea bio-psihologică a individului, moștenită genetic și/sau câștigată ontogenetic, intră în corelație cu contextul socio-uman ce-l învăluie ca o „atmosferă” și cu evenimentele mai proeminente care-l afectează. Etiopatogenia tulburărilor psihice ar merita privită din această perspectivă.

ANEXA II

REGISTRUL DE CAZURI PENTRU PSIHOZE DIN TIMIȘOARA

Pentru a comenta o problemă cum e cea a psihozelor, se cere o familiarizare adecvată cu problema. Adică, să fi cunoscut suficiente cazuri de psihoză, să le fi studiat, să fi citit despre această problemă. Se poate comenta, desigur, și pe marginea unui caz publicat în literatură; sau, a unui caz întâlnit incidental, fără a urmări mai mult timp tulburarea și destinul de viață a psihoticului. Experiența pe care o acumulează un psihiatru interesat de psihopatologie, prin tratarea unui număr important de cazuri, de-a lungul deceniilor, în staționar și ambulator, poate da o greutate mai mare comentariilor sale în domeniu. Dar, într-o problemă așa de complexă cum e cea a psihozelor, ar fi de dorit și o sistematizare a observațiilor și cercetărilor. Aceasta cu atât mai mult cu cât, de-a lungul timpului, opiniile oficiale și terminologia de specialitate se pot schimba parțial.

O astfel de situație a întâlnit autorul la începutul anilor '80, când după peste 20 ani de practică psihiatrică și lecturi psihopatologice, a avut în față opțiunea DSM-III de a scoate boala maniaco-depresivă a lui Kraepelin din clasa psihozelor. Lucrurile erau cu atât mai ciudate cu cât sistemul DSM a ajuns să accepte episoade schizo-afective; sau, includerea între psihoze a stărilor maniacale și depresive însoțite de delir paranoid.

Se ridică deci problema dacă nu e vorba doar de o convenție terminologică.

În noile condiții care le pretindea pentru diagnostic sistemul DSM-III, universul psihozelor era dominat de schizofrenia delirant halucinatorie. E drept, schizofrenia era comentată, în sistemul DSM-III și prin modalități evolutive; fapt care mai era invocat doar la tulburările afective, considerate nepsihotice. Dar nu și la celelalte categorii psihotice, ca delirul persistent și psihoza scurtă. Cât despre patologia schizo-afectivă, aceasta era menționată doar în perspectiva episodului. Cu alte cuvinte, în domeniul psihozelor nu era comentată explicit diferența între episod și tulburare.

O încercare făcută la Timișoara în acea perioadă de a stabili, în perspectivă epidemiologică, incidența schizofreniei și a patologiei schizo-afective, s-a izbit de această dificultate. Se întâlneau cazuri la care diagnosticul de schizofrenie se clarifică și se stabilizează doar după 3–5 ani de la prima internare cu un episod psihotic; și altele, la care diagnosticul clar de schizofrenie de la primul episod, se modifică după 3–5 ani în schizo-afectiv sau chiar bipolar. Pentru o clarificare a acestei probleme a diagnosticului longitudinal al patologiei psihotice, s-a decis atunci înființarea la Clinica Psihiatrică Timișoara a unui Registru de cazuri (R.C.) pentru psihoze.

Ideea R.C. s-a impus în medicină pentru a studia evoluția diverselor boli și a factori variați care o influențează, alături de comorbidități. Un caz – de exemplu

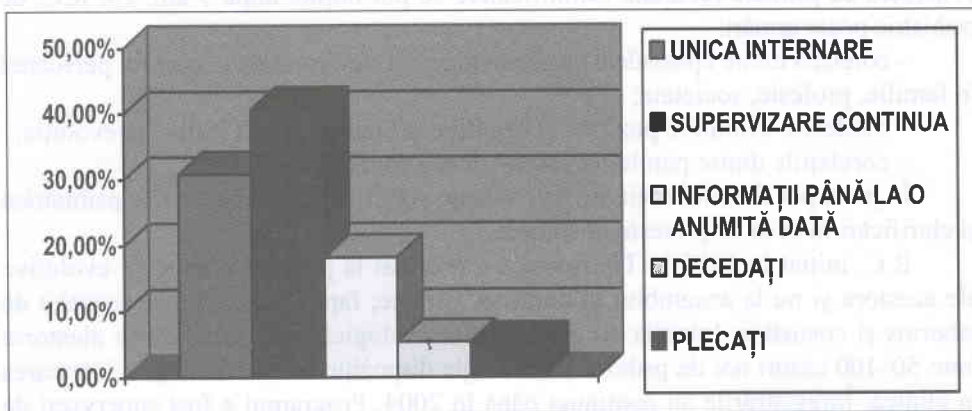
psihiatric – este înregistrat cu ocazia primului contact sau a primei internări, evidențându-se un set definit de parametri. Dacă R.C. poate acoperi înregistrarea tuturor cazurilor noi cu o anumită boală dintr-o zonă, el poate avea o valoare epidemiologică. Informațiile privitoare la caz se reactualizează cumulativ cu ocazia oricărei viitoare consultații de specialitate sau a internărilor, efectuându-se controale și sinteze periodice. E necesară desigur standardizarea informațiilor culese, o echipă care să centralizeze și să prelucreze datele o perioadă suficient de lungă de timp. Se consideră că primele rezultate semnificative se pot obține după 5 ani. Un R.C. de psihiatrie poate urmări:

- corelația dintre episoadele psihopatologice și desfășurarea existenței persoanei în familie, profesie, societate;
- modelele evolutive pozitive și negative și factorii ce pot influența evoluția;
- corelațiile dintre patologia psihică și cea somatică etc.

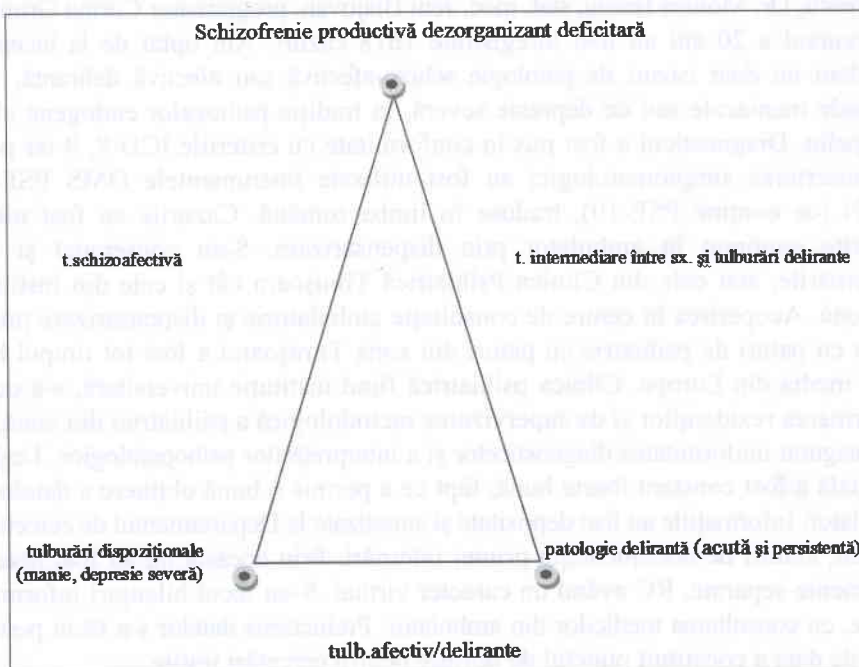
În plus, pot fi astfel obținute date despre stabilitatea diagnosticelor psihiatrice și clarificări în ceea ce privește nosologia.

R.C. inițiat în 1985 la Timișoara s-a rezumat la psihoze și modele evolutive ale acestora și nu la ansamblul tulburărilor psihice; fapt care ar fi fost deosebit de laborios și costisitor. Intenția nu a fost, epidemiologică, înregistrându-se aleatoriu între 50–100 cazuri noi de psihoză și patologii dispoziționale, definite prin internarea în clinică. Înregistrările au continuat până în 2004. Programul a fost supervizat de Prof. Wing ce a realizat R.C. psihiatric de la Camberwell-Londra și ne-a pus la dispoziție metodologia tuturor R.C. psihiatrice din Marea Britanie. Am mai colaborat cu R.C. psihiatrice din Mannheim și Groningen. Nucleul echipei de coordonare a programului a rămas același din 1985 până în prezent – 2015 – (Prof. Dr. Mircea Lazarescu, Dr. Monica Ienciu, stat. med. Jeni Blajovan, programator Corina Grunfeld). În decursul a 20 ani au fost înregistrate 1618 cazuri. Am optat de la început să includem nu doar cazuri de patologie schizo-afectivă sau afectivă delirantă, ca și episoade maniacale sau de depresie severă, în tradiția psihozelor endogene ale lui Kraepelin. Diagnosticul a fost pus în conformitate cu criteriile ICD-8, 9 iar pentru circumscrierea simptomatologiei au fost utilizate instrumentele OMS PSE-9 și SCAN (ce conține PSE-10), traduse în limba română. Cazurile au fost ulterior urmărite continuu în ambulator prin dispensarizare. S-au consemnat și toate reinternările, atât cele din Clinica Psihiatrică Timișoara cât și cele din instituțiile din zonă. Acoperirea în centre de consultație ambulatorie și dispensarizare precum și cea cu paturi de psihiatrie cu paturi din zona Timișoarei a fost tot timpul bună, peste media din Europa. Clinica psihiatrică fiind instituție universitară, s-a ocupat de formarea rezidenților și de supervizarea metodologică a psihiatriei din zonă, fapt ce a asigurat uniformitatea diagnosticelor și a interpretărilor psihopatologice. Legătura colegială a fost constant foarte bună, fapt ce a permis o bună obținere a datelor din ambulator. Informațiile au fost depozitate și sintetizate la Departamentul de cercetare al Clinicii, alături de documentația primei internări. Prin aceasta nu au fost necesare documente separate, RC având un caracter virtual. S-au făcut bilanțuri informative anuale, cu consultarea medicilor din ambulator. Prelucrarea datelor s-a făcut periodic. Baza de date a constituit punctul de pornire pentru cercetări țintite.

În perspectivă evolutivă, un număr de cazuri au dispărut anual din evidență. La bilanțul din 2014, situația era următoarea: pe lângă cei care nu au putut fi dispensarizați după înregistrare, prezentând o unică internare (= 499/30,84%), s-au înregistrat anual pierderi prin: deces (= 87/5,37%), plecare definitivă din localitate (=79/4,88%). Un număr de cazuri a rămas constant în supervizare (= 658/40,66%). Un alt grupaj prezintă informații doar până la o anumită dată (= 295/18,23%). Situația de ansamblu apare astfel:



Unul din obiectivele importante ale supervizării prin R.C. a fost urmărirea stabilității în timp a diagnosticului. S-a optat de la început pentru o polarizare a patologiei psihotice în raport cu trei centre:



Opțiunea de a lua în considerare un pol afectiv al patologiei psihotice a fost la început justificată de nevoia de a plasa undeva patologia schizoafectivă și cea afectiv/delirantă. Evoluția studiilor de psihopatologie clinică din ultimul timp până în prezent, susțin realitatea acestei opțiuni, chiar dacă ea nu este formulată conceptual și oficial ca atare (de exemplu în DSM-5). Probabil soluția va fi de a se găsi o denumire acceptabilă, care să cuprindă această „zonă psihopatologică a orbitei psihotiforme”.

Bilanțurile globale ale cazuisticii (1999 – pe un lot de 447 pacienți aflați în supervizare continuă dintr-un total de 734 pacienți înregistrați la acea dată) și în 2014), precum și cercetările pe loturi selectate, evidențiază faptul că pe termen lung există cazuri care se mențin de-a lungul timpului în cadrul diagnosticului inițial și cazuri la care diagnosticul se modifică odată cu recăderile. În majoritatea cazurilor, după primii 5 ani de evoluție diagnosticul devine destul de stabil; totuși, se întâlnesc cazuri de schizofrenie care, după 5 sau 10 ani de la debut încep să prezinte episoade schizo-afective sau chiar episoade maniacale și depresive fără simptomatologie delirant halucinatorie.

În perspectiva schimbării în timp a diagnosticului inițial, bilanțul R.C. din Timișoara indică faptul că cel mai stabil rămâne diagnosticul de schizofrenie; și cel mai instabil e cel de tulburare delirantă scurtă și tranzitorie. Acesta din urmă poate evolua în orice direcție; fie rămâne unic, fie recade similar, fie evoluează ca tulburare bipolară, schizofrenă sau delirant persistent. T. schizo-afectivă în unele cazuri evoluează ca atare de la început (în variantă bipolară sau depresivă); dar poate să se exprime și după 5, 10 ani de evoluție a unei schizofrenii sau tulburări bipolare. T. bipolară și depresivă delirantă este un diagnostic destul de stabil, uneori dificil de decis dacă se plasează predominant în grupul tulburărilor afective sau cel al T. delirante persistente, chiar după o evoluție îndelungată. Diferența între această clasă și cea a T. schizo-afective e uneori dificil de făcut, în măsura în care nu se consideră că simptomele de prim rang Schneider sunt o marcă indiscutabilă a schizofreniei. O cazuistică particulară o constituie cea în care apare delirul cu tematică religioasă, de obicei însoțit de tulburări afective. Tulburarea delirantă persistentă (F 28 – ICD-10) este un diagnostic valid și destul de constant în timp.

Cele câteva remarci făcute mai sus privitoare la cazuistica din R.C. pentru psihoze din Timișoara, ridică cu seriozitate problema unei instanțe psihopatologice a psihozei, diferită de schizofrenia bleuleriană; dar incluzând indiscutabil patologia dispozițională, nu doar în intersecția ei cu schizofrenia și delirul. Desigur, dată fiind tradiția ce s-a încetățenit, ar trebui o etichetă specială pentru această patologie „psihotiformă”. Intersecția între psihopatologia de tip delirant neschizofren (fără SPR), cea maniacală și depresivă și cea dezorganizant deficitară cu delir bizar și SPR, se poate realiza în diverse modalități clinico-evolutive și cu diverse intensități. Hipomania și ciclotimia de exemplu pot fi prezente la o T. delirantă persistentă sau la o schizofrenie paranoidă, fără a se ajunge la intensitatea episoadelor maniacale și depresive.

Desfășurarea clinică a patologiei psihotice pe termen lung sugerează intersecția între spectre malade. În acest sens e sugestiv titlul unei monografii recente care comentează „interferența între spectrul schizofren și cel afectiv”.

Probabil, schizofrenia va trebui să se despartă, nu peste mult timp, – în ceea ce are ea specific – de patologia propriu zisă delirantă și să respecte statutul clinic propriu al acesteia. Mai precis, va trebui să se recunoască faptul că schizofrenia „se întâlnește” și se intersectează cu patologia delirant halucinatorie în anumite modalități, la fel cum ea se întâlnește și cu patologia afectivă.

Un R.C., pe marginea căruia urmărești zeci de ani o cazuistică psihotică, îți va aduce în față o problematică psihopatologică variată, care interferează cu existența vieții cutumiere. Ajungi astfel să te gândești tot mai insistent că starea psihotică derivă din trăiri umane firești, adaptative și creatoare, care, în urma unui „experiment natural negativ” ajung într-o stare disfuncțională, simplificată și rigidă, monopolizând viața psihică a subiectului, decontextualizându-l și făcându-l să cadă, temporar, pe orbita unei existențe psihotice.

BIBLIOGRAFIE

1. Ainsworth M.D.S., Blehor M.C., Waters E. & Walls (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
2. Akiskal H.S., Pinto O. (2002): The soft bipolar spectrum: footnotes to Kraepelin on the interface of hipomania, temperament and depression. In Mameros (2002–40), 37–62.
3. Akiskal, H.A. (2007), Epilogue: The Interface of affective and schizophrenic disorders: a cross between two spectra, in May M., Sartorius H. (1999) "Schizophrenia", John Wiley & Sons, Chichester New York, p. 277–292.
4. Akiskal H.S. (1983), The bipolar spectrum: new concepts in classification and diagnosis, in Psychiatry Update: The American Psychiatric Association Review, ed.I Grinspoon, p. 271–92, Washington DC: American Psychiatric Press.
5. Alexander E.G., Selesnick S.T. (1972), Histoire de la Psychiatrie, Ed. Colin, Paris, p. 180–183.
6. Alain de Libera (1997), Cearta Universaliilor, Ed.Amacord, Timișoara.
7. Allardyce J., Suppers T., van Os J. (2008), Dimensions and psychotic phenotype in Helzer J. E. *et al.*, (eds), Dimensional Approaches in Diagnostic Classification, American Psychiatric Association p. 53–64.
8. Amaral D.G., Dawson G., Geschwind D.H. (eds) (2012) Autism Spectrum Disorders, Oxford University Press.
9. AMDP (1995), Arbeitsgemeinschaft für methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, Ed. Hogrefe, Göttingen.
10. Amering M. & Schmolke M. (2009), Recovery and resilience in: M. Salloum & J.E. Mezzich (eds), Psychiatric Diagnosis, Wiley-Blackwell.
11. Andreasen H.C. (1983), Scale for Assessment of Negative Symptoms (SAPS), Iowa City, University of Iowa.
12. Andreasen H.C. (1983), Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS), Iowa City, University of Iowa.
13. Andreasen H.C., Flaum M. (1995), The Schizophrenia Spectrum: Perspectives from Neuroimaging, in Mameros A., Andreasen H. C., Tsuang M. T., (eds), (1995), Psychiatric Continuum, Springer, Berlin, Heidelberg, p. 91–106.
14. Angst J. (1992), Recurrent Brief psychiatric syndromes of depression, hypomania, neurasthenia and anxiety from an epidemiological point of view, *Neurol. Psychiatry Brain Res.* 1, p. 5–12.
15. Aristotel (2013), Despre suflet, București, Ed. Univers Enciclopedic Gold.
16. Baddeley A. (1986), Working memory, Oxford England: Clarendon Press.
17. Baddeley A. (2002), Fractionating the central executive, New York, Oxford University Press, p. 246–260.
18. Banu I. (1963), Heraclit din Efes, București, Ed. Științifică.
19. Barkley R.A. (1997), Behavioral inhibition attention and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD, *Psychological Bulletin*, 121:65–94.
20. Barkov J., Cosmides L., Tobby J. (eds) (1992), The adapted Mind. Evolutionary psychology and the generation of culture, Oxford University Press.
21. Baron-Cohen S. (1995), Theory of Mind and Face-Processing: How Do They. Interact in Development and Psychopathology. In: Cicchetti D., Cohen D.J. (eds). Developmental psychopathology. New York: John Wiley & Sons 1995; vol. I: 343–357.
22. Baron-Cohen S. (1995), Mind – blindness. An Essay on Autism and Theory of Mind, MIT Press, London.
23. Baron-Cohen S., Swettenham J. (1997), Theory of Mind in autism: its relationship to executive function and central coherence, in: D. Cohen, F. Volkmar (eds), Handbook of autism and Pervasive Developmental Disorders, John Wiley and Sons.

24. Baron-Cohen S., Tager-Flusberg H., Cohen D.S. (2005), *Understanding other mind. Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience*. Oxford University Press.
25. Baron-Cohen S. (2007), The evolution of empathizing and systemizing: assortative meeting of two strong systemizers and the cause of autism, in: R.I.M. Dunbar, Louise Barret, *The Oxford Handbook of Evolutionary Psychology*, Oxford University Press, 2007, p. 213–226.
26. Beach S.R.H., Wamboldt M.Z. *et al.* (2006), *Relational Processes and DSM-V*, American Psychiatric Association, Washington D.C., London, England.
27. Bentall R.P. *et al.* (2001), Persecutory delusions: a review and theoretical integration, *Clinical Psychology Review*, 21, 1143–1192.
28. Bentall R. (2003), “The paranoid self, in T. Kirche and David A. (eds), *The Self in neuroscience and Psychiatry*, Cambridge Univ. Press, p. 293–318.
29. Bentall P.R., Kinderman P., Moutoussis M. (2008), The role of self-esteem in paranoid delusions: the psychology, neurophysiology and development of persecutory belief. In: Freeman D., Bentall R., Garety Ph., *Persecutory Delusion*. Oxford University Press, p. 143–174.
30. Bentall R.P. (2014), The Search for Elusive Structure: A Promiscuous Realist Case for Researching Specific Psychotic Experiences Such as Hallucinations, *Schizophrenia Bulletin*, nr. 4, suppl. S, p. 198–201.
31. Berner P. (1991), Delusional atmosphere. *British Journal of Psychiatry*; 159, (suppl. 11): 104–7.
32. Berrios G.E. (1996), *The history of mental symptoms. Descriptive Psychopathology since the nineteenth century*, Cambridge University Press.
33. Berrios G.E. (1985), “Positive and negative symptoms and Jackson”, *Archives of General Psychiatry* 42: 95–97.
34. Berrios G.E. (2012), The 19th century nosology of alienism: history and epistemology, p. 101–117, in: Kenneth S., Kendler and Josef Parnas (eds). *Philosophical issues in psychiatry II nosology*, Oxford University Press.
35. Bortolotti L. (2009), *Delusions and other irrational beliefs*. Oxford University Press.
36. Cross S., Bhugra D. (2010), *Clinical topics in cultural psychiatry*, R.C. Psych. Publication London, Bell & Bain L, Glasgow.
37. Bhavsar V., Bhugra D. (2008), Religious Delusions: Finding meanings in psychosis, *Psychopathology*, 41: 165–172.
38. Binswanger L. (1933), *Ueber Ideenflucht*, Orell Fuessli, Zürich.
39. Binswanger L. (1958), *La schizophrénie*, Desclée de Brower, Paris.
40. Binswanger L. (1960), *Melancholie und Manie*. *Phenomenologische Studien*, Neske, Pfullingen.
41. Binswanger L. (1971), *Introduction à l’analyse existentielle*, Ed. De Minuit, Paris.
42. Blakemore S.J., Frith C. (2003), “Disorders of self-monitoring and the symptoms of schizophrenia”, in: Kircher T., David A. (eds.), “*The Self in Neuroscience and Psychiatry*”, Cambridge, p. 407–424.
43. Blankenburg W. (1971), *Der Verlust des Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie Symptommermer Schizophrener*, Ed. Enke, Stuttgart.
44. Blankenburg W. (1991), *Wahn and Perspektivität*. Stuttgart: Ed. Emke.
45. Blankenburg W. (1967), “Die anthropologische und daseinsanalytische Sicht des Wahns”, *Studium Generale*, 20, 639–650.
46. Bogdan R.J. (2010), *Our own minds: sociocultural grounds for self-consciousness*, Ed. A bardford Book, The MT Press, Cambridge, London, England, Massachusetes institute of Technology.
47. Bogdan R.J. (1998), “Temeiuri ale cogniției. Cum este modelată mintea de către comportamentul teleologic”, Ed. All, București.
48. Bogousslavsky J. (2014), *Hysteria. The Rise of an Enigma*, Karger.
49. Bolbwy J., *Attachment and Loss*. New York: Basic Books, 1980.
50. Bolton D., Hill J. (1996), *Mind, Meaning and Mental Disorder. The Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry*, Oxford University Press.
51. Bolton D. (2008), “What is mental disorder? An essay in philosophy, science and values”, Oxford University Press, 303 p.
52. Boorse C. (1975), On the distinction between disease and illness, *Philosophy and Public Affair*, 5; p. 49–68.

53. Bora E., Yucel M., Pantelis C. (2009), Theory of mind impairment in schizophrenia: metaanalysis. *Schizophr Res*; 109:1–9.
54. Bowlby J., *Attachment and loss*. Vol. 3. Loss, sadness and depression. New York: Basic Books, 1988.
55. Braddley A. (2008), Fractioning the central executive. In: Stress D.T., Knight R.T., *Principles of frontal lobe function*. New York, Oxford University Press, p. 246–260.
56. Bradshaw J. (1997), *Human Evolution. A Neuropsychological Perspective*, Psychology, Press.
57. Brand P.Y., Borras L. (2009), Religion, Spirituality and Dissociative Disorders, in: Huguelet Ph., Koenig H.G. *Religion and Spirituality in Psychiatry*, Cambridge University Press, p. 145–157.
58. Broome M.R., Harland R., Owen G.S., Stringarss A. (2012), *The Maudsley Reader in Phenomenological Psychiatry*, Cambridge University Press.
59. Broome M.R., Bertolotti L. (eds) (2009), *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*, Philosophical, Oxford University Press, in: Matthew R. Broome, Lisa Bertolotti (eds).
60. Brüne M., Ribert H., Schiefenhövel W. (eds) (2002), *The social brain: evolution and pathology*, Ed. John Wiley & Sons, Chichester.
61. Brüne M. (2003), “Schizophrenia – an evolutionary enigma?”, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28: 41–53.
62. Brüne M. (2005), Theory of Mind in Schizophrenia: A review of the Literature. *Schizophr Bull*; 31 (1): 21–42.
63. Brüne M. (2008), *Textbook of Evolutionary Psychiatry. The Origins of Psychopathology*. New York: Oxford University Press.
64. Burgy M. (2008), The Concept, of Psychosis: Historical and Phenomenological Aspects, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 34, no. 6, p. 1200–1210.
65. Burgy M. (2011), Disturbance in the Sense of Kurt Schneider: Historical and Phenomenological Aspects, *Psychopathology*, 44; 320–328.
66. Burns J.K. (2006), “Psychosis: a costly by-product of social brain evolution in Homo Sapiens” in: “Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry”, 90: 797–814.
67. Buss D.N. (2004), *Evolutionary Psychology: the new science of the mind*, Allyn and Bolton, Boston.
68. Carlson E.A., Stroufe L.A. (1995), “Contribution of Attachment Theory to Developmental Psychopathology”, in: D. Cicchetti & D. Cohen (eds.), “Developmental Psychopathology”, vol. II, p. 581–610.
69. Carpenter W.T. *et al.* (1976), Another view of schizophrenia subtypes, *Archives of General Psychiatry*, 33, p. 508–516.
70. Cartwright J. (2000), *Evolution and Human behaviour, Darwinian Perspectives on Human nature*, McMillon, London.
71. Cash Th., Pruzinsky Th. (eds) (2002), *Body Image, A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*, The Guilford Press, New York, London.
72. Casey P., Kelly B. (2009), *Fish’s clinical psychopathology*, third edition, Gaskell, Glasgow.
73. Ceccerini-Neli A. *et al.* (2007), Schneider’s first rank symptoms and continuous performance disturbance as indices of disconnection of left and right hemispheric components of language in schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 90, p. 203–213.
74. Chaudhury S., Kumar S. *et al.* (2013), Dissociative trance disorder; a clinical enigma, p. 12–12, *UJMDS*, 1.
75. Chaignet A. (1889), *Histoire de la psychologie des Grecs*, Tome deuxième, Paris, Ed. Librairie Hachette.
76. Churchland P.M. (1994), “Folk Psychology”, in: Guttenplan S. (ed), *A Companion to the Philosophy of Mind*, Blackwell, p. 308–316.
77. Cicchetti D. (2006), “Development and Psychopathology” in: D. Cicchetti & D. Cohen, “Developmental Psychopathology”, Second Edition (2006), vol. I, p. 1–23, John Wiley & Sons.
78. Cicchetti D., Cohen D. (2006), *Developmental Psychopathology*, John Wiley & Sons Inc., vol. I, II, III.
79. Cioran E. (2012), *Opere*, Academia Română, Fundația Națională pentru Știință și Artă, București.
80. Cociu M. (1999), “Etologie”, Ed. All, București.

81. Cohen B.S. (2000), "Understanding other minds. Perspectives from Developmental cognitive Neuroscience", Oxford University Press, New York.
82. Colthart M. (2007), Cognitive neuropsychiatry and delusional belief, *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 60, 1041–1062.
83. Colthart M., Davies M. (eds) (2000), *Pathologies of Belief*, Oxford, Blackwell.
84. Conrad K. (1998), *Die beginnende Schizophrenia. Versuch einer Gestaltanalyse der Wahns*. Stuttgart: Thieme, Verlag, 1998.
85. Corcoran Rh. (2005), "Theory of Mind and other clinical conditions: is a selective "Theory of Mind" deficit exclusive in autism", in: Baron-Cohen S., Tager-Flusberg H., Cohen D.J. (eds), "Understanding other minds", Oxford University Press, p. 391–421.
86. Cosmides B.J., Tooby L. (eds) (1992), "The adapted mind. Evolutionary Psychology and generation of culture", Oxford University Press, New York.
87. Craddock N., Owen M.J. (2007), Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages, *World Psychiatry*, June, 20–27.
88. Crawford C., Krebs (eds) (1998), *The Handbook of Evolutionary Psychology*, Mohwah H., Lawrence Erlbaum.
89. Cristodoulou G.H. (1986), "The Delusional Misidentification Syndrom", Ed. Karger, Basel Critique, Paris.
90. Crow T. (1988), Nuclear schizophrenic symptoms as a window on the relationship between thought and speech, *British J. of Psychiatry*, 173, p. 303–309.
91. Crow T.J. (1995 a), "A Darwinian approach to the origins of Psychosis", *British J. of Psychiatry*, 167, p. 12–23.
92. Crow T.J. (1995 b), "Psychotic Continuum or Disease Entities? The Critical Impact of Nosology on the Problem of Aetiology", in Marneros *et al.* (eds), *Psychotic Continuum*, Springer, p.151–164.
93. Crow T. (1999), "Is schizophrenia the price that homo sapiens pay for language?", *Schizophrenia Research*, 28, p. 127–141.
94. Culiariu I.P. (1994), *Eros și magie în Renaștere, 1484*, București, Ed. Nemira.
95. Cutting J. (1997), "Principles of Psychopathology. Two Worlds-Two Minds-Two Hemispheres", Oxford Medical Publications, 593 p.
96. Damasio A. (1999), *The Feeling of what happens*, San Diego, New York, London: Ed. Harcourt.
97. Damasio A. (2005), *Eroarea lui Descartes*, Ed. Humanitas, București.
98. David D., Benga O., Rusu A.S. (2007), *Fundamente de psihologie evoluționistă și consiliere genetică*, Ed. Polirom, Iași.
99. Davies A.M. and Davies M. (2009), Explaining pathologies of belief, in: Mathew R. Broome, Lisa Bartolotti, *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*, Oxford University Press, p. 285–323.
100. Dawkins R. (2006), *Gena egoistă*, Ed. Tehnică, București.
101. Dawkins R. (2009), "Ceasornicul orb", Ed. Humanitas, București.
102. De Clerambaud G. (1942), *Oevre psychiatrique*, Ed. P.U.F., Paris.
103. Depraz N. (2009), "Putting the epoche into practice: schizophrenic experience as illustrating the phenomenological exploration of consciousness", in: Bill Fulford, Katherine Morris, John Sadler, Giovanni Stanghellini (Editors), "Nature and Narrative", p. 181–198, Oxford University Press.
104. Descartes R. (2004), *Meditații despre filozofia primară*, București, Ed. Humanitas.
105. Dawson G., Toth K. (2006), "Autism spectrum disorders", in: Cicchetti D., Cohen D., *Developmental Psychopathology*, sec. ed., vol. III, John Wiley, L. Sons Inc. (p. 317–357).
106. DSM-III (1980), *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*, four edition, American Psychiatric Association Washington.
107. DSM IV-TR (1994), "Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders", four edition, American Psychiatric Association Washington.
108. DSM-5 (2013), "Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders", fifth edition, American Psychiatric Association Washington.
109. Dunbar R.I.M., Barrett L. (2007), *The Oxford Handbook of Evolutionary Psychology*, Oxford University Press.
110. Eliade M. (1979), *Aspecte ale mitului*, Ed. Univers, București.
111. Eliade M. (1992), *Sacrul și profanul*, Ed. Humanitas, București.
112. Ellemberger H.F. (1994), "Histoire de la decouverte de l'inconscient", Ed. Fayard, Paris.

113. Enoch D. (1991), Delusional Jealousy and Awareness of Reality; in: *British J. Of Psychiatry*, 159 (suppl. 14), p. 52–56.
114. Erikson E.H. (1986), "The Life Cycle", in: *International Encyclopedia of the Social Science*, Ed. McMillan, New York.
115. Evans D.W., Leckman F. (2006), "Origins of Obsessive-compulsive disorder: developmental and evolutionary perspectives", in: D. Cicchetti & D. Cohen, "Developmental Psychopathology", vol. III, p. 404–495.
116. Ey H. (1973), *Traité des Hallucinations*, Ed. Masson, Paris.
117. Ey H. (1973), "Des idées de Jakson à un modèle dynamique en psychiatrie", Ed. Radamantre, Privat, Toulouse.
118. Ey H. (1983), "Conștiința", Ed. Științifică și Enciclopedică.
119. Feighner J.P., Robins E.G., Guze E. *et al.* (1972), "Diagnostic Criteria for use in psychiatric research", *Arch. of General Psychiatry*, 26: p. 57–63.
120. Fénelon G., Cambier J. Widlocher D. (eds) (2002), *Hallucinations, regard croisés*.
121. Feygin D.L., Swain J.E., Leckman J.F. (2006), "The normalcy of neurosis: Evolutionary Origins of Obsessive-compulsive Disorder and related behaviour", in: "Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry", 30: 854–864.
122. Ferrieri M. *et al.* (1990), *Dysmorphophobies*, *Enciclopedia Med. Chir.* 37146¹⁰.
123. Fodor J. (1983), "The modularity of minds", NIT Press Bradford Books, Cambridge, M.A.
124. Fonagy P. (2000), *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.
125. Follin S., Azoulay J. (1961), *La dépersonnalization* *Enciclopedia Med. Chir.* 37125 A³⁰.
126. Foucault M. (1996), *Istoria nebuliei în epoca clasică*, Ed. Humanitas, București.
127. Foucault M. (1997), *A supravgehea și a pedepsi. Nașterea închisorii*, Ed. Humanitas, București.
128. Foucault M. (1998), *Nașterea clinicii*, Ed. Științifică, București.
129. Fraley R.C., Shaver Ph.R. (2008), *Attachment Theory and its place in Contemporary Personality. Theory and Research*, in: John O.P., Robins R.W., Perwin L.A. *Handbook of Personality*. New York, London: The Guilford Press: 518–541.
130. Frankl V.E. (2009), *Omul în căutarea sensului vieții*, Ed. Meteor Press, București.
131. Frankish K. (2009), *Delusions: A tow level framework*; p. 269–284, in: Matthew R. Broome, Lisa Bertolotti (eds), *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*, Oxford University Press.
132. Freeman D., Bentall R., Garety Ph. (eds) (2008), *Persecutory Delusion, Assessment, Theory and Treatment*, Oxford University Press.
133. Freeman M. (1993), *Rewriting the self. History, memory, naratives*, Routledge, London.
134. Freeman D., Freeman J., Garety P. (2006), *Overcoming Paranoid and Suspicious Thought*, London: Robinson Constable.
135. Freeman D., Bentall R., Garety P. (2008), "Persecutory Delusions", Cambridge U.P.
136. Frith C. (1979), *Consciousness, information processing and schizophrenia*, *Br. J. Psychiatry*, 134, p. 517–521.
137. Frith C.D. & Done D.J. (1989), *Experience of alien control in schizophrenia reflects a disorder in the central monitoring of action*, *Psychological Medicine* 19(2), p. 359–368.
138. Frith C. (1992), *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*, Hove, Lawrence Erlbaum.
139. Frith U., Happé F. (1994), *Autism beyond theory of mind*. *Cognition*, 50, 115–32, 1994.
140. Fu C.H.Y., McGuire Ph. K. (2003), "Hearing voices or hearing the Self in disguise? Revealing the neural correlates of auditory hallucinations in schizophrenia", in: Kircher T., David A. (eds), "The Self in Neuroscience and Psychiatry", Cambridge University Press, p. 425–435.
141. Fuchs Th. & Schlimme J. (2009), *Embodiement and psychopathology: a phenomenological perspective*. *Current Opinion in Psychiat*; 22: 570–575.
142. Fuchs Th. (2002), "The challenge of neuroscience: Psychiatry and phenomenology today" in: "Psychopathology", 35, 319–328.
143. Fuchs Th. (2005), "A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia", in: "Psychiatry & Psychology", 12: 95–107.
144. Fucs Th. (2005), *Delusional Mood and Delusional Perception – A Phenomenological Analysis*, *Psychopathology*, 38, p. 133–139.
145. Fucs T. (2007), "Psychotherapy of the lived space. A phenomenological and ecological concept". In: *Am. J. Psychotherapy*, 61, p. 432–439.

146. Fucs T. (2007), "The temporal structure of intentionality and its disturbance in schizophrenia". *Psychopathology*, 40, p. 229–235.
147. Fucs T. (2010), "Phenomenology and Psychopathology". In: G. Gallanger, D. Dchmiecking (eds), *Handbook of Phenomenology and Cognitive Science*, Springer Berlin.
148. Fucs Th. (2013), *The self in schizophrenia: Jaspers, Schneider, and beyond*, p. 245–257; in: Stangellini G., Fucs Th. (eds), *One century of Karl Jaspers psychopathology*, Oxford University Press.
149. Fujii D., Ahmed I. (eds) (2007), *The Spectrum of Psychotic Disorders. Neurobiology, Etiology and Pathogenesis*, Cambridge University Press.
150. Fulford K.W.M. (1989), *Moral Theory and Medical Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
151. Fulford B., Morris K., Sadler J., Stanghellini G. (2003), "Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry", Oxford University Press, 256 p.
152. Gadamer H. G. (2001), "Adevăr și metodă", Ed. Teora, București.
153. Gaebel W. (2012), Status of Psychotic disorders, in: *ICD-11, Schizophrenia Bulletin*, 38 (5): 895–898.
154. Gallanger S. (2003), "Self-narrative in schizophrenia", in: Kircher T., David A. (eds), *The Self in Neuroscience and Psychiatry*, Cambridge University Press, p. 336–360.
155. Gallanger S. (2009), Delusional realities, in: Matthew Broome, Lisa Bortolotti (eds). *Psychiatry as Cognitive Neuroscience. Philosophical perspectives*. Oxford University Press, p. 245–268.
156. Gallanger S. (2000), Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends in Cognitive Sciences*, 4, 14–21.
157. Gallanger S. (2004), Neurocognitive models of schizophrenia, a neurophenomenological critique, *Psychopathology*, 37, p. 8–19.
158. Gallanger S. (2005), "How the body shapes the mind", New York, Clarendon Press.
159. Gallanger S. (2007), Sense of agency and higher-order cognition: levels or explanation for schizophrenia. *Cognitive Semiotics*, 0, p. 32–48.
160. Gallanger S., Schmicking D. (2010) (ed), *Handbook of Phenomenology and cognitive Science*, Springer.
161. Gallanger S. (2011), *The Oxford Textbook of the Self*, Oxford University Press.
162. Gallese V., Ferri F. (2014), Psychopathology of the bodily self and the brain: The case of schizophrenia, *Psychopathology*, 47 (6), p. 357–364.
163. Gallup G.G., Andreasen J.R., Platak S.M. (2003), Self-awareness, social intelligence and schizophrenia. In: Kircher T. & David S. (eds) *The Self*. Cambridge University Press: 147–165.
164. Garety P.A., Hemsley D.R. (1994), *Delusions: Investigations into the Psychology of Delusional Reasoning*, Oxford University Press.
165. Garety P.A. *et al.* (2007), Implication for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper. *Psychological Medicine*, 37, 1377–1391.
166. Garfield J.L. (2004), "Modularity", in: Guttenplan S. (ed), *A Companion to the Philosophy of Mind*, Blackwell, p. 441–448.
167. Gebattel V.E. (1954), "Prolegomena einer medizinischen Antropologie", Ed. Springer, Berlin.
168. Gerrans Ph. (2009), Mad scientists, or unreliable autobiographers? Dopamine dysregulation and delusion, p. 151–172, in: Matthew R. Broome, Lisa Bertolotti (eds), *Psychiatry as Cognitive Neuroscience, Philosophical perspectives*, Oxford University Press.
169. Getz C.E., Fleak D.E., Strakowsky S.M. (2001), Frequency and severity of religious delusion in christian patients with psychosis, *Psychiatry Research*, 103, 1, p. 87–91.
170. Gilbert P. (1999), *Depression: the evolution of powerlessness* Hove Psychopathology Press.
171. Glatzel J. (1978), "Allgemeine Psychopatologie", Ed. Enke, Stuttgart.
172. Goffman E. (1971), *Asylum*, Ed. Pinguin, Book.
173. Goodwin F.K., Jamison K.R. (2007), *Manic Depressive Illness*, Oxford University Press.
174. Gopnik A., Cops L., Meltzoff A.N. (2005), Early theories of mind: what the theory can tell us about autism, p. 50–82, in: S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, D.H. Cohen, *Understanding other mind*, Oxford University Press.
175. Göppert H. (1960), "Zwangkrankheit und Depersonalisation", Ed. Karger, Basel.
176. Gregg G. (1991), *Self-representation: Life-narative studies of identity and ideology*. Greenwood Press, New York.

177. Gross G., Huber G., Klosterkötter J., Linz M. (1987), "Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS)", Springer Berlin, Heidelberg, New York.
178. Gross G., Huber G., Schüttler R. (1986), "Long-term course of Schneiderian Schizophrenia" in: Marneros A., Tsuang M.T. (eds), (1986), "Schizoaffective Psychoses", Springer Berlin, Heidelberg, p. 164-178.
179. Grover S., Gupta H., Matto S.K. (2006), Delusional Disorders: An Overview, German Journal of Psychiatry, ISSN 1433-1055.
180. Guttenplan S. Folk Psychology. In: Guttenplan S. (ed). A comparison of the Philosophy of Mind. Blackwell 1994: 307-293.
181. Hamilton A. (2007), Against the belief model of delusion, In: Man Cheung Chung, K.W.M. Fulford, George Graham (eds), Reconcepting Schizophrenia, Oxford University Press, p. 217-234.
182. Happé F. (1994), Autism: an introduction to psychological theory, London: UCL Press.
183. Happé F. (2005), Parts and wholes, meaning and minds; central coherence and its relation to theory of mind. In: Baron-Cohen S. Yager-Flusberg H., Cohen D.J., Understanding other minds, Oxford University Press.
184. Hardy-Baylé M., Sarfati Y., Passerieux (2003), The Cognitive Basis of Deorganization Symptomatology in Schizophrenia and its Clinical correlates: Toward a Pathogenetic Approach to Deorganization, Schizophrenia Bulletin, no. 3, vol. 29, p. 459-468.
185. Haré R. (2007), "The Logical basis of psychiatry meta-narratives", in: McChung, K.W.M. Fulford, Graham G. (eds), Reconcepting Schizophrenia, Oxford Univ. Press, p. 295-309.
186. Harter S., "Self-processes and Developmental Psychopathology" in: Cicchetti D. & D. Cohen, "Developmental Psychopathology", vol. I, p. 370-418.
187. Harowitz A.V. & Wakefield J.C. (2007), The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York, Oxford University Press.
188. Hauser S.T., Safyer A.W. (1995), "The contribution of Ego Psychology of Developmental Psychopathology", in: Cicchetti D. & D. Cohen, "Developmental Psychopathology", vol. II, p. 555-580.
189. Heidegger M. (1988), "Ce este metafizica?", in: Repere pe drumul gândirii, Ed. Politică, București.
190. Heidegger M. (2003), Ființă și timp, București, Ed. Humanitas.
191. Heltzer J.E., Kraemer H.Ch. et al. (2008), Dimensional approaches in diagnostic classification, Refining the Research Agenda for DSM-V, American Psychiatric Association, Arlington, Virginia.
192. Hemsley D.R. (1977), What have cognitive deficits to do with schizophrenic symptoms? British Journal of Psychiatry, 130, p. 167-173.
193. Henry M. (1963), L'Essence de la Manifestation, Paris, PUF, 1963 (The Essence of Manifestation, The Hague: Martinus Nijhoff, 1973).
194. Hermans H.J.M. (1996), Voicing the self: from information processing to dialogal interchange, Psychological Bulletin, 119, p. 31-50.
195. Hermans H.J.M., Hermans-Konopka A. (2010), Dialogal Self Theory. Positioning and Counter-Positioning in a Globalizing World, Cambridge University Press.
196. Hermans H.J.M. (2011), The Dialogal Self: A Process of Positioning in Space and Time, in: Sh. Gallanger.
197. Huber G. et al. (1980), Longitudinal studies of schizophrenic patients. Schizophrenia Bulletin, 6, p. 593-605.
198. Huber G., Gross G. (1989), The concept of basic symptoms in schizophrenia and schizoaffective psychoses. Recenti Prag. Med; 80: 646-652.
199. Huber G. (1992), "Die Konzeption der Einheitspsychose aus der Sicht der Basisstörungenstheorie", in: Mund Cr., Sass H. (eds), (1992), "Für und Wider die Einheit Psychose", Georg Thieme Stuttgart, New York.
200. Huguelet Ph., Mohr S. (2009), Religion, Spirituality and Psychosis, in: Ph. Huguelet, H.G. Koenig (eds), Religion and Spirituality in Psychiatry, Cambridge University Press, p. 65-80.
201. Hunter S.J., Sparrow E.P. (2012), Executive Function and dysfunction. Cambridge University Press.
202. Husserl E. (2011a), Criza științelor europene și fenomenologia transcendențială, București, Ed. Humanitas.

203. Husserl E. (1994), *Meditații carteziene*, Ed. Humanitas, București.
204. Ibanez-Casas I., Carvila J.A. (2012), Neuropsychology Research in Delusional Disorder. A comprehensive Review. *Psychopathology*, 45, 2; 78–98.
205. ICD-10 (1992), versiunea românească (1998), *Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament*, Ed. All, București.
206. Ienciu M., Romoșan F., Lăzărescu M. (eds) (2012), *Schizofrenia și tulburările de spectru*, Ed. Brumar, Timișoara.
207. Jackson M. (2007), “The clinician’s illusion and benign psychosis”, in: Man Cheung Chung, K.W.M. Fulford, Bill Fulford, George Graham, “Reconceiving Schizophrenia”, Oxford University Press, p. 235–224.
208. J. van Os (2009), Saliency syndrom replaces schizophrenia, in: DSM-5 and ICD-11: psychiatry’s evidence – based entry into 21st century, *Acta Psychiat. Scand.* 120, p. 363–372.
209. Jamison K.R. (1993), *Touched with Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament*, Free Press, New York.
210. Janet P. (1903), “Les obsessions et la psychasténie”, Ed. Alcan, Paris.
211. Janzarik W. (1988), “Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie”, Ed. Enke, Stuttgart.
212. Jaspers K. (1997), “General psychopathology”, The John Hopkins University Press, Baltimore, London.
213. Jeannerod, M., Farret, Ch. *et al.* (2003), “Action recognition in normal and schizophrenic subjects”, in: Kircher T., David A. (eds.) “The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge University Press, p. 380–406.
214. Johnson C.V., Friedman H.L. (2012), Enlightened or Delusional? Differentiating Religious, Spiritual, and Transpersonal Experiences from Psychopathology, *Journal of Humanistic Psychology*, vol. 48, p. 505–527.
215. Johns L.C. *et al.* (2014), Auditory Verbal Hallucinations in: Person’s with and without a Need for Care, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 40, suppl. 4, p. S 255–S264.
216. Johnstone E.C. *et al.* (1988), The Northwick Park “functional” psychosis study: Diagnostic and treatment response, *Lancet*, 10, p. 119–125.
217. Jung C.G. (1964), “Dialectique du moi et de l’inconscient”, Ed. Gallimard, Paris.
218. Kant I. (2001), *Antropologia din perspectivă pragmatică*, Ed. Anteea.
219. Kapur S. (2003): Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology and pharmacology. *Am J. Psychiat*; 160:13–23.
220. Kaschka W., Lungerhausen E. (1992), “Paranoide Störungen”, Springer Verlag, Berlin.
221. Kay S.R. (1991), “Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia”, Brunner-Mazel, New York.
222. Keffe R.S.E., Eesley C.E. (2006), Neurocognitive Impairments, in: A. Lieberman, T.S. Stroup, D.O. Perkins, *Textbook of Schizophrenia*, American Psychiatric Publishing Inc.
223. Keffe R.S.E., Goldberg T.E. *et al.* (2004), “The brief assessment and cognition in schizophrenia: reliability, sensitivity and comparison with a standard neurocognitive battery”.
224. Kendell R.E. (1986), What are mental disorder? In: A.M. Freedman *et al.* (eds), *Issues in psychiatric classification: Science, practice and social policy* (p. 23–45), New York: Human Science Press.
225. Kendler K.S., Parnas J. (eds) (2012), *Philosophical Issues in psychiatry: nosology*, Oxford University Press.
226. Kenlar L.E.O. (2003), “Evolutionary Psychology and Psychopathology”, in: “Current Opinion in Psychiatry”, 16: 691–699.
227. Kinderman P., Bentoll R.P. (1997), “The function of delusion beliefs”, in: McChung, K.W.M. Fulford, G. Graham (eds), *Reconceiving Schizophrenia*, Oxford Univ. Press – p. 275–294.
228. Kinney D.K., Tanaka M. (2009), “An Evolutionary Hypothesis of Depression and its Symptoms. Adaptive Value and Risk Factors”, in: “The Journal of Nervous and Mental Disease”, 197: 561–567.
229. Kircher T., Davis A. (2003), *The Self in Neuroscience and Psychiatry*, Cambridge University Press, in: Tilo Kircher & Antony David (eds).
230. Klosterkötter J. (1988), *Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenia*, Berlin, Springer.
231. Koenig HG. (2007): Religion, spirituality and psychotic disorders. *Rew. psychiatr. clin*; 34 (suppl. 1): 1–16.

232. Korbek R., Cassidy J. *et al.* (2006), "Attachment, stress and psychopathology: a developmental model", in: Cicchetti D. & D. Cohen, "Developmental Psychopathology", vol. I, p. 333–364.
233. Kraus A. (2000), Phenomenological-anthropological psychiatry. In: Contemporary psychiatry, vol. I. Foundation of psychiatry (ed. F. Henn, N. Sartorius, H. Helchen and H. Lauter), New York, Springer Verlag.
234. Kraus A. (2007), Schizophrenic delusion and hallucination as the expression and consequence of an alteration of the existential a prioris, p. 97–112. In: Chung M.Ch., Fulford K.W.M., Graham G., *Reconceiving Schizophrenia*, Oxford University Press.
235. Kretschmer E. (1958), *Histerie, Reflex und Instinct*, Ed. Thieme, Stuttgart.
236. Kretschmer E. (1974), The sensitive delusion of reference, in: Hirsch S.R. & Sheperd M. (eds), *Themes and variations in European Psychiatry*, Bristol: John Wright.
237. Kretschmer E. (1966), *Der sensitive Beziehungswahn*. Berlin: 4 Auflage: Springer.
238. Krueger R.F. & Markon K.E. (2006), Reinterpreting comorbidity: A model – based approach to understanding and classifying psychopathology, *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, p. 113–133.
239. Lakoff G. Johnson M. (1999), *Philosophy in the flesh: The embodied mind and its challenge to western thought*. New York: Hapers Collins.
240. Lanteri-Laura G. (1957), "La psychiatrie phénoménologique", PVF, Paris.
241. Laroï F. *et al.* (2014), Culture and Hallucinations: Overview and Future Directions, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 40, suppl. nr. 4, p. S213–S220.
242. Lanteri-Laura G., Kahait E., Hanon G. (1990), Délire chronique de l'adulte en dehors de la paranoïa et de la schizophrénie, *Encyclop. Med. Chir.*, Paris 37299A¹⁰.
243. Lantéri-Laura G., Del Pistoia L., Bel Habib H. (1985), Paranoïa, *Encyclop. Med. Chir.*, Paris 372299D¹⁰.
244. Lăzărescu M. (1973), *Patologie obsesivă*, Ed. Medicală, București.
245. Lăzărescu M. (1989), *Introducere în Psihopatologia Antropologică*. Timișoara, Ed. Facla.
246. Lăzărescu M. (1994), *Psihopatologie clinică*, Ed. Helicon, Timișoara.
247. Lăzărescu M., Bumbea O. (2008a), *Patologie obsesivă*, Ed. Academiei, București.
248. Lăzărescu M. (2009), Psihopatologia evoluționistă și depresia, *Psihiatru. Ro.*, 19.4, p. 22–26.
249. Lăzărescu M. (2010), *Bazele Psihopatologiei Clinice*, Ed. Academiei Române, București.
250. Lăzărescu M., Bărănescu R. (2011a), *Psihopatologie descriptivă*, Ed. Polirom, Iași.
251. Lăzărescu M. (2011b), Chin, extaz și nebunie înaltă în sec. XX. Cronica a trei zile prilejuite de comemorarea centenarului nașterii lui E.Cioran, Ed. Brumar, Timișoara.
252. Lăzărescu M. (2011c), Atașamentul și Teoria minții în psihoterapie și psihopatologia schizofreniei, *Revista Română de Psihiatrie*, vol. XIII, Nr. 4, p. 157–167.
253. Lăzărescu M. (2011d), Psihopatologia delirului în perspectiva disfuncției ierarhice a sinelui. *Revista Română de Psihiatrie*, vol. XIII, nr. 2–3.
254. Lăzărescu M. (2011e), Tulburarea bipolară în perspectiva psihopatologiei. Doctrina evoluționistă și fenomenologia existențialistă, *Revista Română de Psihiatrie*, nr. 1–21.
255. Lăzărescu M. (2012), O carte și o doctrină cu destin ciudat, H. Ey: Conștiința și organo-dinamismul, nr. 30, *Revista Psihiatru.ro*
256. Lăzărescu M. (2013), Destinul unei cărți celebre: psihopatologia generală a lui K. Jaspers, 100 ani de la apariție, nr. 2, *Revista Română de Psihiatrie*.
257. Lăzărescu M. (2014), *Ce e tulburarea mentală*, Ed. Polirom, Iași.
258. Le-Goc-Diaz (1988), La dépersonnalization, *Enciclopedic Med. Chir.* 37125 A¹⁰.
259. Leigh H. (2011), *Genes, Memes, Culture and Mental Illness, Toward an Integrative model*, Springer.
260. Leonhard K. (1979), *The classification of Endogenous Psychoses*, Irvington Publishers, John Wiley & Sons.
261. Lhermitte J. (1939), *L'image de notre corps*, ed. Nouvelle Revue Critique.
262. Liddle P.F., Morris D.L. (1991), Schizophrenic Syndromes and frontal lobe performance, *British J. Psychiatry*, 158, p. 3.
263. Liddle P.F. (1987), The symptoms of chronic schizophrenia. Reexamination of the positive and negative dichotomy. *Brit. J. Psychiat*; 151:145–151.

Probabil, schizofrenia va trebui să se despartă, nu peste mult timp, – în ceea ce are ea specific – de patologia propriu zisă delirantă și să respecte statutul clinic propriu al acesteia. Mai precis, va trebui să se recunoască faptul că schizofrenia „se întâlnește” și se intersectează cu patologia delirant halucinatorie în anumite modalități, la fel cum ea se întâlnește și cu patologia afectivă.

Un R.C., pe marginea căruia urmărești zeci de ani o cazuistică psihotică, îți va aduce în față o problemă psihopatologică variată, care interferează cu existența vieții cutumiere. Ajungi astfel să te gândești tot mai insistent că starea psihotică derivă din trăiri umane firești, adaptative și creatoare, care, în urma unui „experiment natural negativ” ajung într-o stare disfuncțională, simplificată și rigidă, monopolizând viața psihică a subiectului, decontextualizându-l și făcându-l să cadă, temporar, pe orbita unei existențe psihotice.

264. Liddle P.F. (2009), Descriptive clinical features of schizophrenia. In: M.G. Gelder, N.C. Andreasen, J.J. Lopez Ibor Jr., J.R. Geddes (eds), *New York Oxford Textbook of Psychiatry*, Oxford University Press: 571–584.
265. Losh M., Adolphs R. (2011), The Broad Autism Phenotype. In: D.G. Amaral, Dawson G., Geschwind D.H., *Autism Spectrum Disorders*, Oxford University Press, 2011, p. 475–476.
266. Lukoff D. (1985), The diagnosis of mystical experience with psychotic features, *The Journal of transpersonal Psychology*, vol. 17, nr. 2, p.155–181.
267. Lung-Cheng Huang C. *et al.* (2011), The interaction between religion, religiosity, religious delusion/hallucination and treatment – seeking behaviours among schizophrenic patients in Taiwan. *Psychiatry research* 2; 107(3): 347–353.
268. Lyons-Ruth K (1999), The two person conscious, intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*: 19: 576–617.
269. Mahler B.A. (1988), Anomalous experience and delusional thinking; the logic of explanation. In: *Delusional belief* (ed. T.F. Oltmans and B. Mahler), New York, Wiley = Interscience.
270. Main M. (1995), Attachment: Overview, with implication for clinical work. In: Goldberg S., Muir R. & Kerr J. (eds). *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*. New York: Hillsdale, Analytic Press, 1995, p. 407–474.
271. Main M. (2000), The organized categories of infant, Child and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment – related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*: 48 (4), p. 1055–1096.
272. Maj M., Akiskal, H.S., Lopez-Ibor J.J., Sartorius N. (2003), “Bipolar Disorder”, John Wiley & Sons LTO, 523 p.
273. Maj M., Sartorius N. (eds) (1999): “Schizophrenia”, John Wiley & Sons, LTD, 491 p.
274. Maloney J.C. (2003), “Archetype theory of Evolutionary Psychology and the Baldwin effect”, *J. Anal. Psychol.* 48: 101–107.
275. Mănzat I. (2012), *Istoria psihopatologiei universale*, București, Ed. Univers enciclopedic general.
276. Markowitsch H.J. (2003), “Autonoetic consciousness”, in: Kircher, T., David, A., Eds., “The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge University Press, p. 197–216.
277. Marneros A, Andreasen N.C., Tsuang M.T. (eds) (1995), *Psychotic continuum*, Springer, Berlin, Heidelberg.
278. Marneros A., Angst J. (eds) (2002), *Bipolar Disorders. 100 year after manic depressive insanity*, New York, Kluwer Academic Publisher.
279. Marneros A., Tsuang M.T. (eds), (1986) “Schizoaffective Psychoses”, Springer Berlin, Heidelberg.
280. Marneros, A., Akiskal H.S. (eds) (2007), *The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra*, Cambridge University Press.
281. Marneros, A., Andreasen, C., Tsuang, M.T. (eds) (1991), “Negative Versus Positive Schizophrenia”, Springer Verlag, 460 p.
282. Marneros, A., Goodwin Fr. (eds) (2005), “Bipolar Disorders. Mixed States. Rapid Cycling and Atypical Forms”, Cambridge University Press, 395 p.
283. Martin J.A., Penn D.L. (2002), Attributional Style in Schizophrenia: an Investigation, in: *Outpatients with and without Persecutory Delusions*, *Schizophrenia Bulletin*, 28, 1, p. 131–141.
284. Matthew R. Broome & Lisa Bertolotti (eds), *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*, Oxford University Press, p. 49–79.
285. Matthews (2007), *Body Subjects and Disordered Minds*, Oxford University Press.
286. May M., Akiskal H.S. *et al.* (2003), *Bipolar Disorder*, John Wiley & Sons LTD.
287. May M., Sartorius N. (eds) (2001), “Depressive Disorders”, John Wiley & Sons, LTO, 490 p.
288. McAdams D.P. (1999), “Personal Narratives and the Life Story”, in: L.A.Pervin, O.P. John (eds), *Handbook of Personality. Theory and Research*, The Guilford Press, New York, London, p. 478–500.
289. McAdams D.P., Josselson R. & Lieblich A. (eds) (2006), *Identity and story. Creating self in narrative*, American Psychological Association, Washington, DC.
290. McGlashan Th. *et al.* (2002), “Structured Interview for Prodromal Syndromes”, PRIME Research Clinic, Yale School of Medicine.

291. McGorry P., Elkins K., Curry C., Copolov D., Singh B. (1990), Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychosis, National Health and Medical Research Council.
292. McGuire, M., Troisi A. (1998), "Darwinian Psychiatry", Oxford University Press, New York.
293. McIntyre A. (1998), *Tratat de morală. După virtute*. Ed. Humanitas, București.
294. McKenna (1984), Disorders with overevaluated ideas, *Brit. J. Psychiatry*, 145; 579–185.
295. McKenna (2007), *Schizophrenia and related Syndromes*, Routledge London and New York.
296. McLaughlin B.P., Beckerman A., Waller S. (2009), *The Oxford Handbook of Psilosophy of Mind*, Oxford University Press.
297. Meehl P.E. (1989), "Schizotaxia revisited", *Arch. Gen. Psychiatry*, 46:935–944.
298. Mellor C.S. (1970), First-rank symptoms of schizophrenia, *British J. of Psychiatry*, 117, p. 15–23.
299. Mellor C.S. (1991), Delusional perception. *British J. of Psychiatry*; 159 (Suppl. 11): 104–7.
300. Meltzoff A. & Moore M. (1998), Infant intersubjectivity: Broadening the dialogue to include imitation, identity and intention. In: S. Braten (ed), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. Cambridge, UK: Cambridge University Press: 47–88.
301. Meltzoff A. (1985), The roots of social cognitive development: Models of man's original nature. In: T. Field & N Fox (eds). *Social perception in infants* Norwood, NJ:Ablex.: 1–30.
302. Merleau Ponty M. (1999), "Fenomenologia percepției", Ed. Aion.
303. Miller E., Wallis J. (2008), The Prefrontal Cortex and Executive Brain Functions. In: Larry Squire, Darwin Berg, Bloom Fl. *et al.* (eds), *Fundamental Neuroscience*, Amsterdam, Boston, Heidelberg; Elsevier, 2008; 1199–1223.
304. Millon T., Krueger R.F., Simonsen *et al.* (eds) (2010), *Contemporary Directions in Psychopathologie, Scientific Foundation of the DSM-V, ICD-11*, The Guilford Press, New York, London.
305. Minkowski E. (1966), *Traité de psychopathologie*, Ed. P.U.F., Paris.
306. Minkowski E. (1999), *Schizofrenia*, Ed. IRI, București.
307. Minkowski E. (1993), "Le temps vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques", Ed. Delachoux et Niestlé, Neuchâtel.
308. Mishara A.L., Lysaker P.H., Schwartz M.A (2014), Self-disturbances in Schizophrenia: History, Phenomenology, and Relevant Findings From Research on Metacognition, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 40, no. 1 p. 5–12.
309. Miyaki A. *et al.* (2000), The unity and diversity of executive functions and their contribution to complex frontal lobe tasks: A latent variable analysis: *Cognitive Psychiatry*, 41: 49–100.
310. Mizock L., Milliner U., Tuninova Z. (2012), Spiritual on Religious Issue in Psychotherapy with Schizophrenia: Cultural Implications and Implementation, *Religious*, 3, p. 82–98.
311. Morris M. (1991), Delusional Infestation, in: *British J. of Psychiatry*, 159 (Suppl. 14), p. 83–87.
312. Moskowitz A., Schafer I, Dorahy M.J. (2009), *Psychosis, Trauma and Dissociation*, Wiley-Blackwell.
313. Mundt Ch., Sass H. (1992), "Für und Wider die Einheitspsychose", Georg Thieme Stuttgart, New York.
314. Mundy P., Sigman M. (2006), "Joint Attention, Social Competence and Developmental Psychopathology" in: Cichetti, D. & D. Cohen, "Developmental Psychopathology", vol. I, p. 293–331.
315. Munro A. (2008), Aspects of persecutory delusion in the setting of delusional disorder. In: Freeman D., Bentall R., Garety Ph., *Persecutory Delusion*. Oxford University Press, p. 105–120.
316. Munro A. (2006), "Delusional Disorder. Paranoia and related illnesses", Cambridge University Press, 261 p.
317. Murphy D. (2004), "Darwinian Models of Psychopathology", in: Jennifer Radden (ed), "The Philosophy of Psychiatry. A Comparison", p. 329–337, Oxford University Press, New York.
318. Nelson B., Parnas J., Sass L.A. (2014), Disturbance minimal Self Ipseity), in: *Schizophrenia: Clarification and curent statuts*, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 40, nr. 3, p. 479–482.
319. Nesse R.M. (2002), "Evolutionary biology: a basic science for psychiatry", *World Psychiatry*, 1: 7–9.
320. Neziroglu F.A. *et al.* (1999), Overvalued ideas scale (OVIS). *Behav Res Ther*; 37: 881–903.
321. Nordgaard J., Arnfeld S.M., Handest P., Parnas J. (2008), The Diagnostic Status of First Rank Symptoms. *Schizophr Bull* 2; 34, 1:137–141.
322. O'Connor L.E. *et al.* (2002), Guilt, fear submission and empathy in depression, *J. Affect. Disord.* 71:19–27.
323. Oltmans T.E, Mahler B.A. (1988), *Delusional Belief*, Ed. Wiley, New York.

324. Opjordsmonen S. (2014), Delusional Disorders as a Partial Psychosis, *Schizophrenia Bull.*, vol. 40, nr. 2, p. 244–247.
325. Oyeboode F. (2015), *Sim's Symptoms in the Mind*, Saunders, Elsevier.
326. Pankseep J. (1998), *Affective Neuroscience. The Foundation of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press.
327. Pankseep J. (2003), "The neural nature of the core Self: Implication for understanding Schizophrenia", in: Kircher T., David A. (eds), "The Self in Neuroscience and Psychiatry", Cambridge University Press.
328. Parnas J. (2003), "Self and Schizophrenia: a phenomenological perspective", in: Kircher T., David A. (eds) (2003), "The Self in Neuroscience and Psychiatry", Cambridge, p. 217–214.
329. Parnas J. (2012), DSM-IV and the founding of schizophrenia: are we regressing to a pre-*kraepelinean* nosology?, p. 237–259.
330. Parnas J., Bovet P., Zahavi D. (2002), Schizophrenia autism. Clinical phenomenology and pathogenetic implications, *World Psychiatry* 1/3:121–34.
331. Parnas J., Handest P. (2003), Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia, *Comprehensive Psychiatry* 44, p. 21–34.
332. Parnas J., Moeller P. (2005), EASE: Examination of Anomalous Self-Experience, *Psychopathology*, 38: 236–258.
333. Parnas J. (2000), "The Self and Intentionality in the Pre-Psychotic Stages of Schizophrenia" in: "Exploring the self: philosophical and psychopathological perspectives on self-experience" (ed. D. Zahavi), p. 115–147, Amsterdam, John Benjamins.
334. Parnas J., Sass G. Stanghellini, "The Vulnerable Self", Oxford University Press.
335. Pashkovsky V., Sofronov A. (2012), p. 1057, About clinical meaning of religious-archaic delusional complex, *European Psychiatry*, vol. 27, Suppl. 1, 2012, p. 1.
336. Pavel T. (1992), *Lumi ficționale*, Ed. Minerva, București.
337. Perner J., Lang B. (2005), Theory of Mind and executive function: is there a developmental relationship? In: Baron-Cohen S., Tager-Flusberg H., Cohen DJ., *Understanding other minds*, Oxford University Press.
338. Petrilowitsch N. (1966), "Zur Charakterologie der zwangneurotiker", Ed. Monhold, Halle.
339. Phillips J. (2003), "Schizophrenia and narrative self", in: Kircher, T. and David A. (eds), *The Self in Neuroscience and Psychiatry*, Cambridge University Press, 319–335.
340. Phillips K.A. (2005), *The Broken Mirror. Understanding and treating body dysmorphic Disorder*, Oxford University Press.
341. Pincus A.P., Lukowitsky M.R., Wright A.G.C. (2010), The interpersonal Nexus of Personality and Psychopathology, in: Millon Th. *et al.* *Contemporary Direction in Psychopathology*, The Guilford Press.
342. Pincus H.A., McQueen L.E., Elinson L. (2003), "Subthreshold of Mental Disorders: Nosological and Research Recommendations", p. 124–144, in: Phillips K.A., First M.B., Pincus H.A., "Advancing DSM Dilemmas in Psychiatric Diagnosis", Pbl. Am. Psyh. Assoc., Washington.
343. Pope H.G., Phillips K.A., Olivardia R. (2002), *The Adonis Complex, A Touchstone Book*, New York.
344. Postel J., Quétel Cl. (1983), "Nouvelle histoire de la Psychiatrie", Ed. Privat, Toulouse.
345. *Psychopathology* (2013), 46, 5, p. 275–364, The Centennial of Karl Jaspers, *General Psychopathology*, Th. Fuchs, S.C. Herpertz (eds), Karger, Basel.
346. Raballo A., Lundgren E., Leuci E., Fonto St., Maggini C. (2006), Self-centrality, psychosis and schizotaxia: a conceptual review, *Acta Biomed* 2006; 77: 33–39.
347. Raballo A. *et al.* (2006), Self-centrality, psychoses and schizotaxia: a conceptual review. *Acta Biomed*, 77, 33–9.
348. Raballo A., Solbye D., Parnas J. (2009), Looking at the Schizophrenia Spectrum Through the Prism of Self-disorders, An empirical study.
349. Rachman S., Shafran R. (1999), Cognitive distortions: Thought action fusion, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, p. 80–85.
350. Radden J. (2011), *On delusion*, Routledge.
351. Radden J. (ed) (2004), "The Philosophy of Psychiatry. A companion", Oxford University Press, 447 p.
352. Raden J., Multiple Selves, in: Shaun Gallagher (ed), *The Oxford Handbook of The Self*, 2011, Oxford University Press.

353. Ratcliff M. (2007), *Rethinking Commonsense Psychology: A Critique of Folk Psychology, Theory of Mind and Simulation*, Hampshire: Palgrave MacMillan.
354. Ratcliff M. (2008), *Feeling of Being: Phenomenology, Psychiatry and Sense of reality*, Oxford University Press.
355. Ratcliff M. (2009), Understanding existential changes in psychiatric illness: The indispensability of phenomenology, in: Matthew R. Broome, Lisa Bartolotti (eds), *Psychiatry as Cognitive Neuroscience. Philosophical Perspectives*, Oxford University Press.
356. Ratcliff M. (2010), Delusional Atmosphere and Delusional Belief (p. 575–590), in: S. Gallanger, D. Schmicking (eds), *Handbook of Phenomenology and Cognitive Science*, Springer.
357. Ratcliff M. (2013), Delusional Atmosphere and the Sense of Unreality, p. 229–245, in: Giovanni Stanghellini and Thomas Fuchs (eds), *One Century of Karl Jaspers' General Psychopathology*, Oxford University Press.
358. Radcliff M. (2015), *Experiences of depressive: a study in phenomenology*, Oxford University Press.
359. Regier D.A., Narrow W.E. *et al.* (eds) (2011), *The conceptual evolution of DSM-5*, American Psychiatric Publishing Inc., Washington D.C., London, England.
360. Retterstol H. (1991), Course and Outcome in Paranoid Disorders, *Psychopathology*, 24; 277–288.
361. Riben I., Mohr S. Borrás L. *et al.* (2013), Athematic analysis of Delusion with religious contents in schizophrenia; open, closed and mixed dynamics, *The J. of Nervous and Mental Disease*, 201 (8), 665–673.
362. Ricoeur P. (1984, 1985, 1988), *Time and Narrative*, vol. I, II, III, Chicago, University of Chicago Press.
363. Ricoeur P. (1990), *Soi-même, comme un autre*, Ed. du Seuil, Paris.
364. Ricoeur P. (1995), *Eseuri de hermeneutică*, Ed. Humanitas, București.
365. Rieber R.W. (2006), *The Bifurcation of the Self. The Hystory and Theory of Dissotiation and its Disorders*, Springer.
366. Ritsner M.S. (ed) (2011), *Handboool of Schizophrenia Spectrum Disorders*, Springer.
367. Robins R.W., Norem J.K., Cheeck J.M. (1999), “Naturalizing the Self”, in: L.A. Pervin, O.P. John (eds.), *Handbook of Personality. Theory and Research*, The Guilford Press, New York, London, p. 443–478.
368. Roesch-Ely D. *et al.* (2010), Context Representation and Thought Disorder in Schizophrenia, *Psychopathology*, nr. 43, p. 275–284.
369. Rossaro M. (2003), *Evolutionary Psychology. The Science of Human Behaviour and Evolution*, Willey.
370. Rutter, M. (1985), “Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders”, *British Journal of Psychiatry*, 147, p. 598–611.
371. Rutter M. (1982), “Developmental Psychiatry”, American Psychiatric Press, Inc., Washington.
372. Ryan M.R., Deci E.L. *et al.* (2006), “The significance of autonomy and autonomy support in psychological development and psychopathology”, in: Cicchetti D. & D. Cohen, “Developmental Psychopathology”, Second Edition, vol. I, p. 795–849, John Wiley & Sons.
373. Sadler J.Z. (2005), *Value and psychiatric diagnosis*, Oxford University Press.
374. Samuels R. (2009), *Delusion as a natural kind*.
375. Saladini O., Luauté P. (2003), Depersonalization, *Enciclopedic Med. Chir.* 37125A¹⁰.
376. Sartorius N., Leff J., Jablensz A. *et al.* (1987), The International Study of Schizofrenia Five-Year follow-up findings; in: H. Hafner, W.F. Gattay and W. Janzarik (eds): *Search for the Causes of Schizofrenia*, p. 107–113, Heidelberg, Springer.
377. Sass L. (1994), *The Paradoxes of delusion: Wittgenstein Schreber, and the schizophrenic mind*. Ithaca, NY, Cornell University Press.
378. Sass L., Parnas J., Zahavi D. (2011), *Phenomenological Psychopathology and Schizophrenia, Contemporary Approaches and Misunderstandings*, in *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 18, nr. 1, p. 1–23.
379. Sass L.A. (2003), “Self-disturbance in schizophrenia: hiperreflexivity and diminished self-affection”, in: Kircher T., David A. (eds) “The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge University Press, p. 242–271.

380. Sass L.A., Parnas J. (2007), "Explaining schizophrenia: The relevance of phenomenology." in: M. Chung, W. Fulford, G. Graham (eds), "Reconceiving Schizophrenia", Oxford University Press, 2006, p. 63–96.
381. SCAN (1992), Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, WHO Geneva.
382. Scharfetter C. (1980), General Psychopathology, Cambridge University Press.
383. Schwartz M.A. and Wiggins O.P. (1987), Diagnosis and the Ideal Type: a Contribution in Psychiatric Vlassifications, *Comprehensive Psychiatry* 28: 277–291.
384. Scharfetter Ch. (2003), The self-experience of schizophrenics. In: Kircher T., David A. The Self, Cambridge University Press: 293–318.
385. Scheller M. (1950), "Nature et forme de la sympathie", Ed. Payot, Paris.
386. Schneider K. (2007), *Klinische Psychopathology*. Stuttgart, New York:15 Auflage: Georg Thieme Verlag.
387. Secară O. (2007), "Creierul social", Ed. Artpress, Timișoara.
388. Servan-Schreiber D., Cohen J.D., Steingart S. (1990), Schizophrenia deficit in the processing of context: a test of a theoretical model, *Arch. Gen. Psychiatry*, 53, p. 1105–1112.
389. Shallice T., Burger P.W. (1996), The domain of supervisory processes and temporal organization of behavior. *Philosophical transaction of the Royal Society of London B. Biol. Science*; 351:1405–1412, 1996.
390. Shepherd M. (1990), *Conceptual Issues in Psychological Medicine*, Routledge, London and New York.
391. Shorter E. (2005), *A Historical Dictionary of Psychiatry*, Oxford University Press.
392. Sierra M. (2009), *Depersonalisation. A New Look at Neglecta Syndrom*, Cambridge University Press.
393. Sierra M., Berrios G.E. (2000), The Cambridge depersonalization scale: a instrument for the measurement of depersonalization, *Psychiatry, Res.* 93: 153–164.
394. Sims A. (2012), *Religious delusions*, Royal College of Psychiatrists.
395. Sims A. (1988), *Symptoms in the mind. An descriptive psychopathology*, Baillière Tindal, London.
396. Somer E., Saadon M. (2000), Disociative Possession and Trance in a Tunisian Healing Dance, *Transcultural psychiatry*, vol. 37(4), p. 581–602.
397. Somer E. (2004), Trance Possession Disorder in Judaism: Sixteen – Century Dybbuks in the Near Est, *Journal of Trauma & Disociation*, vol. 5 (2).
398. So S.H. *et al.* (2011), Jumping to conclusion, a Lack of... Flexibility and Delusional Conviction in Psychosis: A Longitudinal Investigation of Structure, Frequency and Relutedness of Reasoning Bioses, *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 121, nr. 1, p. 129–139.
399. Spitzer M. (1989), "Was ist Wahn? Untersuchungen zum Wohnproblem", Springer Verlag, Berlin, 133 p.
400. Stan V. 1999, "Ataşamentul. De la teorie la practică", Ed. Salvați Copiii, UNICEF, Timișoara.
401. Stanghellini G. (2004), *Disembodied spirits and deanimated bodies. The psychopathologie of common sence*. Oxford University Press.
402. Stanghellini G. (2009a), *Embodiment and schizophrenia*. *World Psychiatry*; 8, 1, February: 56–60.
403. Stanghellini G., Rosfort R. (2013b), *Emotions and personhood. Exploring fragility – making sens of vulnerability*, Oxford University Press.
404. Stanghellini G., Fuchs Th. (eds) (2013), *One century of Karl Jasper's General Psychopathology*, Oxford University Press.
405. Steketee G. (2012), *The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders*, Oxford University Press.
406. Stephens G.L., Graham G. (2009), The delusional stance. In: Matthew Broome, Lisa Bartoloti (eds). *Psychiatry as Cognitive Neuroscience. Philosophical perspectives*. Oxford University Press, p. 193–216.
407. Stern D.N. (1985), *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
408. Stevens A., Price J. (1996), "Evolutionary Psychiatry. A New Beginning", London Poutledge.
409. Stoica I. (2008), "Prodromul în primul episod psihotic", *Info Medica*, București.
410. Straus E. (1956), "Vom Sinn der Sinne", Springer, Berlin.
411. Sullivan H.S., *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton, 1953.
412. Suprakash Ch. *et al.* (2013), Disociative trance disorder: a clinical enigma, *UJMDS*, 01, p. 12–22.

413. Söllwold L., Huber G. (1986), "Schizophrene Basisstörungen", Heidelberg, Springer.
414. Sutter J.M., Tatossian A., Scotto J.G. (1981), Les délires chronique, *Encycloped. Med. Chir.*, Paris 37299A¹⁰.
415. Synofzik M., Vosgerau G., Voss M. (2013), The experience of agency: an interplay between prediction and pastiction, *Frontiers in Psychology*, vol. 4, Article 127.
416. Szasz T.S. (1972), *The Myth of Mental Illness*, Routledge, London.
417. Tamminga C., Sirovatka D., Regier J.v.O (2009), *Deconstructing Psychosis: Refining the research agenda for DSM-5*, American Psychiatric Pub.
418. Tatossian A. (1979), *Phénoménologie des psychoses*, Ed. Mason, Paris.
419. Taylor M.A., Vaidya M. (2009), *Descriptive Psychopathology*, Cambridge University Press.
420. Taylor M.A. *et al.* (2020), The failure of schizophrenia concept and the argument for its replacement by hebephrenia: applying the medical model for disease recognition, *Acta Psychiat. Scand.*, 122:173–183.
421. Tellembach H. (1983), "Melancholie", 4 Aufl., Ed. Springer, Berlin.
422. Tomasello M. (1995), Joint attention as social cognition. In: C. Moore & P. Dunham (Eds). *Joint attention: Its origins and role in development*. New York, Hillsdale, Erlbaum: 103–130.
423. Tomkins S.S. (1979), Script theory. In: H.E. Howe & R.A. Dienstbier (eds), *Nebraska Symposium on motivation*, vol. 26, p. 201–236), Lincoln: University of Nebraska.
424. Trevaasthen C., Aiken K. (2001), "Infant intersubjectivity: Research, theory and clinical applications", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, p. 3–48.
425. Tsuang M.T. *et al.* (2003), "Insight from Neuroscience for the Concept of Schizotaxia and the Diagnosis of Schizophrenia", in: Phillips K.A., First M.B., Pincus H.A., (2003), *Advancing DSM*, American Psychiatric Association, p. 105–128.
426. Tsuang M.T., Faraone St.V., Glatt St.J. (2011), *Schizophrenia*, Oxford University Press.
427. Tulvin E. (1983), *Elements of Episodic memory*, Oxford, Clarendon.
428. Varela F.J., Thompson E., Rosch E. (1991), "The embodied mind: cognitive science and human experience", Cambridge MIT Press.
429. Venkataramiah V. *et al.* (1981), Possession syndrome: an epidemiologica, study in west Karnatak, *Indian J. Psychiatry*, 23 (3), p. 213–218.
430. Vogeley K. (2003), "Schizophrenia as disturbance of the self-construct", in: Kircher T., David A. (eds) (2003), "The Self in Neuroscience and Psychiatry", Cambridge, p. 361–379.
431. Vogeley K., Gallanger S. (2011), *Self in the Brain*, in: Shaun, Gallanger (eds), *The Oxford handbook of the Self*, Oxford University Press, p. 111–138.
432. Wakefield J.C. (2010), "Taking Disorder Seriously", in Th. Millon *et al.*, *Contemporary Directions in psychopathology*, p. 275–300.
433. Wakefield J.C. (1992), Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-II-R's definition of mental disorder, *Psychological Review*, 99, p. 232–247.
434. Wakefield J.C. (1999), "Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder", *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (3), p. 374–394.
435. Wallace E.R., Gach J. (2008), *History of Psychiatry and Medical Psychology*, Springer.
436. Walker C. (1991), Delusion: What Did Jaspers Really Say, *The British J. of Psychiatry*, Suppl. 14, 159, p. 94–103.
437. Wallace IV E.R., Gach J. (eds) (2008), *History of Psychiatry and medical psychology*, Springer.
438. Waters F. *et al.* (2014), Visual Hallucinations in the Psychosis Spectrum and Comparative Information from Neurodegenerative Disorder and Wy Disease, *Schizophrenia Bulletin* vol. 40, suppl. nr. 4, p. S233–245.
439. WHO (1997), "Multiaxial Presentation of the ICD-10 for use in Adult Psychiatry".
440. WHO-OMS (2004), "Clasificarea internațională a funcționării, disabilităților și sănătății" (ediția română).
441. Wiggins J.S., Trobst K.K. (1999), The Field of interpersonal behaviour. In: Perwin L.A., John O.P. (eds). *The Guilford Press*: 653–670.
442. Wiggins O.P., Schwartz M.A. (2007), Schizophrenia a phenomenological-anthropological approach, p. 113–128, in: Men Cheung Chung, K.W.M. (Bil) Fulford, George Graham, *Reconceiving Schizophrenia*, Oxford University Press.

443. Wilson D.R. and Cory G.A. (2007), *The Evolutionary Epidemiology of Mania and Depression*, The Edwin Mellen Press, Lewiston, Queenstone, Lampeter.
444. Wing J.K., Cooper J.E. and Sartorius N. (1974), *The measurement and classification of psychiatric symptoms*, Cambridge: Cambridge University Press.
445. Wing J.K., Brown G.W. (1970), "Institutionalism and schizophrenia. A comparative study of three mental hospitals (1960–1968)", Cambridge University Press.
446. Wirsich J. (1949), "La personne du schizophrène", PVF, Paris.
447. Wittgenstein L. (1969), *On certainly*. Blackwel, Oxford.
448. Wolpert L. (2001), *Malignant Sadness. The Anatomy of Depression*, Fober & Fober, London.
449. Woods A. *et al.* (2014), *Interdisciplinary Approach to the Phenomenology of Auditory Verbal Hallucinations*, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 40, suppl. 4, p. S 246–254.
450. Wyman E., Tomasello M. (2007), The ontogenetic origins of human cooperation, in Dunbar R.I.M., Louise Barret (eds), *The Oxford Handbook of Evolutionary Psychology*, Oxford University Press.
451. Yung A., Phillips L., McGorry P.D. (2004), "Treating Schizophrenia in Prodromal Phase", Taylor & Francis.
452. D. (2003), *Husserl's phenomenology*. Stanford University, CA.
453. Zahavi, D. (2005), *Subjectivity and selfhood: investigating the first person perspective*, MIT Press, Cambridge MA.
454. Zubin J., Spring B. (1977), "Vulnerability – a new view of schizophrenia", *Journal. Abnorm. Psychosis*, 88, p. 103–126.
455. Zuckerman M. (1999), *Vulnerability to Psychopathology*, American psychiatric Association, Washington.
456. Zutt J. Kullenkampf (1958), *Das paranoide syndrom in antropologischer Sicht*, Springer, Berlin.

ABSTRACT

The book “Psychopathology of Psychosis from the Perspective of the Self” is the result of the author’s constant preoccupations, in over 50 years of practice of psychiatry and interest in psychopathology. During this period new diagnostic systems, such as DSM-5 and ICD-9 and 10 appeared, and important advances in drug therapy and social rehabilitation have been made, psychiatric casuistry was followed longitudinally and different psychopathological doctrines have manifested. Among all of these, phenomenology, cognitivism, the concept of vulnerability-stress and that of illness spectra, as well as evolutionary and developmental psychopathology were of particular interest to the area of psychosis. The author consistently opted for an anthropological vision in psychopathology that takes into account all the complexities of the conscious person, along the life cycle in a given cultural environment. Clinical experience with psychosis was amplified by pursuing cases through the Case Register for psychosis at the Psychiatric Clinic of Timisoara, recorded between 1985–2004 and then followed prospectively until 2014.

The clinical presentation of functional (endogenous) psychoses remained roughly the same as in the time when Jaspers was emphasizing primary delusion and incomprehensibility. Today, when we face a psychotic continuum revealed by the maladies spectra and developmental psychopathology, the perspective of evolutionism becomes exciting, extended to the cultural period of mankind. This sees psychopathological states as derived from functional adaptive structures, which are simplified and de-simplified, manifesting themselves rigidly and taking over the whole mental life. In this work, the author attempts an approach to psychosis with an added extra of comprehensibility that is suggested by this vision. Accepting, along with the perspective of H. Ey, that psychosis can be considered a “natural experiment”, this area of psychopathology incites us also toward deciphering the structure of the self of the conscious person.

CHAPTER 1

The concept of psychosis was introduced in the clinical psychopathology language during the nineteenth century to indicate pronounced mental disorders, primarily delusional and hallucinatory manifestations and eccentric behavior. However, a casuistry to match this concept can be identified ever since Antiquity; moreover, anthropologist philosophers often mentioned this concept. With the sedimentation of the semiologic language of psychiatry in the early twentieth century, psychoses were polarized for a while with the casuistry of neurosis, designating predominantly

psychogenic disorders, where there was no disruption of the assessment (testing) of reality (asthenic, anxious-phobic, obsessive-compulsive, conversion-hysteria presentations). Hallucinatory delusional psychotic states, as well as anxious-paranoid, manic, disruptive features etc. have been identified in people suffering from organic brain injuries; or by exclusion, it was considered that they have an “endogenous” determinism. At the beginning of the twentieth century, Kraepelin, when systematizing psychiatric nosology, indicated two main functional (endogenous) psychoses: dementia praecox (schizophrenia) and manic-depressive illness. In the meantime, Jaspers commented, as a central aspect of psychosis, on the “psychopathological process” of primary delusions of schizophrenia. This is a “move”, a “fall” of the psyche, from the comprehensive normality of its course, on an aberrant, fictional, incomprehensible orbit.

Endogenous psychoses were constantly considered (*e.g.* by Schneider) as being based on a “subtle” cerebral dysfunction. Towards the end of the twentieth century, Tellenbach suggested – while studying recurrent depression (melancholy) – that in the case of psychosis, there would be a dysfunction of the joint area between the psyche that man inherits from biology and the specifically human psyche. The recent development of evolutionary psychology calls this idea into question. It is suggested that a number of specific adaptive psycho-cerebral functions specific to humans, such as articulate language or social cognition, have developed precipitously approx. 150,000 years ago, inducing a more vulnerable area in the hominid brain functioning. The studies of Crow, Burns, Brune are all advocating in this respect.

Later, with the development of human culture, a series of specifically human psycho-adaptive “modules” – the effort made by executive functions, withdrawal for recovery after losing attachment figures, suspicion and self-control necessary for collaboration, the synthetic signifying use of language etc. – are sometimes administered by individuals with difficulty throughout life cycles. In circumstances where genetic vulnerability is intensified by ontogenetic noxious factors, cerebral and psychosocial disabilities or mental dissolutions can arise that will activate simplified and disadaptive ways of expression, which are, in principle, useful and adaptive if working in an integrated manner. Psychotic imbalance reflects a certain kind of “breakdown” in the structure of the conscious Self that centers the functioning of the human psyche. The study of the psychopathology of psychoses requires a reference model for the organization of the conscious Self (in Appendix I there is a sketch of such a model, based on the knowledge accumulated so far).

CHAPTER 2

Affective mood disorders, mania and major depression are addressed as states which may be included on the “psychotic orbit”, even when there are no delusional hallucinatory symptoms (Kraepelin’s tradition). The specific psychopathological condition is considered temporal “decontextualisation”, through the inability to synthesize the present, *i.e.* the inability of comprehensive and participatory presence to

current problem situations, defining normal everyday life. The depressive person is uninterested and nonreactive to the present, being absorbed by a past of guilt and denial; the manic person is projected expansively towards an almighty future, relying, fragmentedly, on a hedonic present. The symptoms selected by the DSM-5 and the rating scales for major depression and mania may be reformulated as coherent syndromes – and some “case vignettes” – consistent with the exacerbation of adaptive dispositions, more specifically, those in the class of inhibited withdrawal dispositions and those of expansive disinhibition. Thus, they refer to bio-psycho-anthropological adaptive states. Inhibited withdrawal that occurs under conditions of reduced resources, at the completion of projects or relations ending in defeat, failure or losses, is useful for the restoration and reelaboration of new projects. For humans this condition becomes particular due to the extent of the attachment and involvement in the bereavement process of the community (and the transcendent aspect). The affective mood combination of expansive disinhibition is validated adaptively in the combative, producing and creative effort, which leads to success and also through the prosocial and cohesive valences of celebratory euphoria. Both “psycho-adaptive modules” develop as a constituent part of the normal human psyche and are exercised on many occasions throughout the life cycle.

The pathological condition of depression and mania may be interpreted as being achieved by the undifferentiated condensation of parameters characteristic to each of these two classes, in a “dispositional psychopathological module” (manic and depressive). This tends to occur at minimal requests or even spontaneously; and once manifested, it takes over and subordinates the whole psychic life of the subject, by temporally decontextualising it, i.e. rendering the subject to no longer be able to attend to current problem situations, unresponsive to requests that concern him, disconnected from common sense and community life, dysfunctional for others and for himself.

Since dispositional states are closely linked with involvement in projects and relating that have a temporal dynamic – a beginning and a final state, the affective mood pathologies are in fact indicative of the disruption of the temporal structure of individual existence. The fact is expressed by the tendency toward a cyclical trend in this pathology.

Neurobiopsychological and anthropological research regarding mood disorders should focus on this issue.

CHAPTER 3

Delusion is traditionally defined as an abnormal belief in a false idea (theme) that seems absolutely certain to the individual, and which cannot be changed by argument. The coordinates of this characterization may be accepted as valid, but its contents are required to be clarified in at least two directions. Firstly, it should be clarified what the delusional beliefs refer to. This fact is simpler to comment in the case of single-themed delusions, such as those concerning the body (hypochondriac, dismorphophobic) and relational (jealousy, persecution, erotomania).

This casuistry, which falls outside the schizophrenic delusion and has versions of transition with normality, highlights the fact that the delusional theme derives from concerns that the subject is affected by and that could be adaptive. These concerns regard the status, qualifications and the person's identity in networking: Am I healthy? Ugly? Cheated on? Persecuted? Such thematic concerns may be experienced reactively or in an anxious-phobic, prevalential or delusional manner. Delusional condition involves a simplified and rigid experience of that theme, which becomes central and absorbs all of the subject's concerns, by playing a certain identity role (the sick man, the ugly man, the cheated man, the persecuted man). Switching to the delusional orbit is now starting to de-contextualise the subject by absorbing his identity in a fictional role of an aberrant screenplay (narrative); and not by an inability to synthesize the lived present, as in the case of mood disorders pathology.

Secondly, it is required to specify what the "leap" or "fall" on the delusional, psychotic orbit entails that, ever since Jaspers, is considered to be achieved through the psychopathology process of the primary delusion. In this direction, the delusional religious theme articulated with the idea of "multiple worlds" of Gallagher may be suggestive.

Religion, with its specific mythology referring to supernatural figures, was and is a cultural structural phenomenon defining of historical societies. Religious practice is part of the normal dimension of humanity. In the case of religious themed delusions, the patient considers that he finds himself in a special intimacy with the characters of the sacral myth, by communicating directly with them, personally receiving special assignments or identifying with Jesus or the Holy Spirit, speaking to the people through his voice. He enters a role similar to that of mythical, supernatural characters. On the other hand, Gallagher highlighted the concept of "multiple fictional worlds" when conducting our daily lives. Each and everyone of us, in addition to the pragmatic activities and interrelationships, falls almost daily, for a limited time, into fictional universes, which articulate with their imaginative dimension: when reading a novel, watching a play or a movie, playing computer games etc. Participation in fictional worlds – along with the heroes, which the subject can partially identify with – is achieved through cultural convention, with the subsequent spontaneous resumption of current activities. The delusional person could be likened to someone who comes into the role of a character in a fictional world (e.g. a play) and begins to live his life according to the rules operating in it, no longer able to return to their day-by-day reality. This suggestion raises the issue of assimilating delusion to a psychological deficit that transforms the subject into an aberrant "character" of a fictional world. It is required to note that the dimension of "role-playing character" is natural and adaptive in daily life, as is highlighted by single-themed delusions. Pearson's sociology and McAdams' narrative psychology developed further on this theme. It correlates with the tradition of understanding the Self by James, as being distributed in various circumstantial roles, while preserving the synthetic background identity.

The paranoid delusional theme, which is the most common, can be seen as deriving from the adaptive function of social cognition that was developed during anthropogenesis. The ability to detect the hostile intentions of others, possibly the

correlative special supervision and others' tendency to deceive, is a prerequisite for efficient collaboration. By means of the paranoid deficit, normal suspicion is de-simplified of its flexible functional condition, passes rigidly in the foreground and monopolizes the subject's concerns. The thematic direction of paranoia also needs to take into account the polarization of social relationships between a public official pole and a pole of intimacy, where the other knows their personal secrets and quietly influences the subject.

Megalomania and micromania (self-deprecation) delusional themes – which occur often in conjunction with abnormal affective states, but also outside them – also have as a starting point the natural feelings with a high motivational potential.

In schizophrenia, delusion occurs in a complex psychopathological context, where various forms of depersonalization are predominant – including the anonymized and the devitalized – and mental disorganization. Therefore, schizophrenic delusion is not a useful condition for the spectral psychopathological analysis of delusion. The fact that Jaspers has highlighted to psychopathologists the primary delusion in schizophrenia has led to considerable difficulties in the analysis of the articulation between the delusional condition and the adaptive valences of the psyche.

CHAPTER 4

Perceptual disorders in psychosis were traditionally considered to be hallucinations, defined as perceptual-type experiences that occur without a current information support. Also a part of perceptual disorders are the illusions – consisting of distorted perceptions in terms of form and/or meaning. Other particular and abnormal perceptual events are: – eidetic representations that have a perceptual prominence; – pareidolias, consisting of the striking configuration of vague information. Functional hallucinations are manifested on the background of unstructured information. Hallucinoses represent criticized hallucinations, usually conditioned by a neurological pathology.

Perception has been characterized as receiving current information in the individual psyche, structured in terms of form and meaning. The study of perception in the twentieth century was done under experimental conditions, which envisioned a structured object that stands out against an accessible background, involving geometric parameters of order and meaning. However, in daily life it is required to take into account: – the continuous perception of one's own body as the seat of the intentional and reflectively intimate Self; – the comprehensive and evaluative perception of current situations, variedly delineated by intentional centering; – perception of others whose physicality is the headquarters of an intentional psyche that can target the subject and which is found at different psychological distances from him. This last aspect, which deals with the "in-built human psyche" conditions the polarization of feelings between: – on the one hand, the intimate interiority of one's own psyche

that is rooted not only in one's body, but also in his own biographical duration; – and, on the other hand, the surrounding world's externality, spatially aligned, where perceptions and hallucinations are designed.

In the perceptive psychopathology of psychosis, special importance has been given lately to fixation on details that are hypersignified relationally (the phenomenon of "salience"). Fixating on details in autism is empty of meaning. The salience phenomenon occurs in primary schizophrenic delusion, leading to its installation through a "delusional perception" (= a formally correct perception that by aberrant signifying leads to the sudden onset of delusion).

The sensitive relationship experiences also fall in this class. Hallucinations in psychosis, especially auditory ones, are integrated into the delusional script, most often paranoid. Of a particular character are "the voices that speak about the patient in the third person, commenting on him", which correlates with the feeling of "centrality", of surveillance. The imperative voices conjugate with the sensation of external action. Visual hallucinations, which from the beginning were correlated with mystical visions, with dream phenomena and fertile imagination, are currently more rare in the clinical presentations of psychosis. Body illusions and hallucinations usually correlate with depersonalization.

A particular aspect is represented by "pseudohallucinations", which are hallucinatory-type experiences that are placed inside one's body and correlated with "ideation course". The ideation course or stream is a normal and adaptive psychological phenomenon, providing the subject with memory background information, more or less filtered, for circumstantial use. This is necessary for a good contextualization of current problems in relation to the experience and knowledge of the subject, while also being the starting point of creative inspiration. In psychopathology, along with various abnormal thought process manifestations – acceleration, slowing down, blockage, mental emptiness, interference, obsessive repetition, mentism – we can also encounter thought echoing and pseudohallucinations. These are hallucinatory-type experiences similar to certain striking and involuntary representations, to which the subject assists passively.

CHAPTER 5

The history of humanity has a long-standing tradition of beliefs about the possession of supernatural spirits, a fact that leads to experiences and behaviours of which the subject no longer considers himself completely responsible. In Europe, after the Renaissance, the Catholic Church made the distinction between the cases where the subject was aware of the possession – labeled as "obsessive" – and those where they were not. The latter was subsequently studied from the perspective of "animal magnetism", hypnosis, double personality, trance and conversion states and hysteria. In this context, at the beginning of the twentieth century, "hysteric psychoses" were commented, a condition that currently tends to be labeled as "dissociative psychosis".

The aforementioned tradition of possession by supernatural forces is currently found in religious themed delusions, when the subject is convinced that he partially identifies with divine beings that, through his words, send messages to humanity. The demonic possession is usually felt inside the body, the devil acting from the inside through mind and action control, while duplicating the psyche (“I did not do this, the devil in me did, by using my body”).

The feeling and conviction of duplication is also lived in certain severe forms of obsessiveness, when the subject no longer feels solidary with their own intentions, thoughts and behaviors. Their monstrous appearance makes the individual attribute them to the devil that possesses and duplicates him. There are also psychotic cases where the subject directly feels a splitting of the psyche, sometimes with the sense of their presence in the psyche of “someone else”.

The cultural tradition of possession and mental splitting phenomena determines that such psychopathological manifestations could be discussed in a continuum with normality.

CHAPTER 6

Over the last half-century the psychopathology of psychosis has attached particular importance to mental transparency and influence phenomena, which were proposed by Schneider for the specific diagnosis of schizophrenia. These Schneider “first-rank” symptoms (SFR), which were first identified empirically, concern: commenting and argumentative auditory hallucinations, echoing, broadcasting, recording of thought, withdrawal and insertion of thought, control of will and action, somatic passivity and delusional perceptions. Overall, the SFR, by expressing the loss of self-control over the privacy of the Self, are oriented in three semiologic directions: – the direction of “centrality” and paranoid surveillance; – the direction of manipulative xenopathic control; – the direction towards deficit and (depersonalizing) dismantling of the thought process.

Lately, phenomenology experts have insisted that the common element, placed behind all these features, is the deficiency of the minimal “Self”, which is normally characterized by assertiveness and reflexivity. In this direction, there was significant research in Bonn (through the BSABS scale) and Copenhagen (through the EASE scale) indicating a reduction in the energetic capacity of mental synthesis, a depersonalizing deficiency, with a reduction in assertiveness and hyperreflexion in cases prone to schizophrenia. This would constitute a first moment in the psychopathological process of reduced assertiveness and hyperreflexion. The second moment consists of the attribution, by a xenopathic force, of control over the privacy of the individual, in terms of transparency and manipulation.

A developmental/cultural model of understanding the emergence of SFR from normality is proposed. This starts, on one hand, from the attachment theory and the mentalization phenomenon (ToM) of introjection and the presence of

attachment personas inside one's psyche. The distinction between the intimate area and the public area of interpersonal relationships makes it that, naturally, intimate persons will know personal secrets and quietly influence the motivation and behaviour of the subject.

In SFR, this ordering structure collapses and the persons in the official zone seem to know and influence one's intimacy. On a cultural level, religious belief supports another direct level of access to intimacy, both from the Divine and the devil, which can possess the man's body. In psychopathology, through the depersonalizing deficit, there would be a de-simplification of these natural experiences, with the passing at the forefront of the feeling of intimacy control, which is articulated with the hallucinatory delusional script.

CHAPTER 7

Depersonalization was first described in the nineteenth century as a subjective syndrome consisting of feeling unfamiliar with the bodily and mental selves and the world. The subject feels that he lost his identity, his own body is felt as deformed and strange, the world appears distant and unnatural, nothing affects the subject anymore, as he feels detached, indifferent, living an inner hollow. Variations of this syndrome have commented on excessive introspection and indecision, as well as an undefined feeling of transformation. Jaspers has combined the feeling of living an anxiety of depersonalisation with the mood preceding the installation of primary delusion.

In the mid twentieth century, depersonalization was seen as a transitional stage towards identity transformation of schizophrenic delusions. In recent decades, the DSM-III-5 system has established a standard grouping of this syndrome, placing it in the class of dissociative disorders, along with memory and identity dissociative disorders (split personality). This clinical picture does not cover the whole field of pathology that was traditionally aggregate in the area of depersonalization, propelling some of it toward psychosis.

The depersonalized experience of delusional disposition requires to be reinvested with the important clinical significance that it has in psychosis: that of transition of the psyche toward a new identity, of a fictional character in an absurd scenario. This process of transpersonalization sums up feelings such as "something is happening ... I've changed ... I'm different than before ... I am another ... The others have changed ... I'm different than before ... I am someone else ... The world, the atmosphere have changed ... I was spellbound, I have been put under a spell" etc.

These feelings are felt anxiously and not simply as a detached observation. The psychopathological process of transpersonalization can be articulated with transparency-influence phenomena and leads to the beliefs of the delusional scenario, of the patient's transformation into a character. Elements of the standard depersonalization (DSM-5) may be present concomitantly. If in standard

depersonalization there is a detachment and a non-adherence of the subject to the ambient world (specific to the biopsychological level), transpersonalization could signify the moment of mutation of the substantive identity of the subject in the area of fictional narrative that characterizes the human cultural world.

A third level of depersonalization evolves toward the anonymous deficit. This occurs in part behind the SFR and it has a full affirmation in the deficient pathology of schizophrenia.

CHAPTER 8

The hallucinatory delusional pathology, accompanied by splitting, transparency/influence and transpersonalization, expresses a deficient mutation of the psyche in a fictional, decontextualizing scenario. The abnormal, depressive and manic, affective dispositions that extract the subject from his presence in the now, prepare and accompany this process, positioning the subject attitudinally, so that he is detached from the current environment. Another direction of psychotic pathology is conducted in the direction of a shortage of engagement, assertiveness and synthesis of the psyche in the communication (language) with the world. This sets the deficient disorganized psychopathology of psychosis to take place against the backdrop of an indifferent mood and an anonymization of the subject.

A partly distinctive pathology from psychosis that might still interfere with it is that of autism. This pathology is currently discussed as a developmental disorder that consists of a deficit in communication and social interaction and that has a behavioral pattern, characterized by: restrictive and repetitive interests and activities, with a tendency for the unchanged and increased attention to detail. Autism is important because it gave rise to quasiexperimental studies on three neuropsychiatric functions of synthesis vital to the understanding of psychosis. These are: – mentalization or theory of mind (ToM), consisting of the ability of children over the age of three to directly perceive others' intentions in different circumstances; – central coherence, consisting of the perceptual configuration of significant boundaries of an object (with its own structure) that stands out against an accessible backdrop; – executive functions that relate to initiating, planning and execution, through successive stages, of a purposeful action. In connection with these features, the attentional information filter has also been studied, which carries out a spontaneous hierarchy of the importance of information repeated, in the periphery. Disruption of these functions of synthesis can be incriminated in psychotic manifestations, especially in disorganization. Indifferent mood, which is encountered in autism, including in "superior" cases, which develop a fairly good ability of understanding and speech, is similar to that of schizoid personality disorder and that of deficient, negative schizophrenia, assuming the deficiency of the three functions mentioned earlier. Empathy deficiency in autism is accompanied by an increased tendency to systematization.

indifferent, but disconnected from the present), as well as that from dissociative depersonalization (the subject suffers because of his lack of affection and mental emptiness). Doctrinal interpretations of this negative symptomatology remind of a special form of depersonalization. Scharfetter's interpretation selects a special casuistry oriented toward a variant of depersonalizing delusion. Instead, the directions of study from the School of Thought in Bonn (with the BSABS instrument) and, especially, that of Copenhagen (with the EASE instrument) indicate an anonymized and devitalising depersonalization, different from the dissociative and the trans-personalisation states oriented toward delusion. The authors, of a phenomenological orientation, keep in mind the deficit of a Self that loses its spontaneity and assertiveness, emphasizing a primary hyperreflexivity (present naturally for self-control). From a doctrinal perspective, there is the question of a mutual reinforcement between the deficit of mirroring in an alter ego (due to indifference) and a primary reflexivity that is no longer controlled.

CHAPTER 12

i

The deficit and mental distortion of psychoses leads to various forms of decontextualization, such as: deficit in structuring the present, hypersignificance of details, identifying with an eccentric role, inadequate assessment of psychiatric distances between private and public, indifference, insufficient communication due to ideo-verbal disorganization, disconnection from the "field of cultural significance" etc. Thus decontextualized, the psychotic person no longer complies with the requirements of common sense, manifesting himself or herself inadequately. This issue helps to identify psychotic condition by ordinary people in everyday life. Subsequently, the psychiatrist will detail this diagnosis, as a professional.

In the case of medical practice, the "psychiatric case" is defined, in a first instance, on the basis of operational criteria for inclusion and exclusion. However, throughout its development, the diagnosis requires a mini-biographical narrative, relating to events and behaviors that lead to hospitalization. Thus, it helps to establish a more or less typical case file (which becomes, at one extreme, an "ideal case", "typical case", "case vignette" etc.) that is part of the casuistry. This model, which is similar to the judicial practice, doubles the strict operational variant (type DSM-5), which is intended statistically.

In the clinical approach to psychosis, special attention has been given recently to the problem. One of these is the "spectrum of psychotic disorders", which compiles all medical conditions in which this type of disorder appears, trying to identify its specific neurobiological basis. Another aspect is the study of the "first episode of psychosis", an area which insists on vulnerability, prodromal phases and the initial period of manifestation, when it does not yet require treatment (DUP). This highlights that although common sense finally recognizes psychosis, it does not always do so right from the start. Which is why it is necessary to have active specialist intervention in the field. A final important aspect is the common

psychopathology denominator problem of psychotic conditions, an idea that was manifested as early as the nineteenth century by the formula of "unique psychosis" ("Einheitspsychose"). This idea tends to reaffirm itself, both based on longitudinal clinical trials and through genetic and evolutionary arguments. One of the most important issues relates to manic episodes and pronounced mood disorders, in general (bipolar and monopolar) that the DSM-5 has de-labeled as psychosis. Clinical trials in this area frequently refer to the longitudinal development that, in many cases, indicates a diagnostic instability of episodes, with the emergence of intermediate forms (schizoaffective and affective delusional). Based on these, the tendency to accept them as part of a joint class, both of delusional pathology and schizophrenic (deficient disorganized), as well as of mood disorders is imposed.

A major concern in the psychopathology of psychosis is that of the notional language that it is commented in. From a descriptive perspective, this language was formed in the nineteenth century having had three mental faculties as guides: cognitive, volitional, affective. In practice, even to date, psychopathology uses this language. Although it allows for nuanced descriptions, this blocks etiopathogenical thinking that would try to follow the founding of psychotic manifestations in adaptive functioning structures that start to manifest deficiently and maladaptively. Current knowledge of pathology oriented by the cultural evolutionary doctrine and phenomenology of the Self allows to suggest a new constellation of functions of the human psyche, which can be referred to by the psychopathology of psychosis. This would invoke functional structures, grouped around an architectural Self, such as: social cognition, executive functions, mood, projects involvement and self-evaluation, operation on models of reality, reflective self-perception and networking on the intimate public axis etc.

ANNEX I

Psychopathology needs a continuous reference to a model of the psyche of the human person.

Such a model was developed in antiquity, starting with Aristotle, and was developed for a long time at the edge of philosophy. It envisages the psyche as a general biological characteristic that, in humans, had as an addition the "nous" (intellect) and "logos" (reason). The information gathered from the outside world by the five senses are transported using a common sense to a central level, where general ideas are developed; along the way, they are processed imaginarily, being under the influence of memory and evaluation (which, together with the intellect, form the "inner sense"). After the Renaissance, this model has been enriched by literature with a representative dimension, where both famous people and fictional characters can be evoked. During modern times, the concepts of consciousness, subjectivity, perception, others and I have developed, which are included in the synthesis made by Kant at the end of the eighteenth century.

Since the nineteenth century, experimental laboratory psychology has also been developed, which took place in the twentieth century, based on doctrines, such as: behaviorism, configurationism and cognitivism, the latter also based on the model of artificial intelligences. During the twentieth century, psychoanalysis has also been active, postulating an intra-psychic conflict between the Self and the superego (representing the introjected parental imagos in the psyche); and also phenomenology, which lays emphasis on subjectivity (first person perspective, in cognitive language).

At the beginning of the twenty-first century, the following started to become significant: – Developmental psychology that seeks Self metamorphoses throughout ontogeny and life cycles in the context of proximate human micro-groups and culture; – The psychology of the Self, which takes into account both the objective and subjective aspects of Self-identity, which are kept behind the actual reporting to the situation, of projects and networking; – Evolutionary psychology, which analyzes the development of the psyche during anthropogenesis, in parallel with brain development, bipedal condition and the premature birth of the human.

Evolutionism highlights the adaptive and functional structures that man has gained (approximately 150,000 years ago), of articulated language, social cognition and executive function. The extension of the evolutionary perspective during mankind's cultural period also brings into discussion the addition of narrative representative capacities (and beliefs in myths) and special dispositional states that are conditioned by mourning and celebration. The evolutionary idea about the intergenerational transmission of a modular-type functional structure – which is validated during ontogenesis – is important for understanding the psychopathology of psychotic states.

A synthetic psychology, useful as a reference to psychopathology, requires being elaborated syncretically, at the edge of these current trends of psychology. A starting point may be the two-dimensional diagram of Ey, developed in the 70's of the last century, which distinguishes two basic axes: – the axis of the person with values, which refers to the person's biographical and character identity; – and the axis of the conscience field, which refers to the current reporting to the present world of here and now. Ey's model was based on the knowledge and active psychological doctrines of that period; it was proposed to interpret various psychopathological states.

Current psycho-anthropological and psychological knowledge – factual and doctrinal – as well as the problems posed by the interpretation of psychopathological states (and especially of psychotic states), require taking into consideration a third, metarepresentational, dimension. This, especially since the synchronous reporting to the present – understood as involvement in resolving a problematic situation, where the subject is concerned and that can be narrated later – cannot have an unequivocal status. Such reporting is usually only one point of a project or a long-term concern; and at the same time, the subject is concomitantly involved in a multitude of projects and concerns of different lengths, which in normality would overlap, providing a “temporal depth” to the reporting of the identity subject to the world. The metarepresentational instance that we mention would have at least three functions:

- Operating on models of situations, which enables to take into consideration, when solving situational problems, of multiple contingencies;
- Alternative evaluations, both of the situation in general, and of their current actions and the situational behavior of others;
- Potential self-narrativity with reference to experiential and eventful experiences. These can be translated into a narrative code and introduced in the episodic/biographical memory; and so they can be updated in subsequent reports or representations to others.

The narrative function connected with biographical memory, articulates self-representation of the subject with the people they know, but also with the fictional heroes of historical narratives, novelistic or mythical. In fact, through the meta-representational instance, the human psyche is also able to connect with virtual worlds, operating on their models. He represents himself in potential networking with others, meaning with people and real and fictional characters, solving problems that he then translates into concrete action. In addition, the human subject may relate and work with abstract entities operating continuously, intentionally and reflectively.

A further distinction is to differentiate two lines of reporting, that although are intertwined, have peculiarities. On the other hand, the subject relates interpersonally socially, both in a current perspective and in that of projects and concerns. This relationship is conducted on an axis that is polarized between private and public. Therefore, processes of growing closer or apart in terms of intimacy, as well as certain imagos of people being assimilated as part of his own psyche can be noticed.

Official persons or those, of whom the subject has only conscience of, can articulate, as characters, with the heroes of cultural narratives. The second direction of reporting is that which fulfills through realization functions, consisting of pragmatic production of objects, utensils, physical and cultural products, artwork etc. These are based on the brain structure of executive functions. Any problem solving, practical and theoretical, lends their structure.

The individual human psyche also requires to be viewed from the perspective of its integration into social, familial, informal or institutionalized micro-group dynamics. By its insertion into the structure of socio-cultural practices, the human individual participates to the manifestation and “memetic” reproduction of human societies where he exists, between life and death.

ANNEX II

The study of the psychopathology of psychosis presented herein is also based on the Case Register for psychosis initiated in the Psychiatric Clinic of Timisoara in 1985. This was used to enter data annually for over 20 years (until 2004), of a number of 70–100 cases of psychosis defined by admission. These records have taken case-registers from the UK as model and have used, as assessment tools, the diagnostic systems ICD-9, ICD-10 and the inventory of symptoms, PSE-9 and

PSE-10 (from SCAN-WHO). Cases were followed-up during readmissions and actively, in the outpatient services, with periodic assessments. We have utilized a model of psychosis with three poles: delusional, affective (dispositional), schizophrenic (deficient disorganised) and intermediate positions: schizoaffective, affective delusional, delusional schizophrenic. The pathology of major depression and manic bipolar was registered as psychotic, both in pure forms (periodic) and in the mixed states with delusion and schizophrenia.

The coordination and casework management team remained unaltered from the beginning to the last evaluation (2014). The aid assessment team was made up of specialists trained in the Psychiatric Clinic of Timisoara. In the 20 years there were 1,618 cases registered. At the 2014 evaluation there were 658 cases (40.66%) still under supervision. Other 295 cases presented detailed information up to a specific date. The remaining cases either disappeared from the records immediately after registration, either through death, departure or no-show at local check-ups.

Ongoing and final assessments allow the following observations:

– There is a mobility of the diagnosis for more than half of cases in relation to the diagnosis of the first year.

– Most diagnosis changes occur in the first 5 years after onset. However, there are changes in the diagnosis also possible subsequently, so that for schizophrenia, after 5 and even 10 years from a stable diagnosis, schizoaffective or pure affective episodes may occur.

– The least stable diagnosis is that of short delusional disorder, where about 1/2 of cases later evolved to a bipolar disorder.

– The diagnosis of schizophrenia is the most stable.

– The diagnosis of schizoaffective disorder derived from various initial diagnoses.

– The diagnosis of persistent delusional disorder is a valid and stable diagnostic.

It can be mixed with bipolar disorder and monopolar depression in both directions.

CONTENTS

<i>Foreword</i>	9
CHAPTER 1	
PSYCHOSIS, THE HISTORY OF A CONCEPT	17
The development of the concept of psychosis	17
Psychosis and Jasper's psychopathological process	23
Psychosis and DSM system	27
Psychosis, the spectrum doctrine and the evolutionary psychopathology	34
Psychosis, self-identity and the failure of the creation	40
PART I	
THE THEMATIC PSYCHOPATHOLOGY OF PSYCHOSES, WITH FOCUS ON DELIRIUM	51
CHAPTER 2	
MANIA, DEPRESSION AND THE WAY TO PSYCHOSIS	53
Mania and depression in the clinical psychopathology	54
Mania and depression as robot cases	59
Excursus on dispositions in general	62
Depression and mania as abnormal affective dispositions	67
Temporal decontextualization and the psychotic condition of mania and major depression episodes	77
The cyclic periodicity of the mood disorders	81
CHAPTER 3	
DELIRIUM	87
Delirium until Jaspers	88
Jaspers's primary delirium and Kretschmer's delirium of sensory relationship	91
Systematized deliriums with somatic and filiation themes	95
Congruous disposition deliriums	101
Relational deliriums. Paranoia	106
Delirium and xenopathy	118

Religious delirium, character identity and the perspective of “multiple worlds”.....	121
Delirium and the narrative dimension of the individual identity.....	127
CHAPTER 4	
PERCEPTUAL DISORDERS IN PSYCHOSES	135
Perceptual phenomenon and hallucinations.....	135
Non-hallucinatory perceptual disorders in psychoses	138
Visual and audio-verbal hallucinations.....	140
The internal space of subjectivity and the external space of the surrounding world. Excursus on the incorporated consciousness and ideation	146
Pseudohallucinations	148
CHAPTER 5	
SELF MULTIPLICATION IN PSYCHOSES. DISSOCIATIVE STATES AND OBSESSIONALITY	155
The tradition of spirit possession, the states of trance, dissociative disorders and psychosis	155
Self-obsessive multiplication, demonic possession and psychosis	161
CHAPTER 6	
THE LOSS OF SELF-CONTROL ON PSYCHISM INTIMACY. SCHNEIDER’S FIRST-RANK SYMPTOMS	
Schneider’s first-rank symptoms and their psychopathological correlations.....	171
Schneider’s first-rank symptoms and the formal thinking disorders. Bonn and EASE scales	178
Cognitive and brain dysfunction patterns in SPR interpretation	181
A developmental/cultural model for the phenomenological understanding of SPR	183
CHAPTER 7	
DEPERSONALIZATION IN PSYCHOSES.	
TRANSPERSONALIZATION	187
A history of the depersonalization syndrome	187
The standard depersonalization/derealization syndrome in relation to the normal states and other psychopathological syndromes	192
Depersonalization from the perspective of the primary delirium. “The fall on the psychotic orbit”	195
Anonymizing depersonalization	208

PART II

FORMAL NONTHEMATIC DISORDERS IN PSYCHOSES..... 215

CHAPTER 8

AUTISM, OBSESSIONALITY AND FORMAL DISORDERS. THE WAY TOWARDS DEFICITARY DISORGANIZATION..... 217

Autism spectrum, mentalization and perceptual central coherence..... 217

Superior autism. Schizoid personality disorder and the indifferent disposition 226

Autism, obsessive-compulsive disorder and the issue of the delimitative order of the environment 228

The executive functions and the obsessional personality focused on action 230

“The field of action” and the general function of the central coherence 234

The formal problem of the individual limits and delimitation in the interpersonal relationships 237

CHAPTER 9

IDEO-VERBAL DISORGANIZATION. THE PATHOLOGY OF THE ORDER OF THE PERSONAL LOGOS..... 243

Ideo-verbal disorganization in communication and cultural language 243

The loss of the communication objective 247

Disorders of the thinking process 250

Logical and semantic disorganization..... 252

CHAPTER 10

PSYCHOTIC PSYCHOMOTOR MANIFESTATIONS. FROM THE BEHAVIORAL DISORGANIZATION TO THE MAGICAL RITUALS AND CATATONIA 265

Behavioral disorganization 265

Behavioral obsessional disorders and their interference with psychosis 267

The problem of catatonia 270

CHAPTER 11

THE POLE OF THE NEGATIVE SYMPTOMATOLOGY OF PSYCHOSES 272

Schizophrenia polarization into a positive and a negative pole 272

The negative symptomatology in schizophrenia 274

Phenomenological and cognitivist approaches of the negative schizophrenia 276

Anonymizing and devitalizing depersonalization 282

CHAPTER 12

PSYCHOSIS IN THE PERSPECTIVE OF THE CLINICAL PSYCHIATRY AND CULTURAL ANTHROPOLOGY 288

The methodological specificity of psychosis identification and study ... 288

Psychosis in the context of the medical practice and its methodology.... 289

Directions in the current clinical approach of psychosis 291

The problem of the psychotic expressions of mania and depression disorders and the psychotic specificity of schizophrenia 298

Psychopathology of psychoses and the disturbance of the functional structures of psychism 301

ANEXA I

IMPORTANT PARTICULARITIES OF THE HUMAN PSYCHISM FOR THE STUDY OF PSYCHOSIS 307

Historical aspects 307

The model of Ey's "field of consciousness" and its dimensional development 324

The evolutionary psychology, psychic modularity and memes..... 330

ANNEX II

CASE REGISTER OF PSYCHOSES IN TIMIȘOARA 336

Bibliography 341

Abstract 357

**PSIHOLOGIA PSIHOZELOR ÎN PERSPECTIVA SINELUI
ABORDARE EVOLUTIONIST-FENOMENOLOGICĂ**

MIRCEA LĂZĂRESCU



9 789732 726020

www.ear.ro

