

PSIHOPATOLOGIA DELIRULUI ÎN PERSPECTIVA DISFUNCTIEI IERARHICE A SINELUI (I)

Mircea Lăzărescu¹

Abstract:

The study of delusion has been, in recent years, the focus of psychopathologists, especially of those of cognitive orientation. Although delusion is one of the main themes of psychopathology, it is difficult to study, because it occurs in different clinical contexts and has multiple psychopathological approaches. Jaspers's classic definition was subject to various criticisms in recent years, precisely because it covers only part of the problem of delusion. This article discusses the psychopathology of delusion, starting from reference, standard situations of the systematic monothematic delusion. It examines the fact that it derives from the subject's experience of a problematic situation, which involves him. The overall issue of delusion is commented on in relation to the hierarchical structure of the self, that is spread over several levels: proto-self, nuclear situational self, metarepresentational self and the instance of the person. The monothematic systematic delusion is expressed at the level of the metarepresentational self. The second part of the text attempts to analyse the schizophrenic delusion.

Key words: delusions, itself, hierarchy.

Rezumat:

Studierea delirului este, în ultimii ani, în centrul preocupărilor psihopatologilor; mai ales a celor de orientare cognitivă. Deși delirul este una din principalele teme ale psihopatologiei, studiarea sa e dificilă, datorită faptului că apare în diverse contexte clinice și are multiple abordări psihopatologice. Definiția clasică a lui Jaspers a fost supusă unor critici variate în ultimii ani, tocmai deoarece ea acoperă doar o parte a problematicii delirante. Articolul abordează psihopatologia delirului pornind de la situații de referință, standard, a delirului sistematizat monotematic. Se analizează faptul că acesta derivă din trăirea de către subiect a unei situații problematice, care-l implică. Problematicele de ansamblu a delirului e comentată în raport cu structura ierarhică a sinelui care se eșalonează pe mai multe nivele: protosinele, sinele nuclear situațional, sinele metareprezentational și instanța persoanei. Delirul sistematizat monotematic se exprimă la nivelul sinelui metareprezentational. În partea a doua a textului se preconizează analiza delirului schizofren.

Cuvinte cheie: halucinații, sine, ierarhie.

DELIRUL MONOTEMATIC SISTEMATIZAT

1. Problematice psihopatologică a delirului

Delirul e un sindrom psihopatologic complex, etichetat ca "psihotic" care se întâlnește în multe entități nosologice nominalizate în ICD-10 (1) și DSM-IV. La începutul secolului XX Kraepelin a delimitat în sistemul său nosologic paranoia ca boală centrată de un delir sistematizat, entitate ce s-a menținut până în prezent. Kendler (2) și Lăzărescu (3, 4, 5) consideră că delirul centrează al treilea mare grup al psihozelor funcționale, polarizându-se cu schizofrenia și psihozele afective. Intre formele tipice ale acestora se plasează o cazuistică intermediară (delirant afectivă, schizo-afectivă, delirant schizofrenă).

În ultimul deceniu interesul psihopatologilor pentru delir a crescut mult iar dezbaterile sunt la ordinea zilei (6, 7, 8, 9). Articolul de față se înscrie în această mișcare, comentând psihopatologia delirului din perspectiva disfuncției ierarhice a sinelui ("self"-ului), cu trimiteri la clinica psihiatrică.

Coordonatele problematicii psihopatologice a delirului au fost sistematizate de Jaspers în a sa Psihopatologie generală din 1913 (10). El a sistematizat efortul descriptiv și doctrinar al autorilor din sec.XIX (11) sugerând și noi

direcții de abordare. Delirul a fost circumscris de Jaspers ca o convingere infailibilă și rigidă, ce are o extraordinară evidență pentru subiect și se referă la o realitate – idee – neadevărată, imposibilă; rigiditatea face ca aceasta să fie impermeabilă la orice argument sau evidențe, astfel încât delirantul nu mai poate comunica adecvat cu alții ajungând, ca psihotic, la alienare. Jaspers menține tradiția plasării delirului în aria tulburării facultăților cognitive, de judecare, subliniind însă "incomprehensibilitatea" sa. Acest lucru era o noutate și ține de deschiderea antropologică hermeneutică pe care el o introduce în psihopatologie, urmând metodologia lui Dilthey, și comentând reacțiile comprehensive. Deja în 1910 Jaspers publică un articol privitor la gelozia patologică în care face distincția între dezvoltarea anormală corelată unei idei supraevaluate și "mutația" psihică ce se produce în delir prin desfășurarea unui "proces psihopatologic" care afectează personalitatea, inducând incomprehensibilitatea. Jaspers diferențiază în conformitate cu tradiția dar în mod clar și pregnant, între delirul primar, cel secundar și ideea supraevaluată. Delirul secundar, condiționat de exemplu de depresie sau halucinații, devine de înțeles prin prezența simptomatologiei ce îl precede. Ideea supraevaluată ca cea din gelozia patologică, devine și ea comprehensibilă

¹Senior psychiatrist, MD, PhD, University Professor, Department of Psychiatry, Victor Babes University of Medicine and Pharmacy, 21 I. Vacarescu, Timisoara 300128 Romania. Correspondence: e-mail: mlazarescu39@yahoo.com. Received November 04, 2010, Revised February 11, 2011, Accepted March 31, 2011.

prin factori situaționali și de personalitate. Delirul primar se instalează însă incomprehensibil: în urma apariției unei dispoziții sau “atmosfera” delirante, o percepție normală sau o intuiție precipitată brusc spre o convingere delirantă ce nu poate fi dedusă din nimic. Prin acest model Jaspers diferențiază “delirul adevărat” ca formă originală de psihopatologie. Când și-a publicat cartea, conceptul de schizofrenie era în plin proces de elaborare. Printr-un consens tacit psihopatologii vremii au considerat delirul primar ca fiind în esență caracteristic acestei boli, deși el se integrează periferic în înțelesul dat de Bleuler acestei afecțiuni. În sfârșit, Schneider îl include în simptomele de prim rang care, în lipsa unei suferințe organice, ar fi caracteristice schizofreniei (12).

Discontinuitatea dintre delirul primar și cel secundar, a fost totuși pusă în discuție din prima jumătate a sec.XX, pe măsură ce s-a acordat o importanță crescută terenului personalistic și trăirilor psihotraumatizante cumulate. Un model în această direcție l-a propus Kretschmer (13) în ceea ce privește tranziția între dezvoltarea prevalențială și delir, în cazul persoanelor vulnerabile. Această situație e ilustrată prin analiza delirului senzitiv relațional. Au fost de asemenea descrise și comentate diverse forme de paranoia în care un rol important îl jucau factorii situaționali: paranoia surzilor, cea din mediul lingvistic necunoscut, din deprivarea informațională etc. Dar ideea procesului psihopatologic s-a menținut până în anii 70, când a fost integrată în sintezele lui Ey (14). După 1980, concepția DSM-III a încurajat studiile clinice și epidemiologice cât mai neutre d.p.d.v. doctrinar. Iar neoraționalismul cognitivist a reluat studiul psihopatologic al delirului pe baza unor noi coordonate și în parteneriat cu neuroștiințele.

Delirul este o tulburare psihopatologică cu înaltă specificitate umană, esența sa fiind o convingere subiectivă intimă, anormală, aberantă. De aceea el nu poate fi modelat semnificativ pe animale. Cognitivismul actual l-a putut aborda datorită faptului că acceptă o dublă perspectivă în abordarea psihismului: cea subiectivă, a

autorității “persoanei întâi” și cea exterioară, obiectivă, “a persoanei a treia”. Delirul implică planul metareprezentational al sinelui (self-ului), specific psihismului uman. La acest nivel subiectul judecă, se evaluează pe sine și atitudinea altora în raport cu sine. Faptul devine posibil prin dezvoltarea filogenetică a “creierului social” (15) rezultă dintr-o lungă dezvoltare ontogenetică și implică limbajul asertiv, critic și narativ. Capacitatea reflexivă, de atribuire a stărilor mentale, de autoreprezentare și evaluare, se corelează cu nivelele complexe, structurate ierarhic, ale sinelui personal. Cognitivismul s-a ocupat de la început de convingerile (creințele – “belief” în engleză) normale și anormale dar și de psihologia sinelui (16). De asemenea fenomenologia, care are ca punct de plecare analiza trăirilor subiective conștiente, a fost și ea interesată constant de delir (17). Psihologia și psihopatologia evoluționistă studiiind dezvoltarea filogenetică a psihismului uman – în perioada antropogenezei dar și în ultimii 10.000 ani de când omul a devenit stabil și cultivator – abordează psihismul din perspectiva selecției adaptative a funcțiilor sale, care au condus la sedimentarea “creierului social”. Delirul și psihoza au fost interpretate de psihopatologia evoluționistă ca un preț plătit de om pentru dezvoltarea extrem de rapidă a creierului cognitiv (19). Impreună cu psihopatologia dezvoltamentală, care încorporează elemente ale neopsihanalizei, această doctrină poate aduce și ea unele sugestii, mai ales la elucidarea delirului paranoid (18). Comentariul de față va invoca predominant aceste orientări psihopatologice.

Una din dificultățile studierii și comentării delirului constă în faptul că el are multiple modalități de manifestare clinică – în patologia organic cerebrală, intoxicații, toxicomanie, diverse psihoze funcționale și reactive – ridicându-se problema dacă apariția sa în diverse stări maladive reprezintă aceeași tulburare. Dar și din punct strict psihopatologic există multiple variante ce ar putea fi ordonate într-un tabel (Figura 1).

Delir de tip oniroid (din delirium)	“Delirul dorinței” (Wunschwahn) (de negare a bolii sau contaminării)	Delir confabulator imaginativ (parafrenie, stări dissociative)
Delir sistematizat monotematic nehalucinator (hipocondriac, dermatozic, dismorfofobic, erotoman, de gelozie, paranoiac, de descendență ilustră, de invenție, de misiune special etc.). Delir senzitiv relațional Delir congruent în depresie sau manie		
Delir paranoid halucinator		
Delir de transparentă, influență, referință		
Delir dezorganizat cu tematică abstractă (schizofren)		

Figura 1. Variantele delirului

Considerăm că pentru un comentariu coerent se cere, ca primă etapă, referința la o variantă standard, cât mai ușor de prezentat și reprezentat. În această situație se plasează delirul sistematizat monotematic nehalucinator (d.s.m) pe care îl vom aborda în primă instanță. Alte variante de delir exprimă același proces, manifestat însă cu ocazia unor stări psihopatologice ce afectează variate incidente ale sinelui. De aceea, de ex. nu poate fi comparat direct, delirul abstract dezorganizant din schizofrenie cu cel oniroid.

În cazul d.s.m. parametrii de caracterizare a delirului invocați de Jaspers se mențin în mare măsură. Aceste cazuri se întâlnesc însă predominant nu în populația psihiatrică internată ci în mijlocul vieții curente, alături de cei ce suferă de tulburări de personalitate. Ideile lansate de Kretschmer privitor la paranoia senzitiv relațională, în care invocă fragilitatea structurii personalității au în prezent un larg suport de studii teoretice și practice realizate din perspectiva doctrinei vulnerabilitate/stress și a psihopatologiei developmentale. În prezent psihopatologia e tot mai atentă la perspectiva dimensională, urmărind continuitatea și tranziția între diverse stări psihopatologice bine definite și între acestea și normalitate. S-a impus tot mai mult în ultimul timp ideea spectrului maladiiv, care ține cont de tulburări subclinice dintr-o anumită clasă psihopatologică, pe care le prezintă nu doar pacientul de-a lungul vieții ci și rudele de gradul întâi (20).

Astfel de spectre sunt comentate pornind de la tulburarea autistă și cea obsesiv fobică, de la tulburarea bipolară și cea schizofrenă, anxioasă și depresivă. În acest context, în perspectiva unui spectru delirant s-a acordat din nou importanță ideii supraevaluate (21) pentru care a fost construită și o scală de evaluare (22). Ceea ce caracterizează ideea supraevaluată în apropierea ei de delir nu e excentricitatea sau falsitatea ei – ea nu e “imposibilă”, “neîmpărțită” de cei din jur, ci poate fi plauzibilă – ci mai ales rigiditatea sa, nesensibilitatea la puncte de vedere alternative, dovezi și argumente. În aria d.s.m. a fost de asemenea confirmată – de ex, pentru forma paranoidă și dismorfofobică – vulnerabilitatea sinelui centrat de dimensiunea stimei de sine, (19) problemă asupra căreia atrăsese deja atenția Kretschmer. În sfârșit, în ultimul timp se acordă o tot mai mare atenție “centralității” în analiza delirului (23, 24, 25). Adică faptului că subiectul se află în centrul sistemului delirant, faptul că, convingerea delirantă “îl privește”.

Toate aceste aspecte apar cu o deosebită evidență în cazul d.s.m. Dar diversitatea formelor de delir nu e singura dificultate în comentarea sa psihopatologică. Intervine și diversitatea conceptelor ce sunt aduse în discuție cu această ocazie, dintre care multe au o deosebită polisemie în limbajul current, filosofic și psihopatologic. Așa sunt concepte precum: idee, realitate, adevăr, credință, convingere, evidență, certitudine, gândire, raționare, evaluare etc.

În continuare psihopatologia delirului va fi comentată în următoarele etape. După o scurtă trecere în revistă a direcțiilor recente de studiu și interpretare a psihopatologiei delirului (2), va fi comentat delirul sistematizat monotematic (d.s.m.) în raportarea sa la preocupările zilnice, curente ale persoanei care are nevoie de certitudini (3). Apoi, delirul va fi abordat din perspectiva structurii ierarhice a sinelui, importantă pentru d.s.m. fiind zona sinelui metareprezentational, în

articularea ei cu cea a sinelui nuclear (4). Într-o a doua parte a expunerii vor fi comentate celelalte forme de delir, cu centrare pe delirul schizofren paranoid, în corelație cu instanța persoanei.

2. Abordări recente în psihopatologia delirului

Interpretarea psihopatologiei delirului a progresat în ultimii ani mai ales prin cercetările cognitive de neuropsihiatrie. S-au impus inițial două idei. Una susține că, cel puțin în aria delirului monotematic principala tulburare e la nivelul sintezei periferice, empirice, a informației actuale, iar procesul de raționare nu e perturbat. Aceasta e denumită bottom-up theory (25) și are în vedere mai ales distorsiunea percepției. De exemplu în delirul Capgras ar fi tulburat mecanismul prin care perceperea unei fețe e catalogată ca familiară și nu se produce un răspuns emoțional adecvat. Subiectul caută să interpreteze ce se petrece; și în final, raționând normal, explică această situație neobișnuită prin faptul că soția a fost înlocuită de un impostor. Adepții teoriei susțin că lucrurile s-ar petrece la fel ca în cazul unei teorii științifice : dacă apar fenomene ce nu pot fi integrate explicativ, autorul trebuie să reorganizeze teoria, pentru a le explica, altfel rămânând într-o stare de incertitudine. Tulburarea de integrare periferică a informației perceptive poate fi însă mai mare, ca în dispoziția delirantă. Atunci, generarea de ipoteze explicative devine mai aleatorie. Bottom-up theory se apropie de interpretarea funcționării psihismului în conformitate cu viziunea Theory Theory a lui Gopnik.

Cealaltă idee susține că principala problemă în formarea delirului nu o constituie experiențele trăite actual – recte cele perceptive – ci modificări la nivelul prelucrării informației, a procesului de raționare (26). Aceasta e Top-down theory, susținută de raționaliști. Se argumentează că însăși tulburarea perceptivă e condiționată de procese cognitive distorsionate, de așteptare, căutare, filtrare, interpretare. Iar apoi procesul de raționare ar fi modificat în delir. Astfel se manifestă : - un fel particular de a face corelația între evenimente (mai ales în delirul paranoid); - saltul spre concluzie (“jump to conclusion”) care constă în scurtcircuitarea inferenței raționale care sare imediat după formularea problemei direct la concluzie, fără a mai urma pași logici și argumentativi necesari; - distorsionarea stilului atributiv al cauzalității care în unele cazuri se îndreaptă scurtcircuitat spre alte persoane din exterior, altele spre sine însuși (27).

Cele două teorii apar pentru majoritatea cercetătorilor ca și complementare. Ele nu explică însă decât formarea, apariția convingerii delirante, nu și menținerea ei. S-a formulat de aceea o teorie care are în vedere doi factori (28). Primul este formarea convingerii delirante sub forma unei ipoteze. Al doilea factor se referă la evaluarea și testarea acestei ipoteze. În delirul acest al doilea factor ar fi deficitar. Convingerea delirantă ce se formează la un moment dat ca o ipoteză, se fixează, nu mai e comparată și evaluată în raport cu ipoteze concurente și persistă rigid, patologic. Generarea ipotezelor ar depinde de emisferul stâng iar evaluarea de cel drept.

Teoriile menționate se referă în mare măsură la delirul sistematizat monotematic și sunt orientate neuropsihopatologic, cognitivist. Se are în vedere și cazuri care implică patologia sinelui nuclear, ca fenomenul de impunere al gândurilor. Dar aceasta necesită o analiză

globală a psihismului, a felului nuanțat de raportare la lume, a variantelor existențiale și situaționale care implică diverse funcții și instanțe ale psihismului, în primul rând elaborarea narativității autobiografice (28, 29). Dar ansamblul dezbatărilor în aceste direcții sunt încă nesistematizate. De aceea considerăm necesar o prezentare analitică în acest articol și a structurii funcționale a sinelui.

3. Delirul sistematizat monotematic, ca certitudine patologică pentru o situație problematică personală; orizontul evidențelor și certitudinilor din viața curentă a omului

În primul rând se cere avută în vedere “evidența” – și deci convingerea implicită – pe care o are orice om, privitoare la stările de fapt ale vieții de zi cu zi, în cadrul existenței comunitare. Această temă nu e banală. Ea a interesat mult filosofia britanică a “simțului comun” (30) și are o deosebită importanță pentru psihopatologie și din perspectiva fenomenologiei lui Husserl, care a comentat firescul “lumii vieții”, a existenței cotidiene (31). Și la fel, de acest aspect s-a interesat filosofia cognitivă prin conceptul de “psihologie populară” (32). Aceste stări de fapt sunt trăite în mod firesc și fără nici o problematizare de către orice om normal.

La fenomenologia evidenței stărilor de fapt ale vieții curente contribuie consensul comunitar pe care subiectul și-l însușește în cursul ontogenezei și care ține de cunoașterea și reprezentarea lumii într-o cultură data. Aceasta se bazează, pentru toți, și pe valoarea pragmatică în viața curentă a respectivului model al lumii care învâluie perceperea lucrurilor, fenomenelor, manifestărilor umane, desfășurarea evenimentelor. Iar acest consens permite comunicarea și colaborarea.

Dincolo de consensul comunitar subiectul percepe realitatea înconjurătoare cu sentimentul evidenței și certitudinii și pe baza propriei experiențe în manipularea lucrurilor și a interrelațiilor cu alți oameni, fapt ce-i permite să anticipeze desfășurarea evenimentelor, acțiunile și intențiile altora, să comunice, să colaboreze, să evite situațiile periculoase social.

În sfârșit, informația perceptivă actuală e integrată într-o situație la desfășurarea căreia subiectul participă, a cărei derulare e corelată cu sinteza sa perceptivă și a cărui rezultat îi asigură asertarea, succesul și progresul.

În concluzie, percepția informativă a elementelor situației actuale, apare pentru subiectul normal psihic evidentă și certă, integrată într-un consens comunitar, într-un “simț comun” al vieții cotidiene care implică constant proiecte de acțiune. Această evidență și certitudine nu se corelează însă nemijlocit cu delirul, deși poate fi un punct de plecare pentru el.

Percepția sintetizează informațiile actuale, situaționale, ca formă și semnificație. În psihopatologie tulburarea perceptivă se poate realiza mai mult într-una din aceste direcții. În schizofrenie și consumul de substanțe psihodislepice apar tulburări ale percepției formei obiectelor, inclusive a limitelor propriului corp, girate de “schema corporală”. În ceea ce privește problematica delirului, acesta se corelează mai ales cu distorsiunea semnificațiilor, așa cum sublinia Jaspers. O astfel de distorsiune întâlnim de exemplu în delirul de substituție Capgras în care, chiar dacă recunoașterea feței celui alt e disfuncțională și la nivel formal, esențială e

convingerea în modificarea identității acestuia, cu scopul de a-l spiona. Trăirea și afirmarea unei realități perceptivă nereale – neadevărate – e comentată ca halucinație. Dacă e trăită și afirmată convingerea într-un fenomen actual care nu se petrece efectiv și nici nu e perceput de subiect ca atare, această trăire nu e prin sine semnificativă pentru delir. De exemplu dacă subiectul e convins și afirmă că afară plouă deși nu e real și deci el nu percepe nici o ploaie, o astfel de afirmație confabulată cere o interpretare specială.

La un alt pol, opus celui perceptiv, se pot comenta convingerile și certitudinile ce se desfășoară în plan comunitar și din care subiectul se împărtășește. Acesta este cazul cu reprezentările cognitive colective ce derivă din cunoașterea lumii de către o comunitate istorică la un moment dat. Ele constituie “lumea umană” în care își desfășoară viața membrii ei. De exemplu credința că pământul se învârte în jurul soarelui și nu soarele în jurul pământului. La acest nivel se poate vorbi mai degajat despre credințe, - “faith” în engleză. Credința nu are însă doar un sens cognitiv. Într-un sens restrictiv, credința se referă la raportul cu ființele supranaturale, transcendente, care influențează sau pot influența – în reprezentare colectivă pe care subiectul și-o poate însuși – desfășurarea evenimentelor comunitare. Pe scurt, e vorba de credința în zei, în Dumnezeu, în ființe supranaturale. Credința nu mai e acum doar un fapt cognitiv la care se ajunge prin înlăturarea altor eventualități incerte sau probabile astfel încât să se instituie evidența, certitudinea; ea este un dat nemijlocit, direct. Din plan transcendent, credința se poate muta și poate funcționa și în plan uman ideologic. De ex. credința în valoarea programului unui partid politic. La fel sunt credințele în ce se va întâmpla în viitor, pe baza unei speranțe ce aderă ferm la un set de valori. Sau, în același sens, credința în victorie, în cazul unei lupte. În cazul credinței, argumentele nu contează prea mult. Credința poate fi fermă, nestrămutată, fanatică.

În viața umană, credința ca încredere, implică într-un set de cazuri, un nivel de autoritate într-o ierarhie similiumană. Subiectul crede într-un zeu sau într-un conducător, într-o persoană puternică și eficientă care îi dă siguranță. Se mai comentează încrederea ce o au oamenii unii în alții. Această intervenție a factorului uman – sau similiuman – ca referențial de autoritate, forță, siguranță, precum și trimiterea spre viitor, fac din credință o trăire care se diferențiază în suficientă măsură de convingere.

Etichetarea delirului ca și credință neadevărată e din acest punct de vedere mai vagă decât cea de convingere neadevărată. În literatură psihopatologică actuală se menține însă o ambiguitate datorită utilizării termenului englez “belief”, care deseori se traduce prin credință.

Între cei doi poli menționați – evidența percepțiilor curente în cadrul cunoașterii comunitare a lumii și credința în transcendență, în idealul sperat și în autoritate - se plasează convingerea subiectului într-o temă care reprezintă o soluție pentru o situație personală problematică prelungită care-l implică. E vorba acum de acel sector al vieții omenești în care subiectul manifestă griji, preocupări care-l afectează personal. Astfel e grija pentru sănătate, pentru succesul la un examen, pentru nașterea unui copil, pentru fidelitatea partenerului, pentru felul în care aspectul corporal e acceptat sau atractiv pentru alții, preocuparea față de atitudinea favorabilă sau nefavorabilă a altora față de sine față de pericolul ce vine

din partea altor persoane sau a autorităților. În toate aceste cazuri situația sa existențială, poziția și evaluarea sa în raport cu lumea, cu alții și cu sine, e pusă în joc.

Viața fiecărui om se derulează prin rezolvarea unor situații problematice personale de diverse tipuri și complexități, de diverse dimensiuni temporale. Există probleme abstracte – de ex. de matematică - și probleme concrete – ca și condusul mașinii pe o stradă aglomerată, probleme profesionale – ca punerea unui diagnostic și prescrierea unei terapii de către un medic, și probleme intime ale subiectului dacă să divulge sau nu un secret. În această uriașă varietate de situații se poate degaja o zonă de referință, a unor situații problematice importante pentru subiect, pentru viața sa, care afectează starea și existența sa personală și relațională. Preocupări ca cea pentru sănătate, pentru apariția socială atractivă, asertare performantă, fidelitate în relațiile intime, încrederea în bunăvoința altora, sunt firești și adaptative, fac parte din viața de zi cu zi și de obicei nu sunt problematizate. Uneori ele însă devin în mod legitim probleme ce se cer clarificate și soluționate. Astfel sunt de exemplu resimțirea unor simptome de tip malativ, ca dureri, slăbire în greutate, palpitații. În aceste cazuri subiectul resimte că există o problemă, că s-ar putea să fie bolnav. Această probabilitate se cere clarificată. Evoluția și examinările medicale conduc la reducerea incertitudinii, la eliminarea eventualității bolii sau la confirmarea unei boli de un anumit tip, care beneficiază de un program terapeutic. De subliniat că întreg procesul de la declanșarea situației problematice, a griji și preocupării și până la evidență și certitudine, este un proces subiectiv de reducere a incertitudinii, care face apel la elemente obiective, variate date furnizate de alții, comunicări intersubiective. Se ajunge pe aceste căi la o convingere personală, de diverse intensități. Acțiunea consecutivă convingerii, comportamentul ce derivă din aceasta, este un al doilea pas, care poate mult timp să nu se producă. Subiectul menține convingerea pentru sine, sau o împărtășește și altora.

Problematicele delirului în varianta sa standard sistematică și monotematică, se desfășoară la acest nivel, al convingerii ce rezultă din preocuparea subiectului pentru clarificarea unei situații problematice care îl afectează personal. Delirul, în esența sa, nu se referă la convingerea în adevărul realității percepute situațional; la acest nivel are loc psihopatologia percepției cu care procesul delirant menționat de obicei se articulează. Pentru un comentariu corect distincțiile se cer respectate. De asemenea, ea nu se referă la credințele comunitare, care nu vizează personal subiectul. O credință diferită de cea comunitară privitor la adevărurile ce privesc natura, poate fi eventual încorporată într-un delir de invenție în care esențialul e convingerea subiectului în capacitățile sale excepționale. O convingere delirantă privitor la ființele supranaturale e asimilată delirului atunci când acesta se raportează și se integrează în destinul personal, de ex. convingerea în existența unor relații privilegiate cu transcendentul care scot subiectul din comunitatea de credincioși.

Delirul, în varianta standard, are în centrul său existența subiectului, problemele sale, situațiile sale problematice. Sinele, eul, subiectul reprezintă instanța care de la început e inclusă în tematica convingerii delirante. Raportarea la sine poate fi marcată de grijă sau îngrijorare privitoare la starea sa de sănătate, la viața și

moartea sa. Boala constituită în interiorul corpului sau la nivelul pielii, vulnerabilitatea tegumentelor față de infestare, sunt posibile teme ale acestui tip de delir. Apoi, preocupările subiectului se pot îndrepta spre identitatea și capacitățile sale. El poate avea convingerea unei descendențe ilustre, a faptului că familia i-a fost substituită, poate ajunge la concluzia evidentă pentru el că a făcut mari descoperiri, că este ales pentru o misiune divină, că are calități excepționale. În al doilea rând dar constant, problematica subiectului, situațiile sale problematice care stârnesc grija, preocuparea, îi include și pe alții, în relaționarea acestora cu sine. În exemplele menționate mai sus ceilalți erau în plan secund, aproape neimportante. Dar în alte împrejurări relația cu celălalt e în centrul problemei. Astfel e în cazul geloziei sau al erotomaniei, când subiectul e convins că altă persoană îl iubește foarte mult. La limita și intersecția dintre preocuparea problematică față de sine și cea relațională, se află grija subiectului pentru apariția sa corporală în fața celorlalți: faptul de a fi acceptat, de a fi receptat ca atractiv, de a nu fi apreciat ca urât și astfel stigmatizat, de a nu atrage atenția în mod nefavorabil prin ceva. Există o temă delirantă în care subiectul e convins că emană un miros urât pe care alții îl percep cu dezgust. Însăși faptul de a atrage atenția asupra sa, de a fi privit cu mult interes e o situație neplăcută, care poate preocupa subiectul în manieră prevalentă sau chiar delirantă, ca delir senzitiv relațional. În perspectivă relațională o temă cu totul aparte și importantă e convingerea că alții au o atitudine ostilă. Aceasta se poate asocia cu supravegherea și intervenția nefirească în viața sa intimă. Tema poate evolua în direcția paranoidei, subiect care nu e abordat la acest nivel.

Detășarea, desimplicarea acestor situații problematice din cursivitatea existenței, erijarea lor în preocupări centrale care acaparează rigid și cuasiintegral psihismul individului, desituaționalizarea prin care diversele argumente sunt ignorate sau interpretate distorsionat, conduc spre varianta delirantă. Iar odată atins pragul delirului, se poate vorbi de convingerea anormală infailibilă într-o temă – idee - neadevărată care nu poate fi modificată prin argumente, acaparând viața psihică, preocupările și comportamentul subiectului.

În comentariul de mai sus un fapt esențial e că preocupările menționate sunt firești și adaptative înainte de a ajunge la variante caricaturale, patologice, delirante. Orice om are în el disponibilitatea de a se alerta dacă unele semne îi indică eventualitatea bolii și să se preocupe adaptativ de clarificarea stării de sănătate, dacă semnele bolii sunt mai importante. Situațiile delirante nu apar din nimic. Mai mult, însăși stări reactive cum ar fi preocuparea față de boală sau gelozia nu sunt nici ele “create” prin semnificația informației situaționale, prin “comprehensiunea” situației, cum susținea Jaspers. O anumită situație “activează”, prin semnificația ei, un potențial de manifestare, o modalitate de raportare psihică adaptativă la un tip de eveniment, care se află în “dispozitivul” psihic al omului în urma selecției filogenetice și dezvoltării ontogenetice. În acest sens analizele psihopatologiei evoluționiste cu ideea de “modul psihic” ce ce transmite genetic sunt extreme de interesante. Desigur starea psihopatologică delirantă presupune și o deficiență psihică, care tocmai permite acestor disponibilități să se manifeste fără un determinism reactiv comprehensibil, sau la semnale nesemnificative; și să se deruleze apoi decontextualizat, insensibil la noi informații semnificative, la “argumente”. Tematica d.m.s. se distribuie în trei zone (Figura 2).

Raportare la corp, la sinele corporal	Relaționarea interpersonală	Raportare la sine ca identitate, capacități, valoare
Hipocondriac Dermatozic (Ekborn) De contaminare De anorexie Capgras Dismorfofobic Osmotic Din anorexie Dismorfofobic De posesiune De negație a funcționării sociale	Erotoman De gelozie Paranoiac De substituie Senzitiv relațional	De identitate ilustră De substituie familial De invenție De capacități excepționale De misiune special De vinovăție De ruină De negație a morții, de eternitate

Figura 2. Tematica DSM distribuită în trei zone

Convingerile deformate privitoare la sine, ca stare corporală, identitate, capacități, valoare – care exprimă atitudinea evaluativă a subiectului față de sine și cea privitoare la atitudinea altora față de sine – reprezintă nucleul tematic al d.s.m.; precum și a delirului în general. Aceste “atitudini” și “evaluări” presupun planul metareprezentational al psihismului, al sinelui, diferit până la un punct de planul trăirilor situaționale ale “sinelui nuclear” care are un obiectiv circumstanțial ținut, de eficiență imediată. Ambele aceste planuri se înscriu într-un nivel bazal și emergent al psihismului, cel al “protosinelui”, care se înrădăcează în fundalul corporalității biologice și a psihismului biologic. Iar toate aceste trei nivele sunt integrate sub cupola instanței persoanei socio-valorice. Comentarea psihopatologiei delirului are în vedere această structură ierarhică a sinelui. (CONTINUARE ÎN NUMĂRUL VIITOR)

BIBLIOGRAFIE

- Sims A. Delusional syndromes in ICD-10. *Brit J Psychiat* 1991;159:46-51.
- Bentall PR, Kinderman P, Moutoussis M. The rol of self-esteem in paranoid delusions: the psychology, neuropsychology and development of persecutory belief. In: Freeman D, Bentall R, Garety Ph. *Persecutory Delusion*. Oxford University Press, 2008, 143-174.
- Lăzărescu M. *Introducere în Psihopatologia Antropologică*. Timișoara: Ed.Facla, 1989.
- Lăzărescu M. *Psihopatologie Clinică*. Timișoara: Ed.Helicon, 1994.
- Lăzărescu M. *Bazele Psihopatologiei Clinice*. București: Ed.Academiei Române, 2010.
- Oltmans TE, Mahler BA. *Delusional Beliefs*. New York: Wiley, 1988.
- Munro A. *Delusional Disorder*. Cambridge University Press, 2006.
- Freeman D, Bentall R, garety Ph. *Persecutory Delusion*, Oxford University Press, 2008.
- Bartolotti L. *Delusion and other irrational beliefs*. Oxford University Press, 2010.
- Jaspers K. *General Psychopathology*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1997.
- Berrios G. *The history of mental symptoms*. Cambridge University Press, 1996.
- Schneider K. *Klinische Psychopathology*. Stuttgart, New York: 15 Auflage: Georg Thieme Verlag, 1946-2007.
- Kretschmer E. *Der sensitive Beziehungswahn*. Berlin: 4 Auflage: Springer, 1966.
- Ey H. *Des idées de Jackson a un modele dynamique en psychiatrie*. Toulouse: Ed.Radamante, Privat, 1973.
- Secară O. *Creierul social*. Timișoara: Ed.Artpress, 2007.
- Kircher T, David A. *The Self in Neuroscience and Psychiatrie*. Cambridge University Press, 2003.
- Tattosian A. *Phénoménologie des psychoses*. Paris: Masson, 1979.
- Brüne M. *Textbook of Evolutionary Psychiatry. The Origins of Psychopathology*. New York: Oxford University Press, 2008.
- Burns JK. Psychosis: a costly by-product of social brain evolution in Homo Sapiens. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2000;90:797-814.
- McKenna P. Disorders with overevaluated ideas. *Brit J Psychiat* 1984;145:579-185.
- Lăzărescu M. Direcții actuale de abordare nosologică a tulburărilor afective periodice – problema spectrului afectiv. *Psihiatru.ro* 2008;15:24-29.
- Neziroglu FA et al. Overvalued ideas scale (OVIS). *Behav Res Ther* 1999;37:881-903.
- Spitzer M. *Was is wahn?* Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 1989.
- Munro A. Aspects of persecutory delusion in the seting of delusional disorder. In: Freeman D, Bentall R, Garety Ph. *Persecutory Delusion*. Oxford University Press, 2008, 105-120.
- Raballo A et al. Self-centrality, psychosis and schizophrenia: a conceptual review. *Acta Biomed* 2006;77:33-39.
- Garety P, Freeman D. Cognitive approaches to delusion: a critical review of theories and evidence. *Brit J Clin Psychol* 1994; 38:113-154.
- Bentall PR. The paranoid self. In: Kircher T, David A. *The Self*. Cambridge University Press, 2003, 293-318.
- Davies AMA, Davies M. Explaining pathologies of belief. In: Broome MR, Bartolotti L. *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*. Oxford University Press, 2009, 285-326.
- Gallagher S. Delusions: A tow-level framework. In: Broome MR, Bartolotti L. *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*. Oxford University Press, 2009, 269-284.
- Gallagher S. Delusional realities. In: Broome MR, Bartolotti L. *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*. Oxford University Press, 2009, 245-268.
- Wittgenstein L. *On certainly*. Blackwel, Oxford, 1969.
- Blankenburg W. *Der verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomater Schizophrenie*. Stuttgart: Emke, 1971.
- Guttenplan S. Folk Psychology. In: Guttenplan S. (eds). *A comparison of the Philosophy of Mind*. Blackwell, 1994, 307-293.
- Scharfetter Ch. The self-experience of schizophrenics. In: Kircher T, David A. *The Self*. Cambridge University Press 2003, 293-318.
- Damasio A. *The Feeling of what happens*. San Diego, New York, London: Ed.Harcourt, 1999.
- Pankseep J. *Affective Neuroscience. The Foundation of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press, 1998.
- Zahavi D. Phenomenology of self. In: Kircher T and Davis (eds). *The self in Neuroscience and Psychiatrie*. Cambridge University Press, 2003.
- Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H, Cohen DS. *Understanding other mind. Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience*. Oxford University Press, 2005.
- Bolbwy J. *Attachment and Loss*. New York: Basic Books, 1980.
- Feist J. *Theories of Personality*. Holt, Reinhart abd Winston INC, 1985.
- O'Connor K, Aardema F, Pélissier MCl. *Beyond Reasonable Doubt*. John Wiley and Sons, 2005.
- Blankenburg W. *Wahn and Perspektivität*. Stuttgart: Ed.Emke, 1991.
- Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology and pharmacology. *Am J Psychiat* 2003; 160:13-23.

PSIHOPATOLOGIA DELIRULUI ÎN PERSPECTIVA DISFUNȚIEI IERARHICE A SINELUI (II)

*Mircea Lăzărescu*¹

¹Psychiatrist senior, MD, PhD, University Professor, Department of Psychiatry, Victor Babes University of Medicine and Pharmacy, 21 I. Văcărescu, Timisoara 300128 Romania. Correspondence: e - mail: mlazarescu39@yahoo.com. Received November 04, 2010, Revised February 11, 2011, Accepted March 31, 2011.

Abstract:

The study of delusion has been, in recent years, the focus of psychopathologists, especially of those of cognitive orientation. Although delusion is one of the main themes of psychopathology, it is difficult to study, because it occurs in different clinical contexts and has multiple psychopathological approaches. Jaspers's classic definition was subject to various criticisms in recent years, precisely because it covers only part of the problem of delusion. This article discusses the psychopathology of delusion, starting from reference, standard situations of the systematic monothematic delusion. It examines the fact that it derives from the subject's experience of a problematic situation, which involves him. The overall issue of delusion is commented on in relation to the hierarchical structure of the self, that is spread over several levels: proto-self, nuclear situational self, metarepresentational self and the instance of the person. The monothematic systematic delusion is expressed at the level of the metarepresentational self. The second part of the text attempts to analyse the schizophrenic delusion.

Key words: delusions, itself, hierarchy

Rezumat:

Studierea delirului este, în ultimii ani, în centrul preocupărilor psihopatologilor, mai ales a celor de orientare cognitivă. Deși delirul este una din principalele teme ale psihopatologiei, studierea sa e dificilă, datorită faptului că apare în diverse contexte clinice și are multiple abordări psihopatologice. Definiția clasică a lui Jaspers a fost supusă unor critici variate în ultimii ani, tocmai deoarece ea acoperă doar o parte a problematicii delirante. Articolul abordează psihopatologia delirului pornind de la situații de referință, standard, a delirului sistematizat monotematic. Se analizează faptul că acesta derivă din trăirea de către subiect a unei situații problematice, care-l implică. Problematicele de ansamblu a delirului e comentată în raport cu structura ierarhică a sinelui care se eșalonează pe mai multe nivele: protosinele, sinele nuclear situațional, sinele metareprezentational și instanța persoanei. Delirul sistematizat monotematic se exprimă la nivelul sinelui metareprezentational. În partea a doua a textului se preconizează analiza delirului schizofren.

Cuvinte cheie: delir, sine, ierarhie

4. Structura funcțională ierarhică a sinelui și corelația sa cu psihopatologia delirului

În ultimele decenii studiile conjugate realizate de specialiștii din multe domenii – (cognitivism psihologic și filosofic, neuroștiințe, psihopatologia dezvoltată, neofenomenologică) au condus la o înțelegere structural funcțională ierarhizată a sinelui (“self” în engleză) care reprezintă nucleul, “coloana vertebrală” a psihismului uman. Conceptul de self (pe care expresia românească de sine nu o traduce suficient neavând toate conotațiile unei conștiințe reflexive) s-a impus după al doilea Război Mondial, înlocuind vechiul concept de “eu” și “conștiință de sine”, în jurul căruia construiseră Jaspers psihopatologia (“Ichbewusstsein”). Comentariile și analizele lui Jaspers privitoare la psihopatologia eului (conștient) s-au menținut toată prima jumătate a sec. XX și sunt și azi actuale (33). Totuși în prim plan a trecut perspectiva sinelui ierarhizat. S-a diferențiat progresiv o structură ierarhică cu 4 nivele (Figura 3).

4. Persoana socio-culturală, Identitate socio-juridică, statut și rol social, comportament reglat de norme, conștiință morală, creativitate.

3. Sine metareprezentational, autoetic

a) dimensionare temporală prin biografie și proiecte, structură eșalonată în profunzime a liniilor temporale correlate proiectelor ce se desfășoară paralel, nivelul limită a duratei biografice.

b) dimensionare spațială antropologică ordonatoare a polilor intim-public, distanțele psihologice sunt o realitate a vieții sociale, ele au o dinamică biografică a apropierii și îndepărtării de intimitate, “alții” sunt “introjectați” și reprezentați în psihismul propriu prin distanțe psihologice.

c) identitatea subiectului bazată pe structura spațio-temporalității intrinsece, prin reprezentarea de sine în raport cu sinele, stima de sine, temperamental caracterial, capacități, abilități, cunoaștere, reprezentare a lumii.

d) procese de raționare ce reduc incertitudinea și conduc la rezolvare de probleme, la concluzii, evidențe, convingeri tematizabile.

2. Sine nuclear, situațional: trăire și rezolvare a unor situații problematice scurte, ce delimitează prezentul trăit. Sentimentul agenției și a apartenenței la sine a trăirilor (“ownership”, “ipseity”), subiectul are controlul ultim asupra intimității sale, trăiri experiențiale nemijlocite.

1. Protosinele, sinele biocorporal: vigiliție/somn, pulsuni, emoții, modele comportamentale bazale, orientare în situație, percepții: agenție, delimitare, coerență centrală, reflexivitate bazală, intersubiectivitate primară.

Figura 3. Structura ierarhică a sinelui

Toate aceste nivele se organizează concentric, cele superioare incluzând și implicând pe cele inferioare. Chiar dacă specificitatea de nivel se păstrează, limitele nu sunt tranșante iar funcționarea psihismului e totdeauna globală și sintetică.

Privitor la tema delirului, cu centrare pe d.s.m. e deosebit de importantă relația între trăirile experiențiale de la nivelul sinelui situațional și inferențele raționale interpretative ce se desfășoară la nivelul sinelui metareprezentational (s.m.r.) conducând la evidența convingerii delirante. Pentru specificul schizofren al delirului – fenomene de transparentă, influență, referință, dezorganizare, abstractizare – intră în joc și tulburări de la nivelul sinelui nuclear și a protosinelui, mai ales prin deficitul coerenței centrale. Pe de altă parte, instanța persoanei intervine și ea în varianta schizofrenă, prin abstractizarea logico-lingvistică a relațiilor cu alții și lumea: alții apar în varianta unor entități abstracte în corelație cu dezorganizarea semantică iar discursul care conține delirul își pierde structura de ordine și de articulare logică. În delirul oniroid intră în joc protosinele prin oscilațiile vigilenței conștiente ce permit intruziunea visului. Iar în delirul imaginativ se mobilizează articulația dintre s.m.r. și nivelul persoanei, prin imaginarul narativ.

4.1. Sinele bazal, corporal, “protosinele” (34), (35). La baza psihismului conștient al omului se află un nivel psihic, prezent și la animale, care girează oscilațiile între veghe și somnul cu vise, exprimând intenționalitatea primară a pulsionilor, și a comportamentelor spontane de tip instinctiv. Tot la acest nivel se plasează emoțiile. Subiectul vigیل se orientează în raport cu ambianța spațială, cu obiectele aflate la diverse distanțe față de corpul său. De asemenea el percepe spontan semnificația unor situații actuale simple. Sinele se manifestă deja la acest nivel prin intenționalitate, delimitare și coerență centrală. Ca “agenție” sinele e parțial o moștenire biologică. Dar la om, el vizează intențional și relația cu alți oameni, atașamentul și comunicarea cu aceștia, manifestând de la început reflexivitate în raport cu sine. Delimitarea de sine pe care o realizează schema corporală e o bază nu doar pentru acțiunea eficientă în preajmă ci și pentru diferențierea între lumea exterioară și interioritatea spațială a propriului corp. Această distincție este baza pentru subiectivitatea conștientă ce se naște progresiv prin relațiile intersubiective cu mama. Intenționalitatea se exprimă din primul an prin atenția ținută asupra obiectului; și în continuare prin variatele modalități ale atenției împărtășite cu mama. Delimitarea se conturează apoi mai ales în raport cu alții și cu sine ca bază a identității proprii. Dar deja de la acest nivel se manifestă coerența centrală ca funcție fundamentală de sinteză, configurată în raportarea la sine a tuturor manifestărilor psihice : perceptive, de trăire, de acțiune, de reprezentare, de comunicare. Funcția de sinteză a coerenței centrale guvernează ulterior toate trăirile și procesele psihice, ale tuturor instanțelor sinelui și persoanei; și însăși structura ierarhică a sinelui. Perturbarea ei stă la baza autismului infantil, a dezorganizării schizofrene și implicit, a simptomatologiei delirante schizofrene.

4.2. Sinele nuclear, situațional are ca funcție specifică trăirea nemijlocită de către subiect a unei situații problematice scurte, actuale cu semnificație pentru sine. Trăirea înseamnă la acest nivel intenționalitatea și reflexivitatea ca aspecte bazale ale conștiinței de sine delimitate și sintetice; subiectul resimte că, “din sine” izvorăsc dorințele, gândurile, planurile, că “el” este sursa și autorul intențiilor și acțiunilor sale (aceste funcții sunt exprimate în engleză prin termenul “ownership” (36)); că acestea îi aparțin, că sunt ale sale. Si la fel emoțiile și reacțiile. Aspectul “nemijlocit” semnifică contactul neîntrerupt cu informațiile actuale, atât cu

cele ce vin din lumea înconjurătoare cât și cu cele ce vin din interioritatea propriului corp și a propriului psihism. Aspectul “situațional” indică o circumstanțialitate tematică și temporală, nu prea îndelungată, a referinței și relației reciproce dintre subiect și lume. Situația e circumscrisă ca semnificație și durată, constituind “prezentul trăit” ce poate fi apoi memorat și relatat. Aspectul “problematic” subliniază angajarea subiectului în situație, faptul că nu e indiferent în raport cu aceasta, că situația îl privește. Trăirile situaționale sunt evenimente resimțite direct, nemijlocit, care apar ca “evidente”. Ele presupun și integrează percepția dar și emoția, intuiția, “ideația intruzivă”, inspirația, decizia etc. Se diferențiază astfel sinele nuclear al actualului trăit direct, de nivelul metareprezentational al sinelui, care se distanțează de trăirea prezentă pentru a o observa, eticheta, monitoriza, a raționa metacognitiv în raport cu ea, a o evalua (Figura 4 și 5).

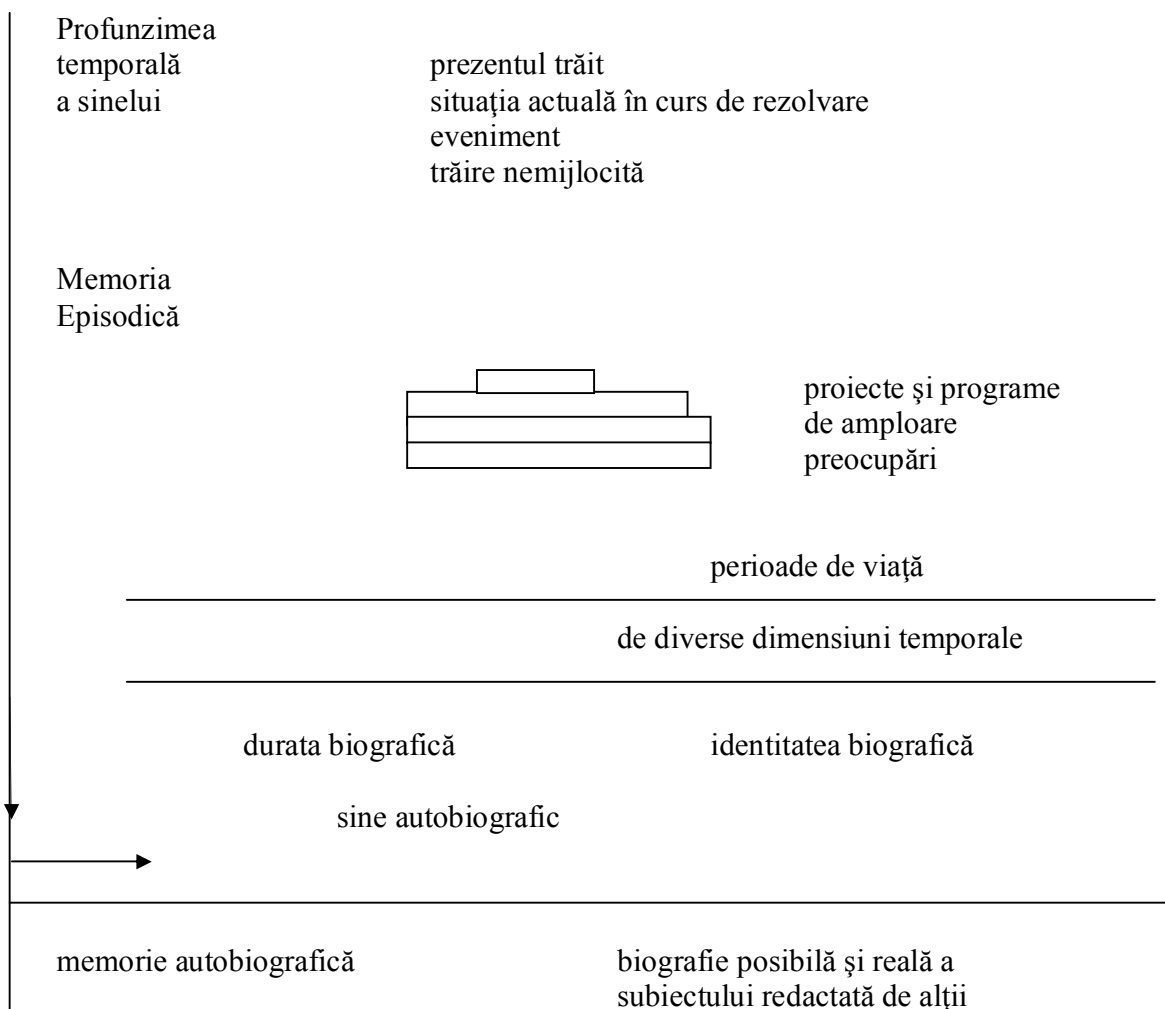


Figura 5. Structura temporală a sinelui în orizontul sinelui metareprezentational ce se bazează pe sinele situațional

În cadrul trăirilor situaționale sinele apare ca delimitat de lume și de alții. Această delimitare, prezentă deja la nivelul sinelui bazal se decantează progresiv în ontogeneză dintr-o indistinție inițială. În primul rând e vorba de delimitarea de lumea înconjurătoare, inclusiv în perspectiva spațiului geometric, care se realizează prin structurarea schemei corporale. Delimitarea de alte persoane umane începe să se contureze la sfârșitul primului an odată cu relația de atașament, când copilul diferențiază persoanele străine și realizează plecarea și reparația mamei. Prin relația de atașament se realizează un dublu mod de legătură: pe de o parte copilul rămâne legat, atașat de mamă, asimilând-o prin reprezentare, în propriul psihism; pe de altă parte el se resimte ca distinct de mamă și de alții. Distincția față de alții apare conturată clar la 3 ani odată cu procesul de “mentalizare” (“Theory of Mind”- ToM) prin care copilul atribuie altora stări mentale

distincte de mintea sa, prin scanarea expresivității feței lor în situație (37). El înțelege diferența dintre propriul punct de vedere și cel al altora pe care și-i reprezintă, dându-și seama dacă alții se înșeală asupra situației. Capacitatea mentalizării se realizează în paralel cu dezvoltarea limbajului și a capacităților reprezentationale; deja la 18 luni copilul e capabil să se recunoască în oglindă și să-și reprezinte pe cineva neprezent, imitându-l. Ea se dezvoltă ulterior prin înțelegerea ambiguității, metaforelor, ironiei, a complexe perspective a “pașilor greșiți”, în paralel cu dezvoltarea capacităților narative și a sinelui metareprezentational. Perioada dintre 1-3 ani în care se dezvoltă atașamentul (38) și apoi mentalizarea este cea a constituirii ferme a sinelui nuclear situațional, deschis spre – și inclus ulterior în – cel metareprezentational. De reținut că instanța sinelui nuclear operează deja cu reprezentări, inclusiv a altor persoane ce pot fi evocate; nivelul metareprezentational va opera inclusiv cu aceste reprezentări nemijlocite.

În structurarea și menținerea delirului joacă un rol important trăirile experiențiale anormale ce se desfășoară la nivelul sinelui situațional și care de obicei au o evidență directă pentru el. Acestea se plasează în alt plan decât inferențele raționamentelor din plan metareprezentational care conduc la concluzii certe, la evaluări și convingeri.

Trăiri experiențiale anormale sunt tulburările perceptivă, iluziile, experiențe senzoriale neobișnuite marcate de hipersemnificare. Dar în aceeași clasă pot fi incluse intuițiile, ideile intrusive; precum și emoțiile puternice, inclusiv anxietatea. Halucinațiile, deși fenomene complexe, se plasează tot la acest nivel. Trăiri care necesită un comentariu separat sunt modificările perceptivă globale și de semnificație, ca derealizarea, dispoziția delirantă, trăirile de referință, percepțiile hipersemnificante. Un subiect de analiză și mai complex îl constituie fenomenele de transparență și influență care sunt trăiri nemijlocite dar care, în același timp, trimit de obicei sau destul de frecvent spre interpretări metacognitive speciale. De asemenea, dispozițiile afective de tipul depresiei sau euforiei maniacale sunt ancorate în nivelul trăirii nemijlocite, dar se extind asupra tuturor dimensiunilor psihismului.

Problema trăirilor situaționale normale și anormale e complexă și rămâne deschisă. La acest nivel s-ar plasa și trăirile “pick” comentate de Maslow, (39) inspirația creatoare, momentele de extaz, trăirile mistice și alte trăiri în zona cărora diferența între normal, excepțional și patologic e uneori greu de trasat.

Sinele situațional e angajat în evenimente acute. Prin definiția introdusă de la început, acestea, oricât de scurte, presupun înțelegerea situației, decizia, acțiunea sau reacția. Sinele situațional este suportul și “agentul”, autorul trăirilor și manifestărilor circumstanțiale, sediul din care acestea sunt proiectate și unde sunt resimțite. În măsura în care se impune un comportament mai complex, acesta va presupune deliberarea motivațională, decizia argumentată, proiecte de acțiune și o execuție supervizată, controlată și verificată până în final. Acest model desfășurat e însă propriu nivelului următor, al sinelui metareprezentational, care învâluie sinele nuclear și-l utilizează.

Sinele situațional a fost indicat prin trăirea unei situații problematice scurte, actuale. Aceasta e însă o delimitare schematică, un model. În starea vigیلă, subiectul trăiește concomitent angajarea în multiple situații problematice ce se află în desfășurare și se intercondiționează, fiind de asemenea disponibil pentru nou și neprevăzut. Vigilitatea conștientă de la un moment dat e o stare complexă și multiformă.

4.3. Nivelul metareprezentational al sinelui (s.m.r.) reprezintă o instanță în care se desfășoară procese psihice care au ca obiect nivelul trăirilor situaționale, cele biografice și cele proiectate în viitor. El se manifestă desigur prin intermediul trăirilor actuale ale sinelui nuclear; dar are și o structură proprie, care privește identitatea subiectului, spațio-temporalitatea sa antropologică, cauzalitatea, relaționarea și tematica obiectivelor pe care le are în vedere. Temporalitatea se dimensionează și se relevă acum prin biografie și prin proiectele în care subiectul se angajează. Spațialitatea antropologică se evidențiază la acest nivel prin distanțele interpersonale ce se eșalonează între intim și public. Identitatea sinelui se articulează cu durata biografică și structura imaginilor celorlalți introjectate în subiect. Ea gravitează în jurul stimei de sine și a idealului sinelui și se articulează cu autocaracterizarea și autoevaluarea. Corelativ raportării la sine, în planul s.m.r. se plasează reprezentarea lumii, configurată ca o “lume personală”, articulată cu lumea comunitară. În raport cu situațiile problematice în care subiectul e angajat, el desfășoară la acest nivel raționamente care conduc la concluzii explicative și argumentative formulabile tematic.

a) Aspectul temporal; autobiografia, proiectele și preocupările

Sinele narativ, autobiografic, bazat pe memoria episodică, se plasează în această instanță a s.m.r. El presupune narativitatea ce se desfășoară prin intermediul limbajului asertiv critic. Capacitatea narativă e încă embrionară la 3 ani când se instituie mentalizarea și se cantonează sinele nuclear, dezvoltându-se apoi progresiv. Ea e complementară cu narațiunile altora despre subiect și a subiectului despre alții. Relatările biografice și autobiografice se referă la diverse perioade de timp din existența subiectului, în fundal plasându-se durata întregii vieți. Autobiografia reală și potențială împreună cu multitudinea de relatări biografice efective și posibile, edifică un important aspect al identității persoanei.

La nivel metareprezentational sinele se proiectează imaginativ în viitor având ca referențial idealul de sine. Această proiecție e activă în cadrul proiectelor de rezolvare a situațiilor problematice pe termen mediu și lung care se realizează prin acțiuni cu scop, ce tind să atingă anumite obiective. Structura standard a unei acțiuni umane mai elaborate și desfășurată în timp implică : motivarea, deliberarea, decizia, proiectele alternative, angajarea în efectuarea unei variante, supervizarea continuă a desfășurării acțiunii cu verificări și evaluări pe parcurs, opțiunea pentru noi variante în caz de necesitate, reorganizarea la nevoie a întregii strategii, obținerea rezultatului și evaluarea finală. Această structură, girată de funcțiile executive, e perturbată predominant în patologia obsesivă. Un proiect de acțiune amplă este însă întotdeauna reprezentativ pentru “sine” și proiectează sinele în viitor. La acest nivel interesează în primul rând faptul că subiectul desfășoară în paralel acțiuni și proiecte de diverse amplitudini temporale și cu variate obiective. Acestea se pot implica reciproc, acțiuni mai scurte făcând parte din proiecte mai ample. Sau diverse proiecte și acțiuni pot evolua în paralel, ca aparținând diverselor programe existențiale care se derulează într-o perioadă de viață. Si din acest punct de vedere există o limită temporală, care este tot cea a identității proprii pe care o evidențiază sinele autobiografic. În perspectiva proiectelor de acțiune subiectul se poate avea în obiectiv și pe sine însuși, cu intenția unei metamorfoze de sine. În acest sens s.m.r. autobiografic și al proiectelor de acțiune a mai fost etichetat ca autoonetic.

În planul s.m.r. alături de diverse proiecte și programe de acțiune se desfășoară și un set de griji și preocupări. Acestea se referă la eventualități avute în vedere; și care dacă se definesc, comportă anumite atitudini, decizii, strategii de raportare sau acțiuni. E vorba acum de situații

problematică incertă, cum ar fi eventualitatea de a fi bolnav sau a fi înșelat de un partener. O situație problematică incertă în care subiectul se simte implicat se cere clarificată în vederea înțelegerii mai clare și precise, a obținerii unei evidențe care să dea subiectului certitudine, siguranță. Clarificarea se poate realiza prin evidențe, dovezi, confirmări, raționamente, concluzii, toate participând la reducerea incertitudinii. Intervine imaginarul calculul posibilităților, inferența argumentativă, decizii, concluzii. Trăirile nemijlocite centrate de sinele situațional, sunt totdeauna implicate în acest proces desfășurat, ca punct de pornire, ca dovadă, ca și concluzie. Inferența concluzivă se desfășoară însă pe modele. Privitor la problema sau eventualitatea de a fi bolnav, în cursul procesului inferențial pot fi parcurse etape etichetabile prin expresii ca : ...nu cumva să...; mi se pare că...deși nu cred mă preocupă faptul că...deși e absurd; aproape sigur că...absolut sigur că... Preocuparea față de o situație problematică – în cazul de față în raport cu o boală fizică – se agregă tematic. Posibilitatea de a formula lingvistic preocuparea și apoi convingerea (mi-e frică că sunt bolnav, foarte probabil că sunt bolnav, incontestabil sunt bolnav de...) este importantă deoarece instanța s.m.r. în ansamblul său presupune o reluare comentabilă în mediul limbajului discursiv și critic a unei instanțe psihice de prim nivel. Convingerea fermă într-o temă (idee) delirantă, o califică drept “teză” adoptată de subiect. Aceasta exprimă atitudinea, poziționarea sa în raport cu problema.

Plasarea d.s.m. la nivelul preocupărilor ce se desfășoară în instanța s.m.r. dă un înțeles continuumului între delir, ideea supraevaluată, obsesionalitate și trăirile anxioase fobice. Toate depășesc nivelul trăirii situaționale de la nivelul sinelui nuclear. Fobia presupune reprezentarea situației fobogene, fixată, cunoscută și evaluată ca posibilă în viitor, fapt ce permite elaborarea conduitei de evitare și asigurare. Obsesionalitatea se bazează pe reamintiri, reprezentări și intenții de act (care uneori sunt resimțite ca deja executate), cu mari dificultăți în structurarea trăirii prezentului. De asemenea, obsesionalitatea se exprimă prin dificultatea proiectării și realizării actelor desfășurate și prin unele ideea supraevaluate, cum ar fi cele de contaminare, fapt ce a permis includerea unei astfel de axe în conceperea spectrului TOC de către Hollander. În sfârșit, ideea prevalentă se manifestă în majoritatea direcțiilor tematice ale d.s.m., așa încât tranziția spre convingerea delirantă propriu zisă e uneori continuă. Această situație explică și coexistența în cazul d.s.m. dintre delir și alte convingeri nedelirante. Si neadecvarea în acest caz a interpretării delirului ca o “prezență într-o altă lume personală” în formularea lui Gallagher (28) sau ca simple “acte de limbaj” vede în formularea lui Berrios (11).

Preocuparea cu o situație problematică poate viza pe lângă situația sinelui – sănătate, identitate, capacitățile și valoarea acestuia – și relațiile sale cu alții. Acest aspect relațional aduce în discuție dimensiunea spațial antropologică a s.m.r.

b) Relațiile interpersonale și spațialitatea antropologică a s.m.r.

Nivelul metareprezentational al sinelui include relația între sine și ale persoane, într-o organizare ce exprimă distanțele psihologice, Aceste distanțe sunt pe de o parte o realitate nemijlocită în cadrul raporturilor sociale efective ale subiectului, ea eșalonându-se pe traiectoria : persoane intime, familiale, cunoscute, oficiale, cunoștințe circumstanțiale, oameni în genere care sunt indiferenți și ignorați de subiect. Pe de altă parte relaționarea cu alții aflați la diverse distanțe de centrul intim al sinelui, este o realitate înscrisă în structura sinelui metareprezentational. În existența de zi cu zi subiectul ține seama constant de aceste distanțe. Ele au și o dinamică, în sensul apropierii și îndepărtării altora de sinele intim, atât în plan real cât și în relaționarea intrapsihică cu aceștia. De asemenea subiectul are circumstanțial sau constant

anumite atitudini față de alții. El resimte – percepe, înțelege, știe – că așa cum alții sunt prezenți în mintea, în sufletul său și el e prezent în mintea, în sufletul altora și și că alții au anumite atitudini față de el. Subiectul își atribuie constant poziționări atitudinale față de alții. Și, concomitent, atribuia altora astfel de atitudini față de sine. Și le resimte, fie că ei sunt de față sau nu. Toate acestea sunt importante pentru psihopatologie în general și pentru problematica delirului în special. Orice comentariu actual asupra sinelui în cadrul psihopatologiei persoanei presupune aceste diferențieri care exprimă o structură spațială antropologică eșalonată între polul intim și cel public.

Faptul că raportarea subiectului la alții nu e doar situațională și exterioară ci și interioară, intrapsihică, este un rezultat al ontogenezei. Sinele copilului se formează din primul an prin matricea relaționărilor cu mama; care apoi, între 1-3 ani se organizează ca relație de atașament. Prin aceasta se asigură o reprezentare în propriul psihism a mamei prin instanța “internal working model”, comentată de Bowlby (38). E o relație intimă, protectivă, securizantă, care asigură copilului încredere în el, favorizează inițiativa exploratorie și de joc etc. Prin prezența sa înscrisă în planul reprezentării, mama influențează copilul și când nu e prezentă în situație. Amplificarea capacității reprezentative după 18 luni asigură nu doar asimilarea în propriul psihism a mai multor persoane apropiate ci și capacitatea reprezentativă de a atribui stări mentale intenționale persoanelor percepute situațional. Această capacitate de “mentalizare” (Theory of Mind – ToM) (37) se dezvoltă apoi în mod complex, altfel încât ceilalți oameni ajung să fie reprezentați în psihismul propriu atât constant pentru persoanele cu semnificație importantă, cât și circumstanțial. Acest fapt permite inferențe privitoare la dorințele, intențiile, gândurile și convingerile acestora. Persoanele sunt resimțite, circumstanțial și constant și cu atitudinea lor relațională față de sine, pozitivă sau negativă. Raportările concrete, situaționale sunt filtrate prin matricea relațiilor cunoscute și resimțite în raport cu alții. Reprezentarea altora este ulterior inclusă în amintiri și narativitatea autobiografică. După cum, ea poate fi proiectată în scenarii anticipative în cadrul unor proiecte de relaționare (5).

Relaționarea interpersonală ce se ordonează spațial între intim și public e și un proces ce se desfășoară pentru persoana adultă în timp. Unele persoane nou cunoscute, care la început sunt indiferente pentru subiect, pot ajunge treptat bune cunoștințe, persoane familiare sau intime, pot fi asimilate intrapsihic cu statut fuzional de prietenie și dragoste. La acest nivel de intimitate dispar secretele, există rezonanța afectivă, înțelegerea reciprocă se realizează fără discurs, deciziile se iau împreună, influența reciprocă în toate aspectele e majoră. Există și cealaltă direcție spațială a distanțării. Unele persoane apropiate încep să se îndepărteze de intimitate, capătă statut oficial sau ajung indiferente. Identitatea subiectului presupune luare în considerare a întregii structuri prin care ceilalți sunt asimilați și reprezentanți în propriul psihism, la diverse distanțe de centrul intimității. Siguranța și stabilitatea sa interioară precum și încrederea și stima de sine se corelează cu acest eșafodaj, care permite subiectului să resimtă de ce nu are sprijin în alții (3).

Relaționarea cu o persoană puțin cunoscută e marcată la început de precauție, uneori suspiciune. La o distanță sufletească mai mare se pot folosi măști și tentative de înșelare a altuia. Atitudinea de deschidere receptantă favorizează reducerea distanțelor iar cea rejectant ostilă, îndepărtarea, creșterea distanțelor. Suspiciunea impune menținerea unor distanțe apreciabile, pentru apărare. Apropierea prea mare a altora de propria intimitate, interesul crescut și observarea

de către alții este resimțită ca o intruziune nedorită. În ansamblu subiectul are sentimentul că poate controla dinamica distanțelor interpersonale.

În cadrul relaționării interpersonale subiectul atribuie altora atitudini, intenții și acțiuni în raport cu sine. Acest fapt e paralel cu trăirea și manifestarea propriilor atitudini, intenții și acțiuni în raport cu alții. Copilul și apoi adultul înțelege că anumite stări de fapt sunt cauzate de el însuși, altele de unele persoane identificabile și altele rezultă impersonal din situație. Această evaluare este argumentată de informațiile accesibile dar e marcată totdeauna și de un filtru personal în atribuire. Dincolo de justificările circumstanțiale, sunt persoane care, tipologic, atribuie cauzalitatea stărilor ce-l privesc personal predominant altora; iar alții, predominant sie-și sau circumstanțelor. Bentall a demonstrat că prima variantă e mai frecventă la cei ce dezvoltă delir atât al atitudinilor, intențiilor cât și a efectelor, poate fi perturbat prin disfuncția inferențelor cognitive ce-l produc și îl susțin (Figura 6).

c) Identitatea sinelui la nivel s.m.r. implică sinele biografic, durata, orientarea în raport cu sinele ideal și în raport cu preocupările și obiectivele proiectelor în care subiectul e angajat; deci, ansamblul liniilor temporalității sale proprii. Pe de altă parte, identitatea integrează structura ierarhizată prin distanțele interpersonale a imaginilor celorlalți integrați în propriul psihism.

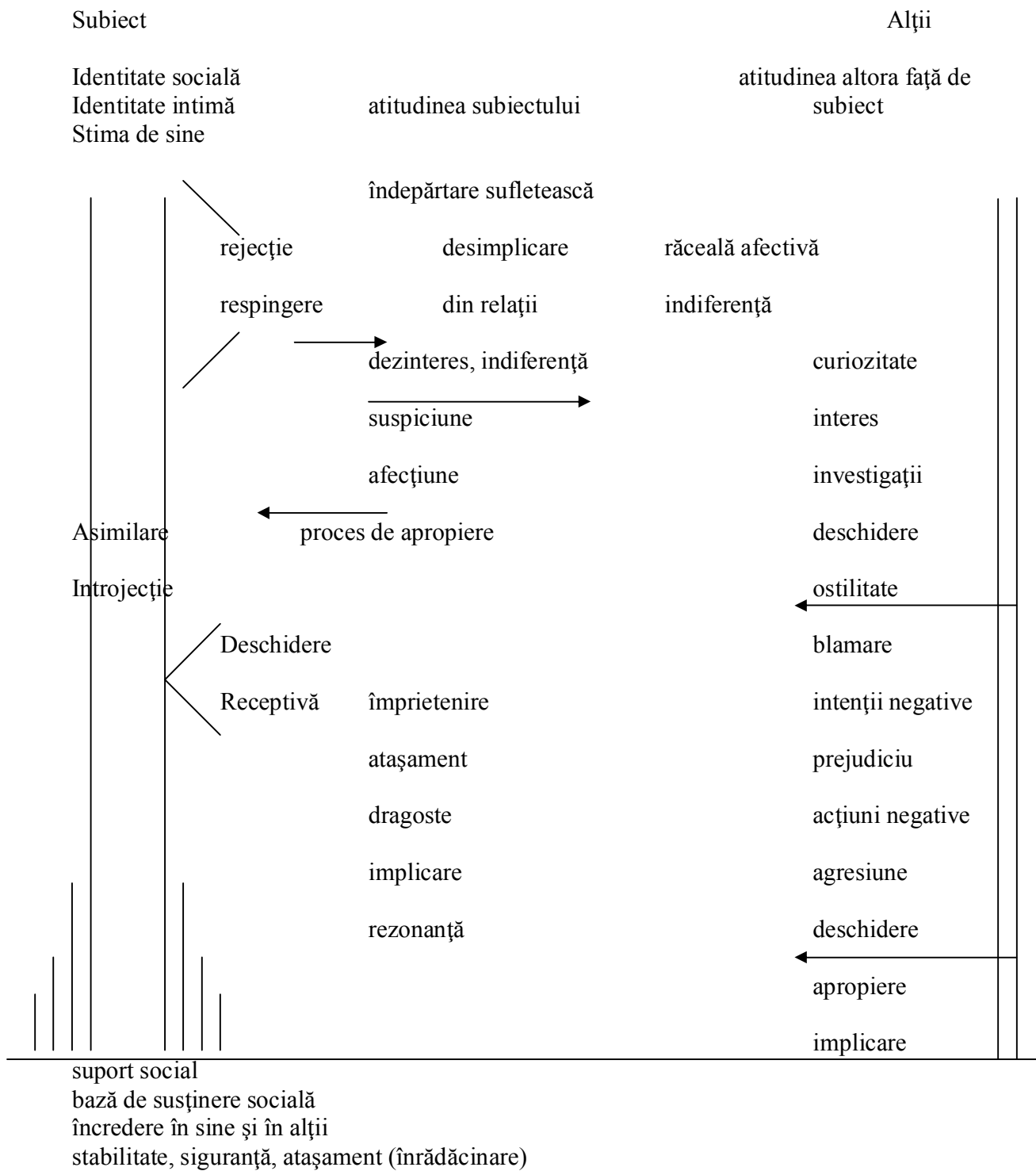


Figura 6. Dinamica distanțelor interpersonale

În raport cu acest conținut, subiectul se raportează la sine prin caracterizare și evaluare de sine; el se evaluează în raport cu biografia și proiectele sale și în raport cu relaționările sale interpersonale. Toate acestea converg spre constituirea stimei de sine. La acestea concură predispozițiile genetice, capacitățile înnăscute, temperamentale dar mai ales experiențele relaționale biografice și identificările trăite. Un rol esențial îl joacă experiența atașamentului, atât cel primar cât și reexperimentarea ulterioară a acestuia. O biografie educativă marcată de umilințe și continue aprecieri negative poate conduce la stimă de sine scăzută. Performanțele reușite, încrederea și aprecierea socială o pot favoriza. Autoaprecierea de sine, încredere în sine și stima de sine, atât cea structurală cât și cea circumstanțială, joacă un rol important în geneza d.s.m.

Un alt aspect al identității îl constituie particularitățile temperamental-caracteriale, care permit și încadrarea oricărei persoane într-o clasă tipologică definită cultural. Această încadrare surprinde acea configurare a manifestărilor ce se exprimă într-un pattern constant. Astfel orice om poate fi caracterizat printr-un profil în dimensiunile "Teoriei celor cinci mari factori" sau printr-o poziție în "circumplexul relațiilor interpersonale". Faptul are importanță pentru d.s.m. unde, de ex., joacă un rol important factorul conștiințiozitate sau polarizarea între dominanță și sumisiune.

În sfârșit, din identitatea subiectului face parte și ansamblul capacităților, aptitudinilor, abilităților și cunoștințelor dobândite. Organizarea cunoașterii într-o concepție personală asupra lumii și a propriei poziții în lume se realizează în final la nivelul persoanei. Ea implică însă raportările și atitudinile interpersonale și față de sine care se afirmă la nivelul s.m.r. Faptul că subiectul centrează o lume personală ce se integrează în lumea comunitară încadrează problematica delirului. În plan metareprezentational se desfășoară procese cognitive de clarificare a unor situații problematice incerte, în care subiectul e implicat, de care se preocupă, care îl îngrijorează. Acestea urmăresc obținerea unei înțelegeri clare a unei evidențe, care să ofere subiectului certitudine și siguranță. Procesele raționale metacognitive operează pe modele, cu posibilități și probabilități, angajând imaginarea narativă în diverse scenarii și ipoteze. Intră în joc deducția și inducția, calculul probabilităților în condiții de risc, factori emotivi și presiuni circumstanțiale (39).

Inferențele cognitive ce se desfășoară pe modele, au în vedere alternative, presupun control și evaluare, procese de analiză și sinteză a unor situații posibile. Concluzia cognitivă e trăită în plan metareprezentational ca o soluție ce reduce incertitudinea. Întreg procesul inferenței cognitive se poate desfășura predominant implicit sau explicit. Evaluarea, atitudinea și atribuirea, atât în ceea ce privește subiectul cât și pe alții și situația, se corelează cu aceste inferențe.

Dintre tulburările de raționare ce se desfășoară în planul s.m.r. o parte sunt considerate specifice delirului iar altele se apropie și se întretes cu cele din obsesionalitate și alte tulburări. Relativ caracteristice delirului ar fi : saltul spre concluzie (jumping to conclusion) și atribuirea scurcircuitată a intențiilor și actelor. De asemenea se întâlnește o perturbare a evaluării ipotezelor în sensul flexibilității de a lua în considerare, spre comparație, ipoteze alternative. Intoleranța la incertitudine a fost găsită și în d.s.m. și în obsesionalitate. La obsesivi se mai întâlnește scurcircuitarea intenției (gândindu-se la un lucru subiectul intenționează să îl execute imediat), fuziunea act-gândire (gândind la intenția de act subiectul e convins că deja l-a făcut, l-a executat, ca printr-o gândire magică), transformarea ideății intrusive în obsesii de nestăpânit. De fapt

cognitivismul și-a început cariera comentând o serie de distorsiuni cognitive în depresie și anxietate între care și fenomenul de scurtcircuitare și generalizare pripită a gândirii: perceperea bățăilor intense ale inimii la un efort, conduce imediat la ideea unei boli de inimă cu pericol vital. Hipersemnificarea unor trăiri reale a fost analizat recent și în d.s.m.(40).

Nu există încă o analiză critică și sistematică a tuturor acestor tulburări de raționament.

Convingerea delirantă din d.s.m. poate fi comparată cu trăirile obsesive. În mod spontan, în cursul fluxului desfășurării cogniției, pot apărea îndoieli, idei intruzive, convingeri, care sunt însă în mod normal filtrate, selectate, respinse sau integrate în desfășurarea firească a vieții psihice orientată spre un obiectiv. Faptul a fost studiat în legătură cu ideea intruzivă din care se selectează ideea obsesivă agresivă, ce se exprimă apoi în procesul fuziunii act-gândire. Studiile lui Rachman au arătat că acestea apar frecvent, în mod trecător, la majoritatea oamenilor. Aspectul patologic al obsesiei constă în faptul că aceste idei intruzive se impun, “asediază” și parazitează psihismul; iar psihopatologia s-a străduit să clarifice care e mecanismul ce determină acest fapt. La fel se pune problema pentru îndoială, care e un fenomen necesar și adaptativ. Devine patologică doar îndoiala care asediază psihismul și subiectul nu o mai poate înlătura. Prin comparație s-a avansat ideea că, preocupările ce devin delirante în d.s.m. pot să fie trăite o perioadă de timp fără a se ajunge la delir. Mulți oameni “sunt asediați” de “idei delirante” pe care le acceptă pentru scurt timp. Majoritatea oamenilor trăiesc scurte perioade de convingeri delirante. Acceptarea provizorie de către subiect a unei idei ce a apărut spontan – ca idee intruzivă, îndoială, convingere – nu îl scoate încă din firescul vieții dacă această acceptare poate fi controlată sau, dacă ea poate fi revizuită rațional. Deci nu anormalitatea sau aspectul excesiv al ideii o face patologică, delirantă, ci fixarea ei rigidă, pierderea contextului interior de acceptare a unor variante alternative, opacitatea față de argumentări și îngustarea perspectivei de abordare.

Aceste aspecte au fost comentate mai de mult de psihopatologia fenomenologică (17). Faptul că în d.s.m. psihismul se manifestă rigid, ca un monolit nepermeabil la variație și nou, marchează pierderea “simțului comun” al vieții cotidiene, normalitatea vieții de zi cu zi în care se menține capacitatea subiectului de a-și reorienta perspectiva de abordare (41). Decontextualizarea, desituaționalizarea, aduce în prim plan și lasă să se manifeste rigid o preocupare care, în sine e firească și adaptativă. Psihismul se aplatizează, profunzimea liniilor temporale suprapuse se reduce spre un “prezent prelungit”, distanțele interpersonale se simplifică, dispare capacitatea intersubiectivității intime; totul se reduce la raportul abstract eu-ceilalți. Perioada delirantă apare ca străină față de cursul devenirii biografice; ea nu se mai integrează în istoria autobiografică a persoanei.

În raport cu această înțelegere a delirului pe care fenomenologia o formulează în jurul anilor 80 și care e susținută cu argumente de cognitivismul actual, există în prezent un plus de înțelegere pe care îl oferă psihopatologia evoluționistă. Temele care preocupă subiectul sunt aspecte adaptative, selecționate evolutiv. Așa e sănătatea, asertivitatea în grup, aparența atractivă, gelozia. Mai mult, evoluționismul studiază amănunțit faptul că un fapt esențial pentru psihismul uman a fost dezvoltarea “creierului social”. Prin acesta se reglează relațiile psihice interpersonale, de cunoaștere a gândurilor, intențiilor altora, importante pentru eventualitatea colaborării. Faptul de a fi “atent” la manifestările altuia, de a-l urmări cu interes și a-l supraveghea, asigură avantaje în relație. În același timp, acest fapt reprezintă, de la un punct încolo, o încălcare a “spațiului intim”, pe care fiecare subiect îl protejează. În psihopatologie, în

această direcție se dezvoltă delirul senzitiv relațional; iar în continuarea acestuia, sentimentul supravegherii paranoide și fenomenele de transparență psihică.

Delirul sistematizat monotematic emerge din problematica vieții curente, din situațiile problematice care preocupă curent pe toți oamenii. Dincolo de preocuparea fobic obsesivă, se poate atinge un nivel al preocupării prevalențiale care îngustează structura vieții psihice, mai ales în plan metareprezentational. Preocuparea se tematizează iar tema fascinează existența subiectului. Tema prevalent delirantă, care e o realitate abstractă în raport cu trăirea concretă a relațiilor situaționale în care e implicat sinele nuclear, blochează la un moment dat receptivitatea pentru noi perspective și experiențe care să argumenteze ipoteza. Subiectul rămâne blocat în tema delirantă, care se poate dezvolta în continuu din materialul imaginativ și biografic al sinelui metareprezentational.

Care sunt mecanismele psihopatologice – și substratul lor neurofiziologic – care realizează această mutație?

Pe lângă descrieri cazuistice detaliate și modelări experimentale, în această direcție se cer noi modelări teoretice, ipoteze interpretative care să țină seama de specificul și complexitatea psihismului uman.

Problema delirului devine și mai complexă odată cu abordarea delirului schizofren și a altor forme de delir.

CONCLUZII

În varianta sa sistematizată monotematică delirul poate fi definit ca o convingere aberantă și rigidă privitoare la poziționarea subiectului în cadrul unei situații problematice care-l privește; se definește astfel o idee, o temă-teză, formulabilă lingvistic.

Convingerea patologică vizează în mod esențial situația relațională a subiectului în raport cu alții (atenție crescută, depreciere, ostilitate) și în raport cu sine (boala, identitate, capacități). Ideea delirantă exprimă evaluarea în plan metareprezentational a acestei situații și e evaluabilă lingvistic, narativ.

Aspectul aberant nu exclude verosimilitatea temei deși specifică e excentricitatea sau imposibilitatea ei pentru cei din jur. Rigiditatea indică persistența convingerii în timp, sistematicitatea și mai ales incapacitatea subiectului de opera cu ipoteze concurente. Se exprimă astfel o perturbare a proceselor metacognitive dar și o reducere, o prăbușire a spațio-temporalității antropologice.

Derivarea d.s.m. din situația problematică curentă cu sens adaptativ, ridică problema modelării teoretice a modificării de configurație a psihismului ce ajunge să fie etichetabil ca delirant.

BIBLIOGRAFIE

1. Sims A. Delusional syndromes in ICD-10. *Brit J Psychiat* 1991;159:46-51.
2. Bentall PR, Kinderman P, Moutoussis M. 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, 2008, 143-174.
3. Lăzărescu M. *Introducere în Psihopatologia Antropologică*. Timișoara: Ed.Facla, 1989.
4. Lăzărescu M. *Psihopatologie Clinică*. Timișoara: Ed.Helicon, 1994.
5. Lăzărescu M. *Bazele Psihopatologiei Clinice*. București: Ed.Academiei Române, 2010.
6. Oltmans TE, Mahler BA. *Delusional Beliefs*. New York: Wiley, 1988.
7. Munro A. *Delusional Disorder*. Cambridge University Press, 2006.
8. Freeman D, Bentall R, Garety Ph. *Persecutory Delusion*, Oxford University Press, 2008.
9. Bartolotti L. *Delusion and other irrational beliefs*. Oxford University Press, 2010.
10. Jaspers K. *General Psychopathology*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1997.
11. Berrios G. *The history of mental symptoms*. Cambridge University Press, 1996.
12. Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart, New York: 15 Auflage: Georg Thieme Verlag, 1946-2007.
13. Kretschmer E. *Der sensitive Beziehungswahn*. Berlin: 4 Auflage: Springer, 1966.
14. Ey H. *Des idées de Jackson a un modele dynamique en psychiatrie*. Toulouse: Ed.Radamante, Privat, 1973.
15. Secară O. *Creierul social*. Timișoara: Ed.Artpress, 2007.
16. Kircher T, David A. *The Self in Neuroscience and Psychiatrie*. Cambridge University Press, 2003.
17. Tattosian A. *Phénoménologie des psychoses*. Paris: Masson, 1979.
18. Brüne M. *Textbook of Evolutionary Psychiatry. The Origins of Psychopathology*. New York: Oxford University Press, 2008.
19. Burns JK. Psychosis: a costly by-product of social brain evolution in Homo Sapiens. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2000;90:797-814.
20. McKenna P. Disorders with overevaluated ideas. *Brit J Psychiat* 1984;145:579-185.
21. Lăzărescu M. Direcții actuale de abordare nosologică a tulburărilor afective periodice – problema spectrului afectiv. *Psihiatru.ro* 2008;15:24-29.
22. Neziroglu FA et al. Overvalued ideas scale (OVIS). *Behav Res Ther* 1999;37:881-903.
23. Spitzer M. *Was is wahn?* Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 1989.
24. Munro A. Aspects of persecutory delusion in the setting of delusional disorder. In: Freeman D, Bentall R, Garety Ph. *Persecutory Delusion*. Oxford University Press, 2008, 105-120.
25. Raballo A et al. Self-centrality, psychosis and schizophrenia: a conceptual review. *Acta Biomed* 2006;77:33-39.
26. Garety P, Freeman D. Cognitive approaches to delusion: a critical review of theories and evidence. *Brit J Clin Psychol* 1994; 38:113-154.
27. Bentall PR. The paranoid self. In: Kircher T, David A. *The Self*. Cambridge University Press, 2003, 293-318.
28. Davies AMA, Davies M. Explaining pathologies of belief. In: Broome MR, Bartolotti L. *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*. Oxford University Press, 2009, 285-326.
28. Gallagher S. Delusions: A low-level framework. In: Broome MR, Bartolotti L. *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*. Oxford University Press, 2009, 269-284.
29. Gallagher S. Delusional realities. In: Broome MR, Bartolotti L. *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*. Oxford University Press, 2009, 245-268.
30. Wittgenstein L. *On certainly*. Blackwell, Oxford, 1969.
31. Blankenburg W. *Der verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomater Schizophrenie*. Stuttgart: Emke, 1971.
32. Guttenplan S. Folk Psychology. In: Guttenplan S. (eds). *A comparison of the Philosophy of Mind*. Blackwell, 1994, 307-293.
33. Scharfetter Ch. The self-experience of schizophrenics. In: Kircher T, David A. *The Self*. Cambridge University Press 2003, 293-318.
34. Damasio A. *The Feeling of what happens*. San Diego, New York, London: Ed.Harcourt, 1999.
35. Pankseep J. *Affective Neuroscience. The Foundation of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press, 1998.
36. Zahavi D. Phenomenology of self. In: Kircher T and Davis (eds). *The self in Neuroscience and Psychiatrie*. Cambridge University Press, 2003.

37. Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H, Cohen DS. *Understanding other mind. Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience*. Oxford University Press, 2005.
38. Bolbwy J. *Attachment and Loss*. New York: Basic Books, 1980.
39. Feist J. *Theories of Personality*. Holt, Reinhart and Winston INC, 1985.
40. O'Connor K, Aardema F, Péliissier MCl. *Beyond Reasonable Doubt*. John Wiley and Sons, 2005.
41. Blankenburg W. *Wahn and Perspektivität*. Stuttgart: Ed.Emke, 1991.
42. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology and pharmacology. *Am J Psychiat* 2003; 160:13-23.