

## Tulburările perceptivе în psihoze

Seminar 4,

10.05.2023

### Scurt istoric și încadrarea problematicii percepției.

Între tulburările psihotice pe care le comentează DSM-5 alături de delir se află și halucinațiile necriticatе. Halucinațiile fac parte din noile concepte pe care le introduce semiologia psihopatologică a sec.XIX ; și ele vor juca un rol important în studierea psihozelor, alături de delir. Esquirol (1838) formulează și o clasică definiție a acestora: „ Halucinația reprezintă convingerea intimă într-o senzație percepută ca actuală, în condițiile în care nici un obiect exterior nu stă la baza acestei senzații; halucinatul este un vizionar”. Se poate remarca în definiție că : halucinația e considerată o percepție fără obiect de perceput actual,.. referința la actualitate,.. cea la exterioritate.. și trimiterea la tradiția mistică a viziunilor. Deși termenul psihologic de percepție introdus în sec.XVIII de către Leibnitz și Wolff era deja larg folosit în sec.XIX, se cere menționat că semnificațiile sale teoretice și științifice psihologice au continuat să fie dezvoltate pe tot parcursul sec.XX.(Chenar ). În tot acest timp a fost acceptată totuși o înțelegere generică a percepției ca: receptarea și configurarea semnificantă de către subiect, inclusiv subiectivă, a informațiilor exterioare ce i se impun în actualitatea trăită, structurate ca formă și semnificație și ierarhizate. Această sintagmă reunește atât aspectul organizațional al structurării informației actual receptate, cât și pe cel semnificant; care se aplică și narațiunilor discursive. Iar referința e la actualitatea trăită situațional.

În 1846 Baillarger polarizează halucinațiile vizuale în raport cu cele auditive, ultimele având un caracter mai pronunțat de interioritate, fiind corelate cu elaborarea vorbirii.

De fapt, el folosește deja pentru acestea expresia de “halucinații psihice”. S-au descris halucinații în toate ariile senzoriale ce adună informații din ambianță și de la limita dintre subiect și aceasta: vizuale, auditive, gustative, olfactive, cutanate; dar și din arii interioare ale corporalității, cum ar fi cele kinestezice, interoceptive, sexuale. Moureau de Tours publică în 1845 o carte în care susținea corelația între tulburările mentale în general și vis, sugerând o apropiere între acesta și halucinații vizuale. Se făcea astfel trimitere la un fenomen normal de configurare simili-perceptivă, trăit în condițiile deprivării hipnice de informații exterioare actuale. PsihiatrII francezi se bazau pe atunci în interpretarea stărilor psihopatologice și pe modificările induse de consumul de substanțe psihoactive (hașișul); care produceau și ele tulburări perceptivă similare cu cele din stările oneiroide. La sfârșitul sec.XIX s-au descris halucinații vizuale detaliate dar criticate, la persoane în vârstă, intacte mental dar cu patologie oculară periferică (de fapt din aria „analizatorului vizual”). Astfel de tulburări identificate și în domeniul auditiv și întâlnite în diverse condiții medicale (epilepsie, migrene etc.) au fost etichetate ca *halucinoze*, fiind considerate distincte de halucinații. În aceeași perioadă medicul rus Kandinsky a comentat, pe baza unor experiențe psihopatologice proprii și prin referiri la literatura științifică a vremii, trăiri de tip halucinator simple, resimțite în interioritatea subiectivității; care deci nu au caracter de exterioritate perceptivă: “imagini și cuvinte care izvorăsc spontan din interior, cu care mă distrez”. Aceste *pseudohalucinații* sau halucinații psihice resimțite în “spațiul psihic interior”, au fost apropiate de Jaspers de reprezentările mentale imaginative. Ey și Claude (1932) le corelează cu trăiri de tipul obsesionalității și ideației intruzive, atrăgând atenția asupra perturbării “cursului ideativ”. Treptat se impune tot mai mult ideea că, percepția circumstanțială și variantele sale anormale, presupun și autopercepția de sine; aceasta incluzând, alături de

receptarea perceptivă continuă a propriului corp și fondul identitar mnestic biografic, ce se actualizează evenimentțial orientat.

Trăirea perceptivă nemijlocită e plasată astfel pe o „scenă evenimentțială” reprezentativă, în centrul căreia subiectul se află. S-ar putea deci formula că: subiectul percepe în actualitate lumea ambientală situațională, în măsura în care el „se percepe pe sine ca percepând-o”.

Dacă lăsăm pentru moment la o parte pseudohalucinațiile subiective, restul fenomenelor de tip halucinator sunt resimțite ca plasate în lumea exterioară, „obiectivă”, aflată în jurul propriului corp (la fel cum, după toate indiciile, percepe și animalele lumea lor înconjurătoare). Lume care, pentru om, include și alte persoane, diverse lucruri, fenomene, informații lingvistice simbolice, sau evenimente culturale. Toate acestea sunt cuprinse într-un „câmp perceptiv de tip spațial al lumii înconjurătoare actuale”, suport al propriilor angajări active a subiectului, în comportamente realizatoare, evenimentțiale. Cadru în care se petrec toate întâmplările vieții cotidiene, în perimetrul prezentului trăit. Polul actualității trăite astfel, constituie, - împreună cu polul al duratei identității biografice (ce-i asigură subiectului unicitatea individuației) – cele două repere ontice de bază ale existenței sale individuale.

Schema percepției vizuo-spațiale e o moștenire biologică ce se transmite după model modular; și care presupune ca receptarea informațiilor perceptiv actuale să fie proiectată de către individ în spațiul ce înconjoară propriul corp; la diverse distanțe, sub variate forme, în anumite relații reciproce cu alte obiecte și procese evenimentțiale.

Deasupra acestui model biologic ce proiectează informațiile actuale pe fundalul informațional moștenit genetic și cel ce derivă din experiențele directe ontogenetice, omul a dezvoltat de-a lungul antropogenezei și o altă modalitate de prelucrare informațională, prin utilizarea limbajului narativ

critic. Prin acesta se stochează și memoria comunitară la care subiectul are acces și cea a persoanelor cu care el comunică și colaborează, într-o manieră complexă, suplă și manevrabilă. Informația citită pe o pagină de carte e de altă natură decât cea rezultată din amintirea confruntării cu un dușman. Transmiterea informației lingvistice s-a realizat pe parcursul antropogenezei predominant oral, prin organizarea logico gramaticală a unor unități discursive semnificative, în cadrul unor mesaje de tip narativ, depozitate, transmise și utilizate după anumite reguli. Perceperea unui astfel de mesaj, oral sau scris, are reguli specifice pentru decodare, ce țin seama de un univers specific de semnificații.

Creierul omului înregistrează și depozitează deci în memoria sa nu doar informațiile experiențiale; ci și pe cele lingvistice, obținute prin educație și lectură. Iar toate sunt sedimentate într-un fond de cunoștințe ce stă la baza modelului cognitiv a unei „lumii umane” proprii, pe care subiectul o centrează; și care e solidară cu axul său identitar biografic. Existența cotidiană menține de obicei activ un anumit sector al acestui model de ansamblu, cu valoare de pre-cunoaștere și „familiaritate” cu lumea; care precede și stă în fundalul receptării informaționale actuale nemijlocite. Iar raportările situaționale activează zonele mnestice corespunzătoare semnificației provocărilor informative actuale.

### Înțelesuri tradiționale ale percepției

Conceptul de percepție nu a fost familiar antichității, psihologia teoretică a lui Aristotel invocând în genere sensibilitatea; adică informația obținută din lumea fizică prin intermediul celor cinci simțuri, ce era transmisă de simțul comun spre un centru - interferând cu fantezia și memoria - pentru a fi prelucrată de *nous*-intelect. Percepția e prefigurată de stoici odată cu conceptul de reprezentare. În Europa trebuie așteptată perioada de după Descartes, când Leibnitz introduce noțiunea de percepție, în corelație cu monodologia sa; și ca acesta să fie preluată de Wolf în tratatele sale de psihologie și utilizată de Kant în prima sa Critică. (În acest mediu intelectual s-a elaborat și conceptul de „apercepție”). Conform elaborării kantiene, categoriile apriorice ale sensibilității și intelectului operează prin intermediul instanței sensibile a poziționării perceptiv obiectivante, pentru a obține date din lumea exterioară; și a constitui fenomenele lumii. Psihologia teoretică a reluat în sec. XX problema percepției sensibile prin Bergson; și mai ales prin fenomenologia lui Husserl. Heidegger a circumscris „situația” ca și structură apriorică, prin care Dasein-ul se afirmă în lume ca proiect; dar incluzând și percepția.

Dimensionarea prin limbajul narativ critic a psihismului uman, face ca realitățile perceptibile ale lumii să aibe pentru el și o variantă conceptuală. Acest lucru a fost intuit de Platon când a lansat termenul de *idee*, derivat din cel de *eidos* - ce însemna aspect, formă perceptibilă. Reluarea în dezbateri a acestei problematice de către fenomenologia lui Husserl a dus la tema „intuiției eidetice”, ca un fel de percepere nemijlocită a esențelor.

Psihologia experimentală s-a orientat asupra percepției în special în sec. XX prin școala configuraționistă (gestaltistă); care a studiat experimental datum-ul perceptiv exterior ca o trăire psihică delimitată formal, structurată intern, semnificativă și proiectată pe un fundal accesibil. În actul de percepție este inclus și subiectul, ce se plasează la unul din poli „câmpului perceptiv”, centrat pe figura avută în vedere. Configuraționiștii au subliniat faptul că percepția se realizează și în timp, exemplul clasic fiind cel al receptării unei melodii sau a unui mesaj. De la această școală a rămas ideea că, percepția se referă mai ales la „ceva”, la un dat, bine delimitat și structurat.

O reorganizare a problemei s-a produs odată cu demersul fenomenologic a lui Merleau Ponty, care - dezvoltând o idee a lui Husserl - a insistat pe inter-subiectivitatea ce se realizează odată cu perceperea altei persoane „încorporate”; fapt mediat prin analogia cu trăirea perceptivă propriei corporalități. Căci trăirea propriei corporalități, trimite spre identitatea întregii persoane; ca localizată într-un topos determinat a lumii fizico biologice, ca referențial reflexiv pentru intenționalitățile sale actuale în raport cu lumea. Direcția psihologiei fenomenologico configuraționiste, ce pune accent pe corpul trăit și pe intenționalitate, a fost preluată și de cognitivism, stând la baza dezvoltării „cogniției sociale” și a capacității de mentalizare (Theory of Mind). Aceste noi înțelesuri au fost asimilate de psihologia și psihopatologia dezvoltamentală și evoluționistă. În ultimele decenii s-a analizat metodic dimensiunea intențională a însăși percepției; precum și întreteserea dintre actul de percepere și receptarea informației.

De-a lungul întregii sale istorii conceptuale, procesul perceptiv a fost corelat cu instanța memoriei, a imaginarului (fanteziei) și a gândirii reflexive (cogitante); aspecte ce sunt specifice și ele sinelui identitar al persoanei. În raport cu acțiunile efortului, percepția (incluzând autopercepția) se derulează într-un plan secundar, de susținere. Ea mai susține însă, împreună cu rememorarea reprezentativă și imaginarul, configurarea unei „scene” și a unui câmp perceptiv, ce se conectează cu modelările metareprezentationale și cu configurarea scenariilor de acțiune în care subiectul se proiectează. Percepția trece în prim plan doar în cazul unor evenimente noi și provocatoare, a derulării unei investigații sau în contemplație.

O problemă ce persistă și în prezent este cea a receptării informaționale de la nivelul inferior și de la cel superior al configurării semnificative a percepției. La un nivel mai bazal, întâlnim receptarea primară a informației, unde selecția filtrului atențional ierarhizează spontan informațiile importante de cele periferice, în funcție de preocuparea și intenția subiectului. La un nivel supraordonat, percepțiile figurative sunt cuprinse în scenarii și texte narative, semnificative.

### **Tulburari nehalucinatorii ale percepției.**

Între tulburările nehalucinatorii întâlnim **iluziile**, ce constau dintr-o percepere deformată formal și/sau ca semnificație a datumului informativ actual, selectat și prelucrat. Perceperea insuficient de clară a unui obiect în semi întuneric (de ex. a unui băț) poate fi recepționată pentru moment ca iluzie, în sens de prezență a ceva periculos (de ex. un șarpe). Condiții pentru o percepere deformată pot ține deci de o ofertă informativă insuficientă; dar și de o configurare spațială particulară, de deficiențe și distorsiuni în sinteza perceptivă a subiectului sau în așteptările sale.

Ne apropiem de condiția, frecventă în psihopatologie, a **percepției reliefate (“salience”) decontextualizată și hipersemnificată**. Un om gelos poate decupa din comportamentul soției sale în societate doar un fragment perceput, pe care-l scoate din context și îi dă o semnificație de infidelitate. Dacă cineva se teme să nu se îmbolnăvească, el va fi hiperatent la orice senzație corporală mai aparte, concentrându-se asupra acesteia, scoțând-o în relief. Dacă cineva se consideră persecutat, el va putea deseori să interpreteze în excesiv privirile altora ca ostile față de el. Pornind de la astfel de situații ce se pot întâlni și în normalitate, în psihoze subiectul poate hipersemnifica unele detalii detașate din context. El poate extrage un gest sau o expresie din comportamentul altcuiva și îi dă o semnificație aparte, corelată preocupărilor sale delirante; sau, referă unele întâmplări banale la amintiri a căror semnificație o reinterpretează delirant. În aceeași direcție s-ar plasa trăirile senzitiv relaționale, constând în sentimentul că alții îi acordă un interes sporit, privindu-l și comentându-l în mod special. Alt fenomen anormal îl reprezintă **trăirile referențiale**. Subiectul are sentimentul că unele detalii perceptivă disparate au o

## semnificație specială pentru el, că se impun ca niște mesaje ce

### Chenar 81

#### Perceperea normală și patologică a propriului corp

Către sfârșitul sec.XIX a început să fie studiată și psihopatologia percepției propriului corp plecând de la diferențierea între simțul cutanat, celelalte simțuri și “sensibilitatea interioară”. Încă Aristotel acorda o importanță specială simțului pipăitului pe care îl corela cu sensibilitatea “cărni în general”. Mai recent, în sec.XVIII s-a încetățenit ideea lui Locke privitoare la faptul că, corpurile se caracterizează pe lângă extensia spațială pe care o invoca Descartes și prin soliditate. Pe această bază în sec.XIX s-a diferențiat între sensibilitatea cutanată, care ne desparte de lumea exterioară conturându-ne limitele corporale perceptibile de către alții și de către noi înșine (Tastsin în germană – Weber); și sensibilitatea comună, internă (Gemeingefuhl – în germană) ce a fost numită apoi cenestezie. În interioritatea corporalității sale, subiectul poate resimți, pe lângă senzațiile corelate instinctualității – sete, foame, greață, sexualitate, plăcere, durere – și senzații difuze de discomfort, cenestopatii, asociate cu un sentiment de oboseală, de astenie fizică. Perceperea corporalității s-a corelat și cu trăirile emotive și dispoziționale – anxietate, depresie, iritabilitate, emoții sociale etc.; precum și cu blocarea acestora prin “anestezie afectivă”. A apărut treptat și conceptul de “anhedonie” care include pierderea intenționalității și disponibilității subiectului de a se orienta apetitiv în raport cu lumea și cu ceilalți; și de a rezona la aceasta, inclusiv prin plăceri corporale.

Către sfârșitul sec.XIX a început să se contureze și conceptul de sine, de conștiință de sine; iar mai târziu cel de “agenție”, și cel de apartenență la sine a propriilor acțiuni și propriilor trăiri (ownership). Deoarece psihologia populară a plasat întotdeauna sufletul - mintea – în interiorul corpului, “în piept”, “în cap”, localizarea sinelui și a conștiinței a fost și ea elaborată ca fiind intracorporală. Pe această bază în a doua jumătate a sec.XX fenomenologia (Husserl, Merleau Ponty) a elaborat doctrina “intersubiectivității intercorporeale”. Care, preluată de cognitivism, a jucat un rol important în dezvoltarea psihologiei și psihopatologiei dezvoltamentale și evoluționiste.

Revenind la percepția limitelor corporale, perturbarea acestora a fost semnalată în psihopatologie cu mențiunea că, la acest nivel se consideră dificilă diferențierea între iluzie și halucinație. În alcoholism, (delirium tremens) s-au descris halucinații cu animale mici ce se urcă pe corp; iar în intoxicația cu cocaină au fost identificate “furnicații”. Comentarea dismorfofobiei de către Morselli a atras atenția asupra aspectului expresiv al limitelor propriului corp. Aceasta a fost abordat apoi în sec.XX prin prisma noțiunilor de imagine și schemă corporală. Autopercepția corporală a integrat în sec.XX nu doar senzațiile corporale și proprioceptive, ci și pe cele artromiokinetică, vestibulare și sexuale.

Diverse aspecte ale psihopatologiei percepției corporale - iluzii, halucinații, ideeație prevalent delirantă - au fost apoi comentate în cadrul sindromului de depersonalizare, derealizare. În acest context unele trăiri sunt dificil de diferențiat de convingerile delirante. De ex. trimerile invocate de Descartes (în sec.XVII în “Discurs asupra metodei”) la:...”nebuni care afirmă că sunt înveșmântați în purpură când de fapt sunt goi....care cred că toată ființa lor e un dovleac...ori că sunt alcătuiți din sticlă”. În aceeași direcție se plasează și “delirul Cotard” în care pacientul afirmă că “nu mai are organe....inima nu mai bate....a murit de mult”. În corelație cu trăiri depersonalizante poate fi plasat și sindromul obsesiv al contaminării cu murdărie, microbi, substanțe, conjugate cu compulsia spălării. În spectrul patologiei obsesiv compulsive sunt plasate și alte tulburări în care există o preocupare anormală față de limitele corpului: dismorfia corporală, delirul senzitiv odorant, tricotilomania, compulsia escoriațiilor.

urmează să-i transmită ceva important. Fenomenul capătă o intensitate deosebită în “atmosfera delirantă” ce precede instalarea “delirului” primar” printr-o “percepția delirantă”. Ansamblul acestor tulburări sugerează că se perturbă decuparea și ierarhizarea informațiilor din cadrul perceptiv curent, detaliile impunându-se cu o semnificație aparte, ce susțin de obicei delirul.

În patologia perceptivă poate juca un rol important și capacitatea reprezentativă și imaginativă a subiectului. Există persoane la care aceste funcții sunt în mod special dezvoltate așa cum sunt personalitățile histrionice. Sau, artiștii plasticieni; și chiar scriitorii narativi ce povestesc evenimente și descriu personaje în mod pregnant. În viața curentă întâlnim deasemenea persoane cu o capacitate crescută de **configurare „eidetica”**. Acesta ta de obicei la baza „ghicitului în cafea”;

; sau în descifrarea unor scenarii pregnante în nebuloasa norilor. În corelație cu această particularitate ar putea fi puse **halucinațiile funcționale**, ce constau din trăiri pregnant halucinatorii resimțite atât timp cât subiectul percepe anumite voci care-l comentează doar în momentul care cântă niște păsări sau trece un tramvai.

Patologia perceptivă include și **tulburările formale** privitoare la: mărimea obiectelor, deformarea și estomparea conturilor, a raporturilor figură/fond, intensitatea, calitate și pregnanță a elementelor senzoriale ale obiectelor. Aceste aspecte se pot referi și la percepția propriului corp, mai ales în **depersonalizare** și schizofrenie. Mai poate fi perturbat sentimentul scurgerii timpului (mai repede, mai încet, blocat); apoi sentimentul lipsei de vitalitate a propriului corp și ambianței, a detașării de aceasta (a calității nefirești, stranii a datelor percepute).

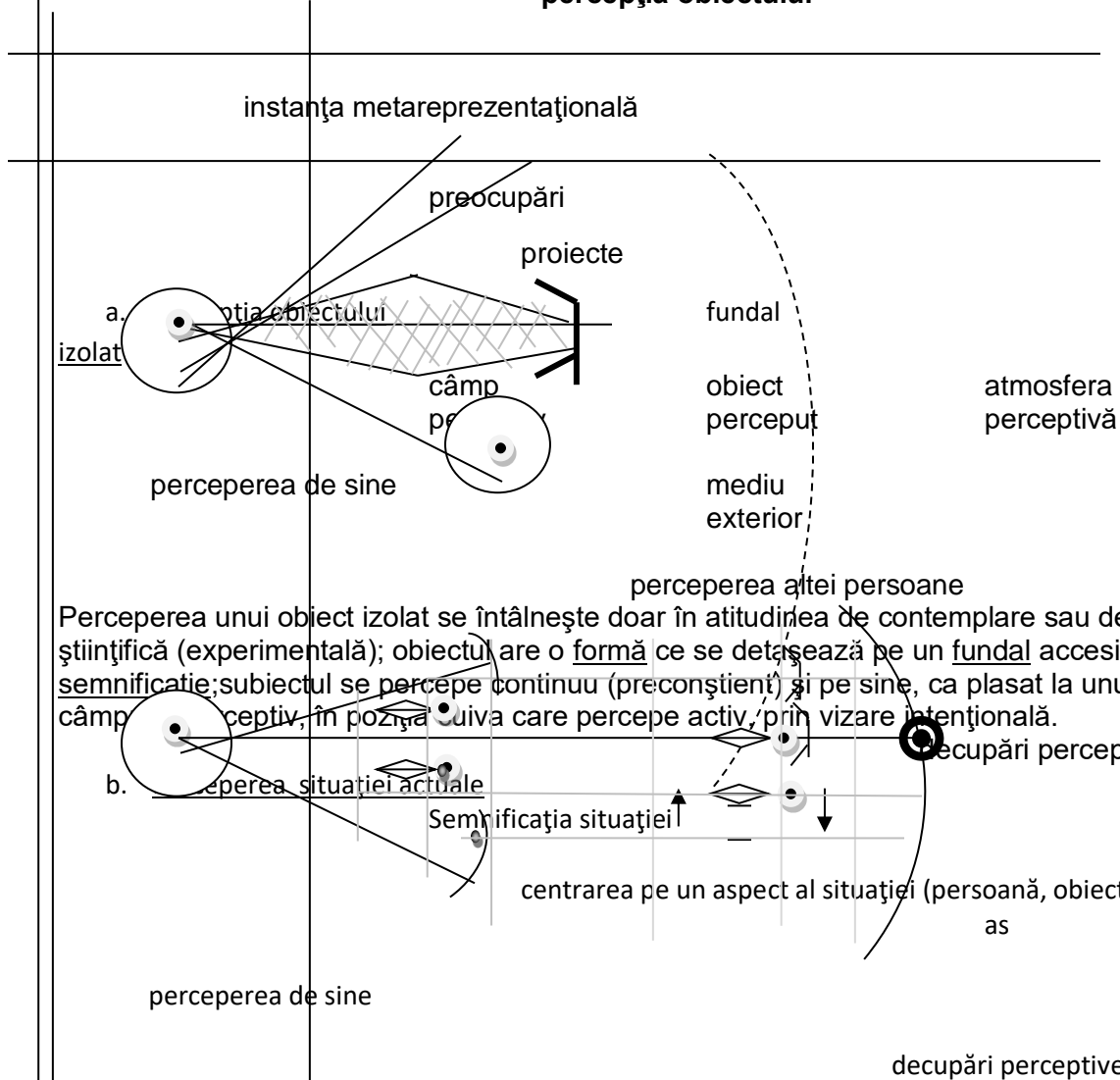
Percepția e un proces de selectare, ierarhizare și interpretare a informațiilor actuale, ce sunt în prima etapă filtrate prin procesul atențional. Filtrul atenției vigile operează selectiv, căutând și reținând în prim plan grupajul de date ce corespunde interesului și preocupărilor de moment ale subiectului; și/sau care îl solicită intens în situație. Situația experimentală standard, de laborator, e cea în care subiectul privește un obiect postat pe un suport având în spate un fundal. În viața curentă însă, „**decupările**” **atenționale** ale „datelor informaționale de perceput” se centrează pe semnificația de ansamblu a situației actuale pentru subiect – constând desigur din ființe, obiecte, alți oameni, mesaje etc; și apoi, se derulează centrându-se pe evenimentele în derulare în care el e implicat, mai ales pe raportarea sa activă la acestea (el „percepe lumea actuală ce-l înconjoară, autopercepându-se ca acționând și percepând). În psihopatologie, când acest filtru poate fi relaxat, subiectul poate fi invadat de o multitudine de informații neimportante, neesențiale; el trebuind să facă un efort conștient (și epuizant) pentru a-și menține atenția selectiv orientată doar în direcția pe care o considera importantă.

Un alt aspect formal al selecției informaționale perceptive este organizarea ei formală, ierarhică, din **perspectiva „aperceptivă”** întreg-parte-fundal. Faptul a fost intens studiat experimental în sec XX de psihologia configuraționistă, pe situații de laborator. Subiectul percepe central și pregnant „un obiect” delimitat, format din părți, care se detașează pe un fundal accesibil pentru informații contextualizante și noi; în același timp, detaliile și aspectele obiectului central, sunt și ele percepute de la început și continuu ca „părți integrate într-un întreg și participând la constituire perceptivă specifică a acestuia” (aceste caracteristici de „configurare” a obiectului perceput ca un întreg, se păstrează și când e vorba e o percepție ce se desfășoară în timp, ca o melodie sau receptarea unui mesaj). În psihopatologie se poate produce o

relaxare a „funcției coerenței centrale”- c.c.), aspect care a fost studiat amănunțit de cognitivism în autism. **Autistul se fixează perceptiv pe cate un detaliu, neputând percepe global întregul semnificant (de ex, fața mamei)..și nu poate recontextualiza un obiect perceput in alte contexte.** Astfel de deficiențe de „apercepție” se pot întâlni și în psihoze - de ex. subiectul înțelege semnificația fiecărui cuvânt, dar nu a propoziției pe care acestea o compun; sau, un element perceptiv se detașează ca având o semnificație specială și nu mai e subordonat situației, evenimentului, obiectului central - complex și discursiv – din care le face parte.

Inventarul simptomelor parahalucinatorii atrage atenția asupra faptului că patologia percepției, de altfel ca și **percepția normală, se petrece la întâlnirea** actuală (de extremă complexitate) dintre subiect și situație. Mai precis, la nivelul conjuncției dintre: - **Un eveniment uman în care subiectul e cuprins și solicitat dintr-o anumită incidență situațională,** despre care obține informații actuale; - **Și, pe de altă parte, dimensiunea sa identitară mneștică, biografică, centrată de sinele său intențional, reflexiv, autogenerativ și sintetic; care se deschide spre situațiile actuale prin anumite preocupări, expectații și intenții, activând propriul fond**

## Percepția situației actuale (ca "trăire a prezentului") în raport cu percepția obiectului

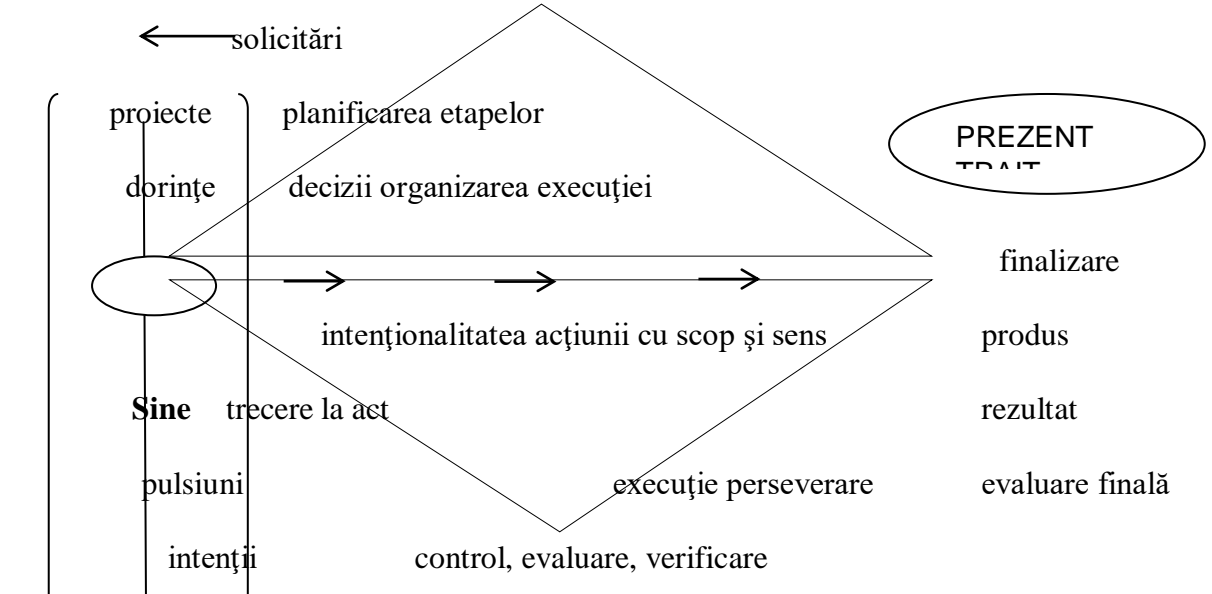


Perceperea unei situații la care subiectul participă împreună cu alte persoane în cadrul unui eveniment, presupune mai multe obiecte și persoane aflate în diverse relații reciproce și cu subiectul. Esențialul percepției constă în acest caz în semnificația situației pentru subiect, centrată pe un aspect 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. Ea apare ca o structură organizată. Prăbușirea acestei structuri induce simptomele de referință, în care subiectul e asaltat de semnificații neclare.

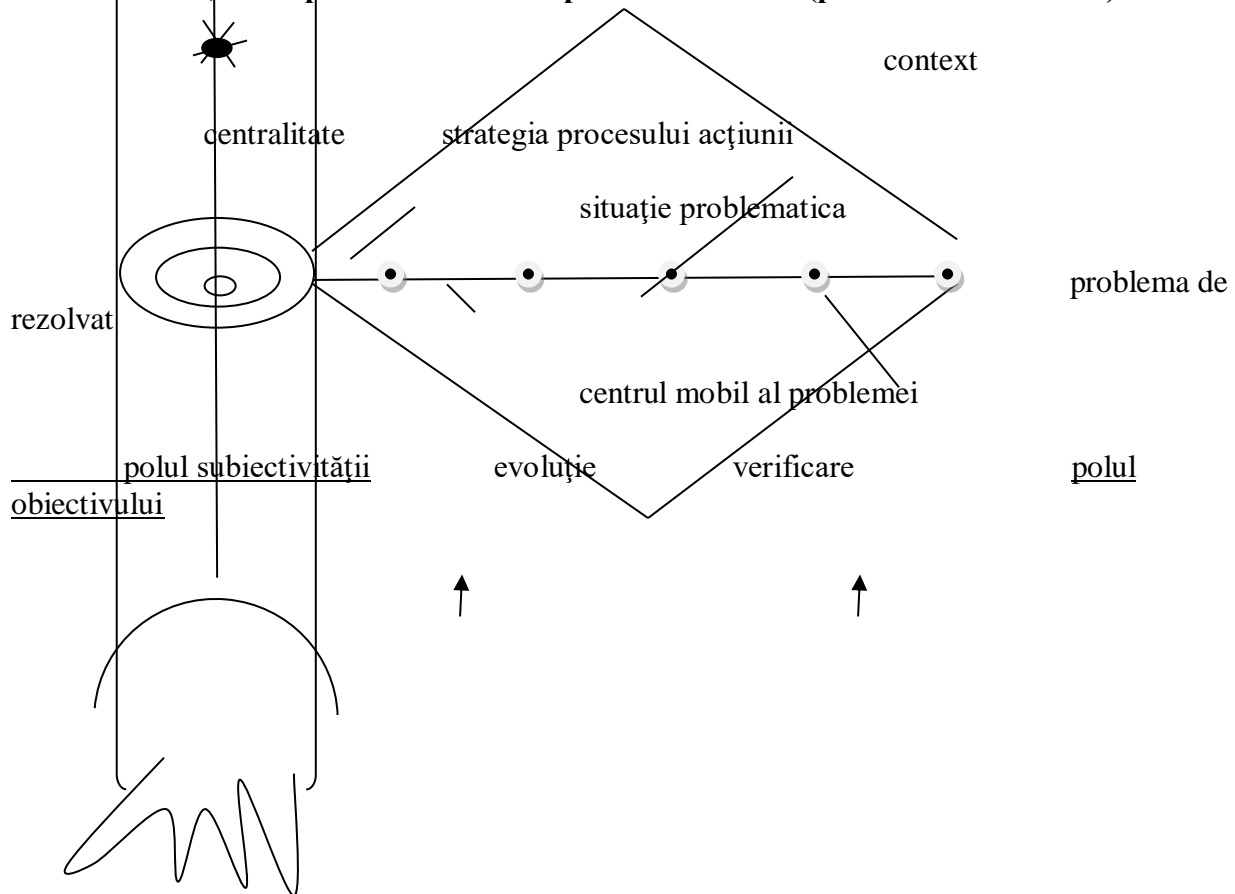
Perceperea unei situații are o structură complexă, ierarhică, implicând "adâncimea temporală" a variatelor proiecte și acțiuni ce se suprapun.

**“Câmpul acțiunii” și al rezolvării problemelor organizat de centrare, coerență, apersepție**

**a) Acțiunea voluntară bazată pe funcții executive**

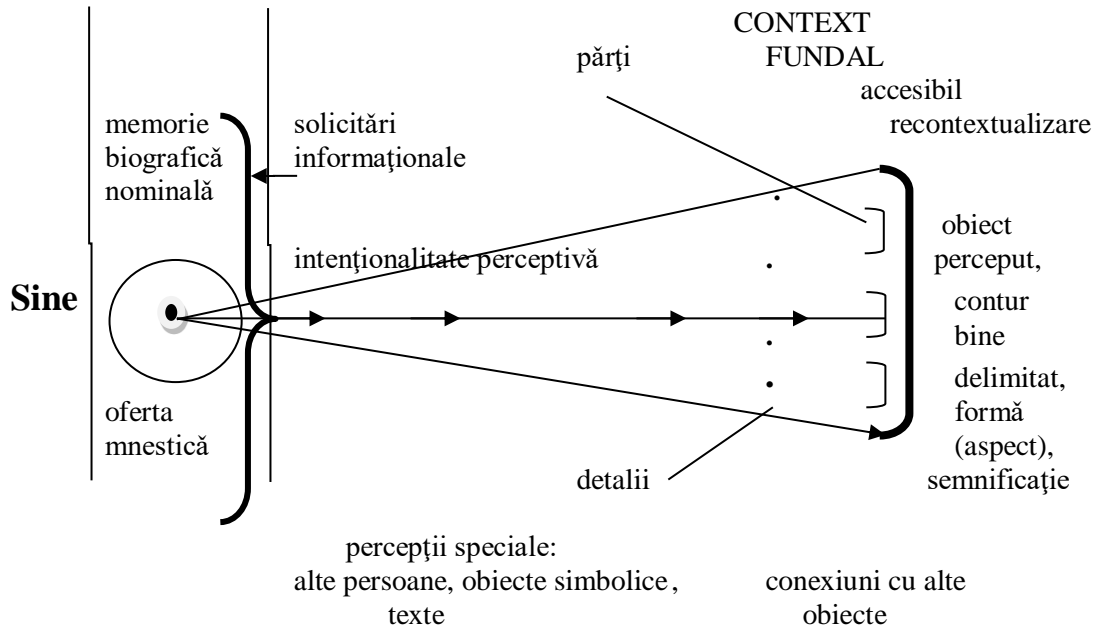


**b) Câmpul rezolvării unei probleme actuale (practice sau teoretice).**

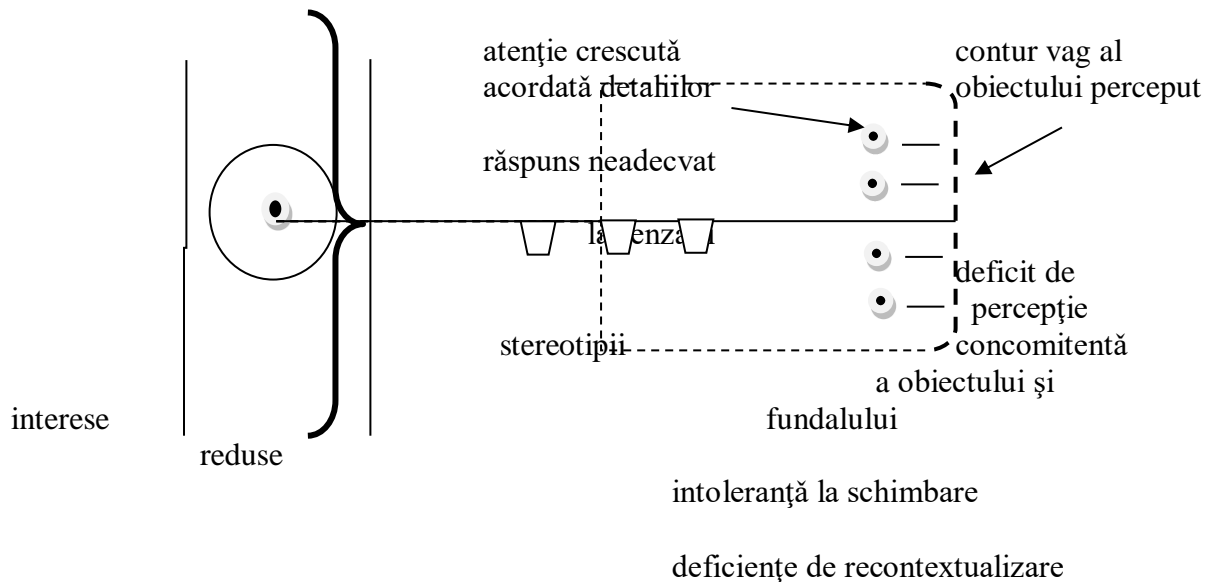


## Deficiența funcției coerenței centrale perceptivă în autism

### Caracteristici standard ale percepției

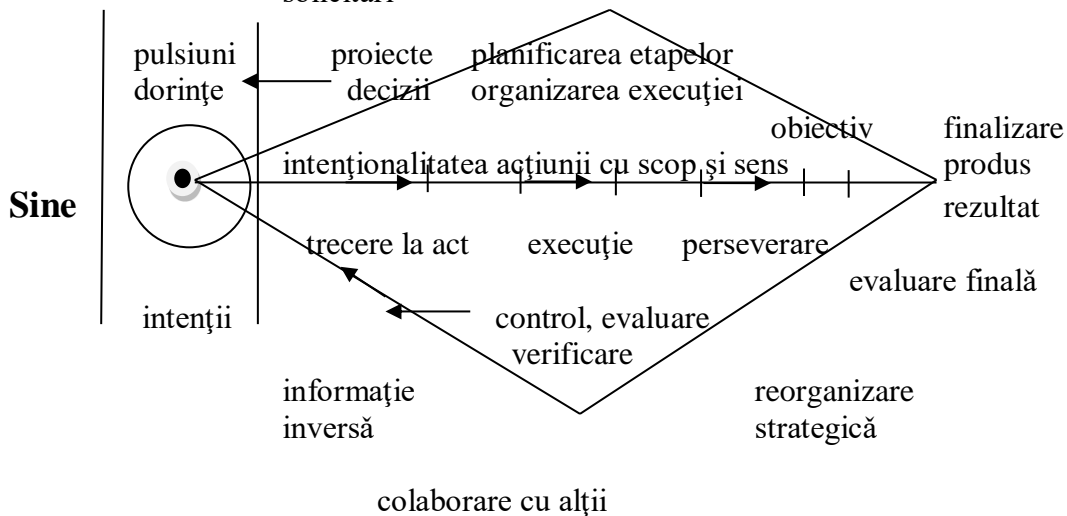


## Deficiența “coerenței centrale perceptivă” în autism

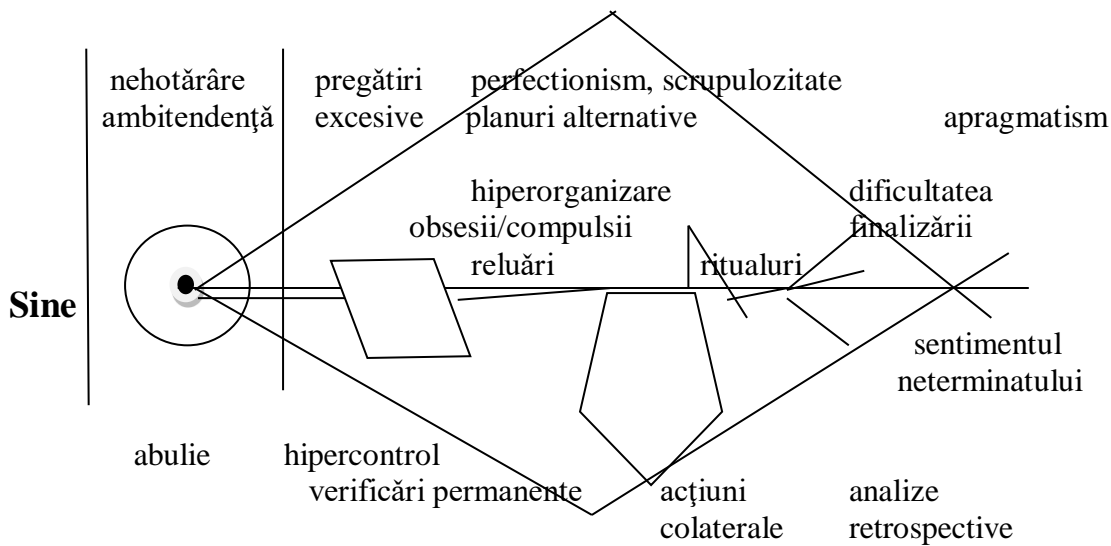


**„Câmpul acțiunii” susținut de funcția coerenței centrale și relaxarea sa în patologia obsesivă**

**a) Câmpul „coerenței centrale” a acțiunii voluntare bazat pe funcții executive**



**b) În TPOC (psihastenă) coerența câmpului acțiunii se relaxează**



## Halucinațiile vizuale și auditive

În psihopatologia perceptivă, tradițional, rolul cel mai important l-au jucat halucinațiile. Halucinațiile vizuale au fost cele care au fost puse în prim plan în prima jumătate a sec.XIX; primele descrieri, cum e cea a lui Esquirol, comparau halucinatul cu „vizionarul”; iar Moreau de Tours trimitea la vis și stările consecutive consumului de hașiș, în care apar frecvente halucinații vizuale.

Trimiterile la înțelesul cultural, spiritual al „vizionarului”, a fost desigur o metaforă. Experiențele mistice, realizate prin devoțiune individuală sau prin entuziasmul colectiv al religiilor de mistere, se corelau inevitabil și cu aspecte imagistice; care apăreau însă credincioșilor pe fundalul detașării lor de viața cotidiană; și transpunerea într-o atmosferă mitico sacrală, de transă, întreținută uneori și de actualizarea prin plasmodiere a scenariile și episoadelor mitice, de muzică, dans; și consum de substanțe psihoactive, ce aveau importante efecte de distorsiune perceptivă. Subiectul ajungea astfel să se simtă plasat într-o „altă lume”, „supranaturală”, marcată de o spațio temporalitate specială. Mediu în care resimțea uneori percepții neobișnuite ale obiectelor și ale propriului corp. Încă vechii indieni utilizau în acest sens substanța „soma”; iar musulmanii luptători din vremea cruciadelor, hașișul. Studiarea experimentală în sec.XX a unora din aceste substanțe, ca bulbocapnina, psilocibina (dar și a unor produși sintetici similari ca LSD), a indicat că ele produc realmente modificări perceptive variate: distorsiuni spațiale ale conturului, formei și mărimii obiectelor și propriului corp, ale raportului figură fond, apariția de culori, figuri geometrice, obiecte și ființe izolate, scene panoramice statice și în mișcare, modificări ale resimțirii temporalității. Aceste distorsiuni perceptive ce se reîntâlnesc și în stări de depersonalizare corporală, pot fi suportul reprezentării unor scenarii imaginative vizuale, a unor „viziuni”, trăite de

credinciosul aflat în transă; detașați de comerțul informațional curent cu ambianța situațională.

În afara acestei situații a unor experiențe vizuale „supranaturale” în stările de transa mistica, expresia de „viziuni” și „oameni vizionari” se mai folosește și metaforic, în sensul de a descifra „clar, limpede” eventualități evolutive în derularea lucrurilor ...sau, soluții pozitive pentru o problemă dificilă. „Clarviziunea” se poate referi la aspecte teoretice, speculative, abstracte, într-un sens care a fost de la început speculat de filosofia antică, Platon dezvoltând o corelație între aspectul vizibil al lucrurilor – eidos – și înțelesul lor conceptual – „ideea”. Când în biata curentă cineva afirmă :” eu așa văd lucrurile” ...atunci în discuție este de fapt un anumit „punct de vedere”, o anumită perspectivă, asupra unei probleme. Și în psihopatologie, nu toate afirmațiile pacienților care spun ca „văd...anumite lucruri” sunt etichetabile ca halucinații. De ex când o pacientă delirantă spune:”Am văzut inima lumii și coarda de argint ce leagă inima cu alte lumi..văd un spectru grandios...se mișcă lumile.. se ascund .. e fascinant !” suntem într-o desfășurare delirantă „vizionară” care însă cu greu ar fi etichetabilă ca o halucinație vizuală.9

În afară de cadrul ritualului sacral, o altă trimitere pe care psihopatologia a avut-o în vedere pentru a interpreta trăirile halucinatorii vizuale a fost cea a visului din somn. Visul se derulează în interiorul condiției de detașare de informația ambientală, pe care o induce somnul; și el e resimțit (trăit) sub formă de scene în derulare, predominant vizuale, la care subiectul simte că participă. Visul nu se bazează deci pe prelucrarea unor informații actuale pe care subiectul să le recepționeze și sintetizeze din lumea ambientală, în condițiile unei angajări active; ci are la bază pulsația informativă, desfășurată spontan, periodic, a fondul mnestic imaginativ biografic, identitar. Logica și cursul derulării visului scapă de obicei controlului visătorului, care simte că participă nemijlocit

la scenariile ce se derulează în spațiul oniric. Clinica psihiatrică din sec. XIX a susținut această apropiere a halucinațiilor vizuale de vis, date fiind bogatele documente clinice pe care le oferea în acea perioadă tulburarea deliriumului – sau a stării confuze onirice (în exprimare franceză) - din stările infecțioase și febrile. Acestea comportau însă și o denivelare, în grade variate, a stării de vigilitate, cu dezorientare spațio-temporală în raport cu datele ambianței. Pe acest fundal se manifestau trăiri de tip halucinator predominant vizuale, “oneiroide”: scene cotidiene, uneori profesionale, la care subiectul simte că participă, alături de persoane cunoscute sau necunoscute. Implicarea subiectului era atât afectivă cât și psihomotorie, în concordanță cu conținutul scenariului oneiroid. Tematica scenariilor putea fi profesională, terifiantă sau euforică. În funcție de gradul de vigilitate, ambianța actuală putea fi percepută concomitent, mai clar sau mai estompat; oneirodia se poate chiar amesteca cu percepții adecvate ale lumii ambientale. Alteori, ea se rezumă însă la un spațiu bine delimitat, încadrat de perceperea corectă a mediului ambiental. Halucinațiile vizuale pot fi nu doar scenice ci și izolate: persoane, animale, diavoli, halucinații simple. Mai rar pot apare în acest context halucinații olfactive, auditive, cutanate. În delirium tremens din alcoolism s-au descris clasic halucinații cu animale mici ce se urcă pe corp. Manifestări oneiroide pot apare și postoperator, după reanimare etc. Aceste trăiri scenice, sunt însă predominant perceptiv circumstanțiale, nefiind articulate cu o problematică identitar delirantă, a unui eu-personaj, alunecat într-un scenariu delirant fictiv.

Apropierea dintre stările oniroide și halucinațiile vizuale este argumentată și de halucinațiile hipnagogice, ce apar la intrarea în somn, până ce vigilitatea reflexivă nu a dispărut complet; și de cele hipnopompice, mai rare, ce apar la trezire. Ele se pot manifesta și la pacienți ce prezintă narcolepsie; adică momente de bruscă adormire în timpul

vigilității diurne, însoțite de scăderea bruscă a tonusului muscular. În toate aceste cazuri se incriminează o perturbare în derularea ciclului normal a somnului cu vise, care include la om aprox. 20% perioade de “somn paradoxal”, în care subiectul “visează”. Fenomenul visului s-ar datora unui proces de reorganizare ciclică a fondului informativ mnestic (episodic, biografic), sub forma unei memorii circulante, de durată medie.

Trăirile de tip oneiroid trimit deci, direct, la o disfuncție a “mecanismului psihocerebral” ce susține desfășurarea somnului cu vise; care pentru om este o moștenire biologică, înscrisă în structura encefalului. S-a dovedit că fondul mnestic al omului, predominant biografic, funcționează, într-una din importanțele sale dimensiuni, într-o modalitate circulantă, datele de memorie realizând prin această dinamică noi conexiuni. Ele revin periodic și pentru a se oferi utilizării stimulate de către actualitatea trăirilor subiectului. Același mecanism ar sta la baza “cursului ideativ” ce se derulează în fundalul psihismului vigیل, susținând asociațiile de idei și creativitatea; dar și ideația intruzivă ce poate aluneca în obsesii nedorite.

Configurarea unei percepții situaționale a omului vigیل pe baza receptării filtrate și sintetizate a informațiilor exterioare actuale, presupune deci, prin definiție, articularea acestora cu datele de memorie ce le vin în întâmpinare; și cu care “se acordează”. Dacă informația ambientală e ignorată, ca în unele momente de relaxare, subiectul se poate “lăsa pradă unei reverii cu ochi deschiși”. “Imageria” resimțită în acest context nu are însă pregnanța și detaliile percepției curente, plasându-se într-un “spațiu interior”. Care, deși nu ignoră complet scena lumii exterioare date, nu avansează până la ea. Psihologia memoriei a comentat sub denumirea de “ecmnezie” reactualizarea unor amintiri, ce capătă pentru scurt timp caracteristica de actualitate perceptivă. Iar

psihopatologia actuala aduce în discuție reactualizările reprezentative pregnante sub formă de “flash back”-uri, ce se repetă cvasiobsesiv la cei cu reacție de stres posttraumatic. Subiectul nu este complet deconectat față de situația actuală; dar invazia figurativă “de tip perceptiv” a unei scene terifiante trăite în trecut, se insinuează pentru scurt timp în prezent; și acaparează atenția subiectului, bulversându-l. Modelul din reacția de stress posttraumatic a fost dezvoltat mai recent și în corelație cu „psihozele disociative”. E vorba de stări psihopatologice corelate cu traume biografice importante, care vulnerabilizează persoana; și care stau în spatele unor episoade halucinatorii vizuale și auditive. Psihoza disociativă se desfășoară în condițiile unei parțiale detașări de ambianța; de obicei, prin actualizarea unui scenariu ce actualizează în mare măsură un eveniment psihotraumatic trăit.

Manifestări de tipul percepțiilor halucinatorii pregnante dar criticate, au fost descrise începând din sec.XIX în tulburări neurologice și ale analizorilor vizuali și auditivi. Aceste “halucinoze” apar și în afectarea căilor vizuale retrochiasmatică, infarcte corticale, epilepsie. Deci, în lezări ale „instrumentarului” neurologic de colectare, transmisie, prelucrare și depozitare sintetică și de reactualizare a informațiilor într-un anumit sector perceptiv. În cazul crizelor epileptice cu localizare parieto temporală, halucinațiile pot fi olfactive dar și vizuale, scenice. Lipsa altor tulburări psihice în aceste cazuri indică faptul că aparatul funcțiilor cerebrale e capabil să genereze singur configurații perceptivă, ce sunt plasate de organismul psiho-cerebral în spațiul perceptiv al lumii înconjurătoare. Pentru delir, important e însă ca acestea să fie inserate în conflictualitatea scenariului narativ a lumii delirante pe care alunecă subiectul transformat în personaj fictiv; în care semnificațiile predomină asupra formelor.

Trăiri de tip halucinator s-au constatat apoi și în condițiile deprivării senzoriale. La mijlocul sec.XX s-au efectuat o serie de experiențe, în corelație cu pregătirea cosmonauților ce urmau să petreacă mult timp în spațiu în împrejurarea unui deficit de solicitări senzoriale, (incluzând-o și pe cea gravitațională, asupra sistemului vestibular și artromiokinetic). S-a constatat că, menținerea timp îndelungat în condiții de semi întuneric, izolare fonică și nemișcare, conduce la apariția unor neoformații perceptive predominant vizuale. Acestea sunt cel mai des simple figuri colorate, obiecte, animale, oameni; rar scene în desfășurare. Trăirile de tip perceptiv ce apar în astfel de condiții se referă - dar în mai mică măsură - și la muzică, expresii, reamintiri de texte etc. Dincolo de utilitatea cercetărilor menționate pentru astronomică, ele pot explica trăirile de tip halucinator ce apar în condiții de monotonie informațională (e.g. în deșert sau pe întinsuri de zăpadă). De fapt, problema care s-a ridicat în acea perioadă în psihiatrie a fost cea a deficitului de stimulare în genere; inclusiv lipsa solicitărilor din partea altor oameni și a exercitării unor activități cutumiere care să implice noutate; ceea ce induce o pasivitate sau o blocare a dimensiunii activ-intenționale a sintezei perceptive. Acest aspect s-a conjugat cu alte observații făcute de psihiatrii care au demonstrat că substimularea psiho-socială și senzorială a schizofrenilor, prin internarea îndelungată în azile unde predomină condiții de monotonie, agravează simptomatologia deficitară. Fapt ce a încurajat ideea unei stimulări adecvate în cazul internărilor prelungite; și, evitarea pe cât posibil a instituționalizării îndelungate.

Ansamblul problematic ce se evidențiază cu ocazia studierii halucinațiilor vizuale, susține ideea că subiectul trebuie înțeles continuu și în perspectivă reflexivă, ca

„autopercepându-se ca aflându-se în situații perceptiv-active determinate”. Această autopercepere de fond stă nu doar la baza parametrilor spațiali ai localizării și orientării pe care-i induce trăirea referinței la propriul corp (cu limitele și interioritatea propriului psihism, cu proximitatea, direcțiile și distanțele ce astfel se configurează); ci ea implică și întregul fundal mnestic identitar ce intră în joc în orice raportare situațională perceptivă; împreună cu oferta informațională ne-actuală, inclusiv culturală, ce încontinuu pulsează intențional din acest fundal, orientată de interese, preocupări, proiecte, provocări externe. Fondul mnestic informațional și biografic identitar, imersat și în lumea sa umană, se află într-un permanent dinamism de reorganizare circulantă, ciclică, așa cum ne-o indică constant visele din somn. Iar oferta acestui fundal în direcția ferestrei deschise prin actualitatea trăită, e în permanență sensibilă la semnificațiile situaționale și la așteptări, mai ales în perspectiva relaționărilor intersubiective.

Halucinațiile vizuale au fost comentate din ce în ce mai puțin de psihopatologia din a doua jumătate a sec.XX, în corelație atât cu descreșterea lor odată cu reducerea stărilor de delirium febril infecțios, cât și cu descreșterea substimulării produse de internările îndelungate și pasive din azile. În delirul psihotic însă, subiectul e centrat și absorbit de scenariul aberant care-l subjugă, corelându-l cu instanța personajelor cultural fictive și socio istorice; scenariu care patronează și semnificațiile trăirilor sale halucinatorii. Ori el ne plasează într-o lume fictivă diferită de cea afirmată prin vis. Lume de tip narativ, cultural teoretică și speculativ, susținută de mituri, basme, legende, istorii, romane de ficțiune, teorii, doctrine etc.; toate susținând o „lume umană”, structurată prin intermediul logosului și întreținută prin relaționări intersubiective.

Spațio temporalitatea și cauzalitatea lumilor narrative, fictive, e distinctă și ea de cea fizico biologică. La nivelul vieții curente noi facem, desigur, o permanentă sinteză între

acestea două planuri. Fapt inevitabil deoarece, întreaga noastră existență, cu toate scenariile și ritualurile sale, se desfășoară, totuși, în mijlocul unui univers fizico biologic, care este suportul apariției, evoluției și manifestărilor existențiale actuale ale omului pe pământ. În direcția acestei lumi specific umane ne muta percepția auditivă, centrată pe limbajul articulat, ce susține narativitatea, scenariile și eroii lumilor mai mult sau mai puțin fictive.

Când se comentează halucinațiile vizuale se cere avut în vedere faptul ca expresia „a vedea” are un sens larg, încă din antichitate eidos-ideia, a ceea ce este.

**Aspecte clinice.** Halucinațiile auditive au fost diferențiate încă de la început de cele vizuale deoarece ele se centrează pe “auzirea de voci”; iar rostirea este, în mod evident, nu doar receptată din exterior, ci și produsă în permanență de către însăși subiect, în strânsă corelație cu elaborările sale ideative. De aceea s-a vorbit încă din sec.XIX de halucinații audio-verbale și ideo-verbale. Acestea trimit spre generarea gândurilor și intențiilor de comunicare verbală, ce emerg la nivelul instanței cursului ideativ. Deci, la un nivel profund al “interiorității psihismului subiectiv”; la alt pol față de sursa informațiilor ce stau la baza percepțiilor și halucinațiilor vizuale, plasate în spațiul exterior, în afara limitelor propriei corporalități. Pe de altă parte, vorbirea e atribuită și altor persoane, care o elaborează și o emit tot cu punct de plecare din interioritatea lor intimă. Astfel încât, auzitul de voci poate fi considerat echivalentul unor relaționări interpersonale,... în cadrul unui câmp comunicațional interpersonal.

Halucinațiile auditive - care sunt cele mai importante în psihoze - pot fi desigur și neverbale. Acestea, ca zgomote sau melodii, au acum o importanță mai redusă. Cât despre halucinațiile verbale, ele evocă, așa cum s-a menționat, universul relaționărilor interpersonale, în cadrul unor variate tipuri de raportări. Când se analizează halucinațiile verbale se cere clarificat dacă „vocile” au caracteristici senzoriale

pregnante sau vagi; iar dacă sunt bine definite, ele ar urma să se caracterizeze printr-o anumită intensitate, timbru, distanță de la care vorbesc, eventual identificate ca aparținând cuiva cunoscut sau unei anumite entități (de ex. lui Dumnezeu, unui vrăjitor)...sau sunt impersonale, dacă sunt una sau mai multe, dacă discută între ele și..desigur...conținutul a ceea ce vorbesc.

Nu trebuie ignorat faptul că dezvoltarea ontogenetică persoanei se realizează de la început, din perioada de sugar, în mediu lingvistic. Iar relațiile cu alții atașează constant comunicării nonverbale vizuale și pe cea verbală, chiar și în cadrul intimității. Deși în spațiul relației cu mama și cei apropiați predomină comunicarea cu expresivitate non-verbală, comunicarea verbală rămâne și la acest nivel importantă. Prin ea se exprimă rostirile apelative, interogative, de rugăminte, sfătuire, amenințare, solicitare de iertare, etc. Chiar dacă vorbesc puțin, persoanele apropiate sufletește folosesc totuși cuvinte pentru a se susține reciproc, a se încuraja, îndemna, alina; uneori chiar șoptind. Apoi, prin limbaj, oamenii ce se află unul în fața celuilalt, dialoghează; pentru a schimba opinii și a clarifica probleme. Dar și comentează pe un altul, absent, caracterizându-l pozitiv sau negativ. Comunicarea verbală va trece însă în prim plan în spațiul public, în raport cu persoanele oficiale și străine; zona în care se desfășoară nenumărate rostiri și discursuri oficiale, suprapersonale. De aceea halucinațiile audio verbale din paranozie au deseori un caracter xenopatic, de relaționare cu cineva mai îndepărtat sufletește. Sau cu cineva străin, care emite ordine, dispoziții, care manipulează etc. Iar la capătul acestui inventar nu poate fi ignorat nici dialogul interior, doar marginal verbal, în care subiectul se confruntă cu el însuși. Precum și raportarea la Divinitate. Divinitate care, în iudeo-creștinism se poate adresa verbal omului; și căreia subiectul,

în singurătatea sa lumeasca, îi poate adresa rugăciuni fierbinți.

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 ne reprezentând tulburări psihice diagnosticabile sau care să necesite tratament. În noiembrie 2013 s-a ținut la Melbourne un Congres Mondial al celor ce aud voci, prevalența acestora în populația generală fiind evaluată la aprox.13,2%. S-au studiat și reliefat particularități dintre cei ce aud voci și au nevoie de tratament și cei ce nu au nevoie. Faptul de a auzi voci e un fenomen complex care depinde de cultură, angajare spirituală, particularități personale, experiența relațiilor cu alții, existența unor traume în biografie, stări disociative diverse; astfel încât nu toate cazurile sunt încadrabile în psihoze.

Halucinațiile audio-verbale pot fi apelative, adresându-se subiectului pe nume, ca și cum l-ar chema. Sau injurioase, amenințătoare, acuzative. Ele mai pot fi imperative, comandând pacientului să facă anumite acte, dirijându-l ca în cazul unei atitudini dominatorii, ce pretinde supunere. Uneori vocile îndeamnă sau poruncesc acte agresive, ca lovirea sau omorârea cuiva; sau sinuciderea. Halucinațiile imperative se cer diferențiate de sentimentul controlului voinței și de cel de dirijare, de impunere a actelor și gândurilor, trăit de cei cu sindrom de transparentă/influență. Halucinațiile comentative constau din două sau mai multe voci, care discută între ele. Aceste discuții pot fi mai mult sau mai puțin clare, de ordin general sau cu referire la subiect. Vocile pot deci „vorbi 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”. Sentimentul pacientului este că aceste conversații

se referă la el. Se manifestă astfel trăiri intermediare între halucinațiile verbale clar auditive, plasate în spațiul exterior; și cele ce pătrund în zona intimă a agenției sale; care-l comentează (sau îi șoptesc) „din interiorul psihismului său”.

În cazul halucinațiilor apelative și imperative, subiectul resimte evident 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 relațional delirant. Și aceasta, atât atunci când pot fi clar identificate ca aparținând cuiva; cât și dacă identificarea e aproximativă. Sau trimite la personaje anonime. Poate fi auzită în acest sens și vocea lui Dumnezeu, a Fecioarei Maria sau a diavolului. Halucinațiile auditive, chiar dacă sunt atribuite unor persoane anonime, “vizează” de cele mai mult ori subiectul, “îl au în vedere”, chiar dacă numai aluziv. Toate halucinațiile audio-verbale presupun faptul că subiectul resimte și își reprezintă existența altor persoane reale sau fictive în relația acestora cu el corelat deci faptului ca se află în „centrul interesului celorlalți”.

În concluzie, dacă halucinațiile auditive ar reprezenta, așa cum s-a formulat de unii cercetători, o exteriorizare a unei raportări lingvistice intrapsihice cu o alteritate, ele presupun, evident, o prezență a altora în însăși interiorul propriului psihism. Adică a imaginii și reprezentării despre lumea pe care subiectul conștient o centrează.