

Asociația Psihiatrică Mircea Lăzărescu Timișoara

Clinica Psihiatrică Timișoara

SEMINAR DE PSIHOPATOLOGIE CLINICA PENTRU REZIDENTI

Sezonul II Aprilie- Iunie 2023

Tematica generală : Psihopatologia psihotică centrată pe delir și cea deficitară

Organizator și lector: Prof.Dr.Mircea.Lăzărescu

(TEXT INTEGRAL)

Întâlnirea 1, luni 10. 04.2023

1/ Expunere: Psihopatologia delirantă – contur general

Schiță de încadrare istorică. Conceptul de delir s-a impus în semiologia și clinica psihiatrică în sec. XIX alături de alte noi concepte psihopatologice precum cele de *psihoză*, *halucinații și paranoia*. Tradiția comentării medicale a tulburărilor mentale a descris din antichitate convingeri anormale stranii, neadevărate, uneori fantastice, care erau încadrate în diagnosticul de manie sau melancolie. În perioada de după Renaștere, acestea au fost comentate în același context, descriindu-se diferențe între ideile și convingerile anormale ale melancolicilor și cele ale maniacalilor. În sec. XIX, când prin studierea îndelungată a alienațiilor mentale claustrați în azile a luat naștere semiologia psihiatrică, s-au descris cazuri de “manie fără delir”; și la fel, tb. melancolică – etichetată acum ca și depresie - a fost identificată ca tb. afectiv-dispozițională, de multe ori fără ideație aberantă (delir). Tot în acest secol a fost studiată metodic *paranoia*, inițial circumscrisă ca patologie delirantă sistematizată

fără deteriorarea personalității. Tematica predominantă era de persecuție (cu supraveghere) dar s-au descris și multe alte tematici (dismorfofobe, erotomane, de gelozie, de descendență ilustră) etc. La sfârșitul sec. XIX Kraepelin distinge paranoia sistematizată de “*psihozele paranoide deteriorative*”; ce vor fi încadrate în “*demența precoce*”, ulterioara *schizofrenie*. Pe parcursul sec. XX schizofrenia a devenit principala psihoză endogenă studiată – în tandem cu boala maniaco depresivă. Tb. delirante pure, monotematice și sistematizate au fost identificate mai rar. DSM-III-5 retrage din psihiatrie termenul de nevroză și circumscrie psihoza în perspectivă exterioară, prin “deficit de testare a realității” și “intensitate clinică a simptomelor” fiind nominalizate 5 mari sindroame psihotice : delirul, halucinațiile necriticte, dezorganizarea ideo-verbală și comportamentală și simptomatologia deficitară (apato abulia). Boala maniaco depresivă nu a mai fost considerată psihotică, în lipsa acestor sindroame.

Circumscriere. Definiția sindromatică a delirului, conturată la sfârșitul sec XIX și menținută până în prezent este:

Prin delir se înțelege o convingere puternică (extraordinară) într-o idee (temă) falsă (neobișnuită, ciudată) care nu poate fi modificată prin argumente.

Problema care a rămas însă în suspensie este : ce se poate înțelege prin această “idee” (sau temă) în care pacientul crede? Cazuistica tradițională și actuală sugerează că:

Tema (ideea) delirantă se referă la o modificare deficitar disfuncțională a resimțirii de către pacient a condiției sale identitare; el ajunge să fie convins că s-a preschimbat (metamorfozat) identitar într-un personaj dintr-un scenariu aparte, neobișnuit, care deseori îl plasează într-un mediu (lume) umană nefirească, paralelă cu lumea vieții cotidiene.

Condiția delirantă e una deficitar disfuncțională pentru subiect, care-l decontextualizează social. Tema - convingerea – delirantă răspunde unor întrebări pe care subiectul și le poate pune constant și firesc, precum:

- **Cine sunt?** (- în delir e convins de o nouă identitate....- o nouă poziție socială...un alt nume...o descendență specială..-cu relaționări deosebite...)

- **Cum sunt?** (e convins ca a ajuns să aibă o condiție (o stare, un statut) de: om bolnav...urât...deformat... respins...frumos...iubit...înșelat...persecutat...umilit...vinovat..)

- **Ce valoare am?** (- grandiozitate, megalomanie...hipervaloros, capabil...lipsit de valoare, slab...vulnerabil)

- **În ce condiție relațională am ajuns?** (sunt iubit...înșelat...respins..disprețuit...urmărit...supravegheat...controlat...manipulat...)

- **Cu cine sunt relaționat?** (cu persoane din ambianța proximală și oficială...dar și cu personaje socio-culturale și politice....cu personaje istorice...cu instituții - Mafie, SRI, ONU-...cu instanțe și entități supranaturale...divine extraterestrii... persoane fictive, imagine etc.)

Convingerile identitare, de stare și relaționale în care ajunge delirantul transformat în personaj, îl plasează **într-un anumit scenariu dintr-o lume de tip uman, dar cu caracter de narațiune, de ficțiune (ca în mituri, basme, povești)..**relaționările sale derulându-se după regulile din astfel de narațiuni.

Din caracterizarea psihopatologică a delirului, esențială e referirea la afectarea și preschimbarea identitară a subiectului...în cea de personaj dintr-un scenariu fictiv (ce implică deseori personaje supranaturale, cu un sentiment de vrăjire)

Preschimbarea identitară în condiția unui personaj dintr-un scenariu fictiv dintr-o lume deliranta, se instalează în delir printr-un proces de depersonalizare/transpersonalizare, pe care Jaspers l-a denumit “delir primar”.

În perspectivă clinică, sindromul delirant se poate manifesta izolat – fapt mai rar, în delirurile monotematice sistematizate – sau în conjuncție cu alte sindroame. Mai frecvent cu :

- **Tb. perceptive**, de tipul iluziei, a ”percepției hipersemnificate”(salience), precum și halucinații auditive, gustative, olfactive, corporale, mai rar vizuale.

- **Tb dispozițional afective**, de diverse intensități: - dispoziție de dezinhibiție tahipsihică și elafie maniacală (+ tematică de grandiozitate) ;- dispoziție de inhibiție bradipsihică depresivă (+ tematică de autodeprecie, vinovăție, catastrofă); - anxios-fobică (corelată mai ales cu tematica de persecuția și supravegherea paranoidă) – dispoziție iritabil-agresivă; - dispoziție indiferentă, detașată (autistă).

Nota. Un **complex sindromatic aparte este cel al supravegherii xenopatie, care poate apărea în cadrul paranoidei (-tematică relațională de atitudine ostilă)** având mai multe intensități: - sd., sensitiv relațional, cu convingerea ca este privit deosebit și comentat nefavorabil de alte persoane prezente; - convingere de urmărire (de către alte persoane sau echipe, instituții, instanțe supranaturale etc) – convingere de supraveghere de la distanță a intimității, prin modalități speciale tehnice (înregistrare, ascultare, fotografiere, TV, calculator, microfoane) - această supraveghere a intimității nu pătrunde însă până la intimitatea agenției și secretului personal.

Sd. de transparență/influență – control/manipulare, se plasează în continuitatea precedentului, constând din convingerea unei intervenții a unor entități exterioare (xenopatie) asupra zonei de origine în intimitatea sinelui a propriilor gânduri, intenții, idei, acte. Pacientul resimte intervenții asupra gândirii sale: blocare, retragerea și inserția gândirii, accelerarea și încetinirea ei, sonorizarea și spațializarea gândirii, decizii, acte, senzații, sentimente impuse,; în grupajul SPR propus de Schneider se adaugă: halucinații comentative asupra persoanei și asupra actelor sale = Simptome de prim rang Schneider (pt dg schizofrenie)

- **d. de depersonalizare/derealizare**; acestea pot să se manifeste în varianta standard (descrisă de obicei la tb. disociative) dar și în variante aparte, care însoțesc sentimentul de preschimbare a identității și a lumii din jur (“sentimentul că mă preschimb, alții se schimbă, lumea e altfel, neobișnuită stranie”),... care e invocat deseori de pacient ca “vrăjire”, corelându-se cu sentimentul de “centralitate”.

- **Sd. de dezorganizare ideo verbală și motivațional comportamentală**

- **Sd. deficitare, apato-abulice și de desocializare indiferentă.**

Sindroamele menționate mai sus se pot combina în cadrul a diferite tablouri clinice a episoadelor psihotice, care au diverse configurații clinice, intensități și durate., circumscrise de obicei prin diagnostice clinice. Se pot combina și cu sindroame nepsihotice. Variantele complexe se întâlnesc în cadrul schizofreniei paranoide.

Între temele delirante, esențială este cea relațională de atitudine ostilă și persecuție, ce a fost etichetată ca tulburare paranoidă; în jurul ei se manifestă simptomele de supraveghere – inclusiv cele de transparență influență -, halucinațiile (predominant audio verbale)...iar în continuare (în contextul dezvoltării unei schizofrenii)... simptome de model dezorganizat (ideo verbal și comportamental) și deficitare (de tip depersonalizant anonimizant). Intrarea în acest model de psihoză se realizează prin trans-personalizarea delirului primar.

Mircea Lăzărescu

Jeni Blajovan

Patologia psihotică în perspectivă cazuistică

Lumea delirantului

PROIECT

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

Text provizoriu – în lucru

2014

Noiembrie

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

CUPRINS

Introducere

Cap.I. – Psihozele – Generalități

Cap.II – Delirul – Generalități

Cap.III – Lumea delirantului

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

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

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

Cap.VII. – Tematica delirantă de gelozie și erotomană

Cap.VIII – Tulburări perceptivă în psihoze

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

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

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

Cap.XII. – Dedublarea psihismului

Cap.XIII. – Influențe delirante prin duhuri

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

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

Introducere

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Timișoara, 10.12.2014

Prof.Dr.Mircea LAZARESCU

1. PSIHOZELE

Generalități

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Psihoza în DSM V

I

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

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

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

Psihoza în DSM V

II

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

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

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

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

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

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

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

PARTEA I

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

2. Delirul

Generalități

Tradiția plasează în centrul psihozelor delirul halucinator.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

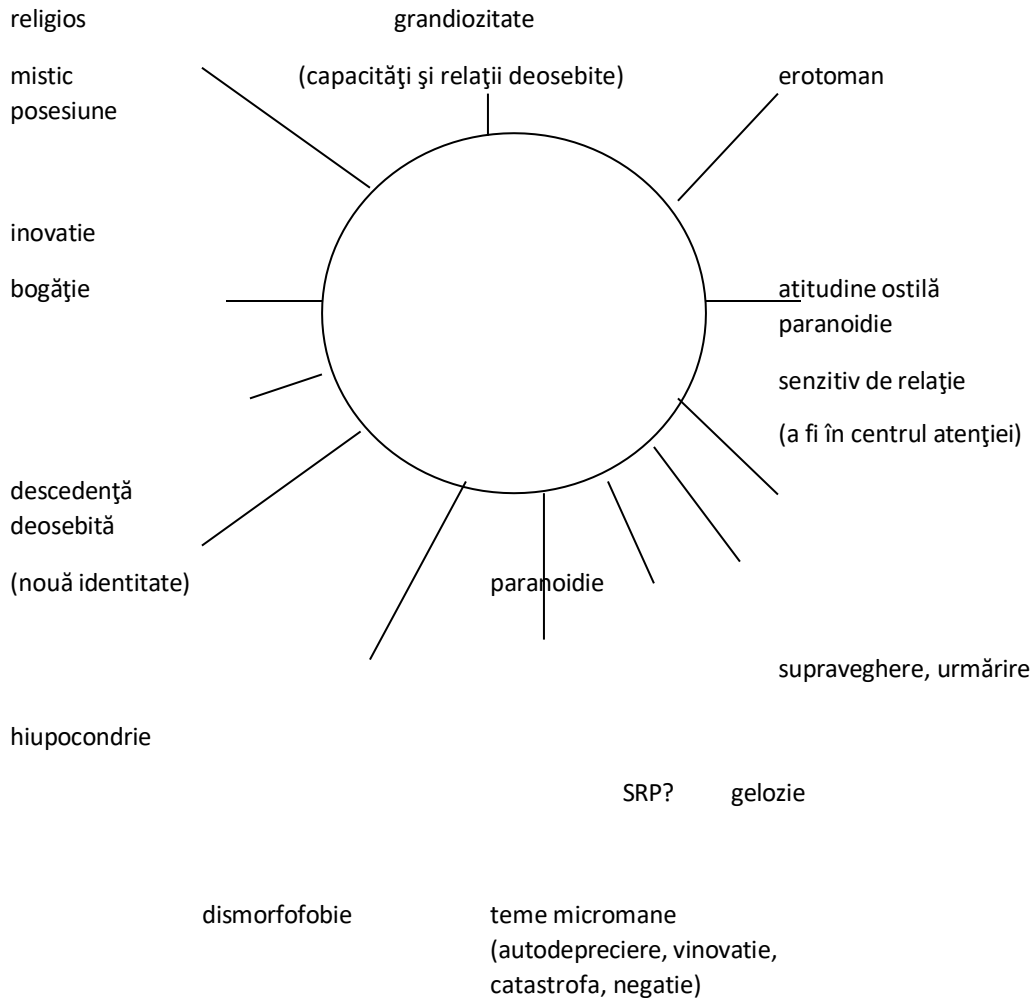
Convingerile delirante nu se referă la stări de fapt actuale ale lumii înconjurătoare, sau la cunoștințe despre lume, la convingerile socio-politice și religioase pe care subiectul le împărtășește cu celelalte persoane. Ci la felul în care el se resimte pe sine, identitar, ca stare și ca poziție în lumea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

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

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

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

Temele delirante



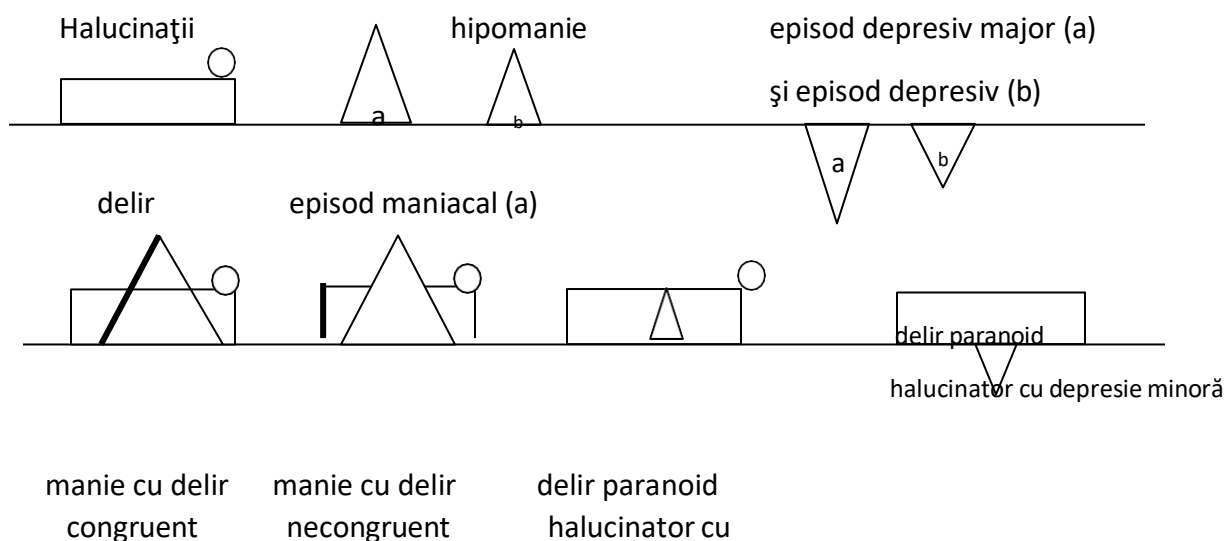
Instalarea delirului e în majoritatea cazurilor marcată de un proces de depersonalizare/derealizare psihotică, cu sentimentul subiectului că lumea din jur se schimbă. Subiectul are de asemenea sentimentul că și el se schimbă, nu e la fel ca înainte; și persoanele din jur, familiare, îi apar frecvent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

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

profunde ce se petrece în delir.

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

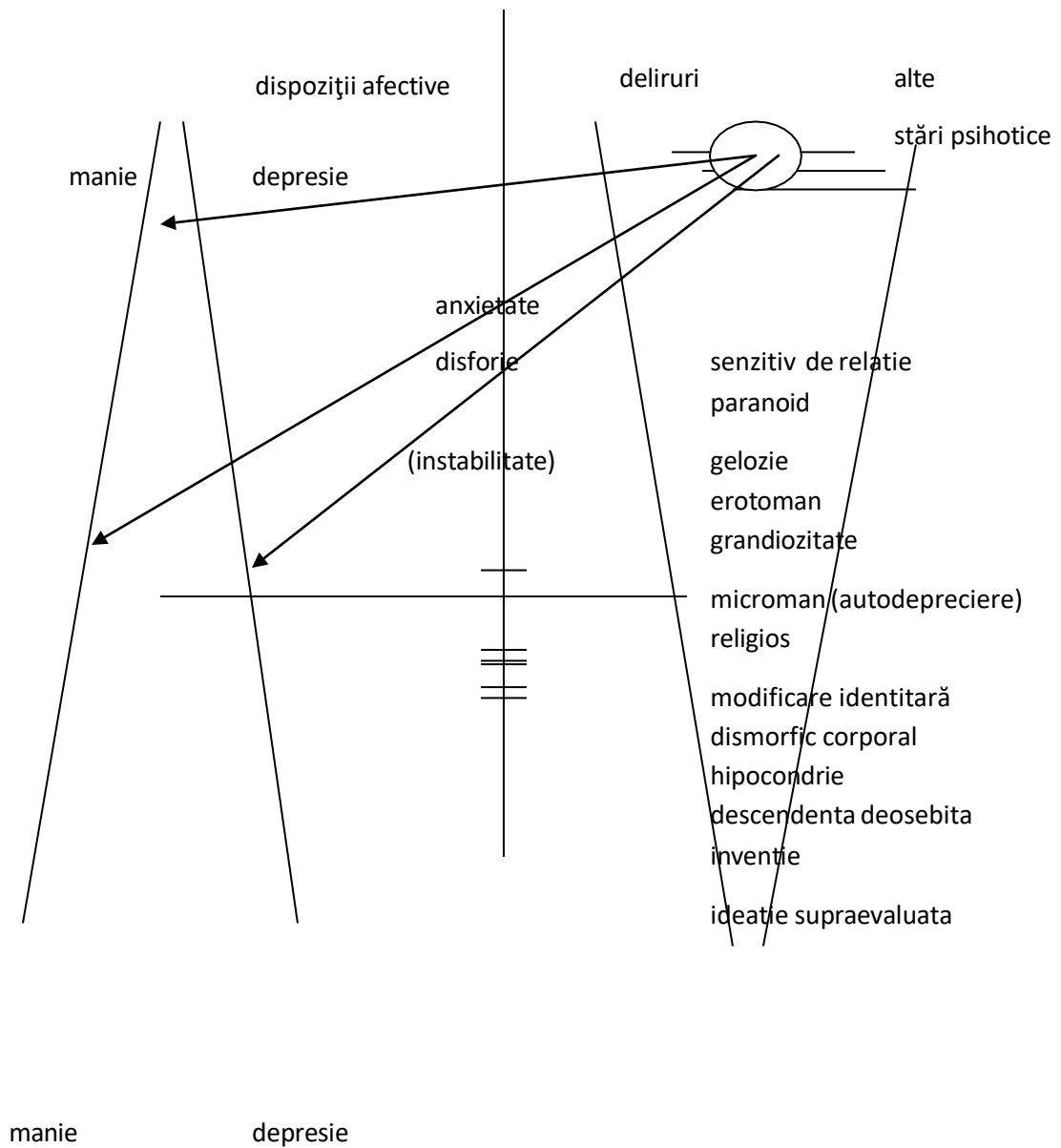
Între intensitatea convingerilor delirante (eventual asociate cu halucinații și alte simptome psihotice) și intensitatea dispoziției afective, nu există totdeauna paralelism, chiar dacă e vorba de o tematică congruentă. Tematica de grandiozitate sau erotomană se poate corela uneori cu stări de dezinhibiție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



25

hipomanie

Relatia intre delir si dispozitiile afective



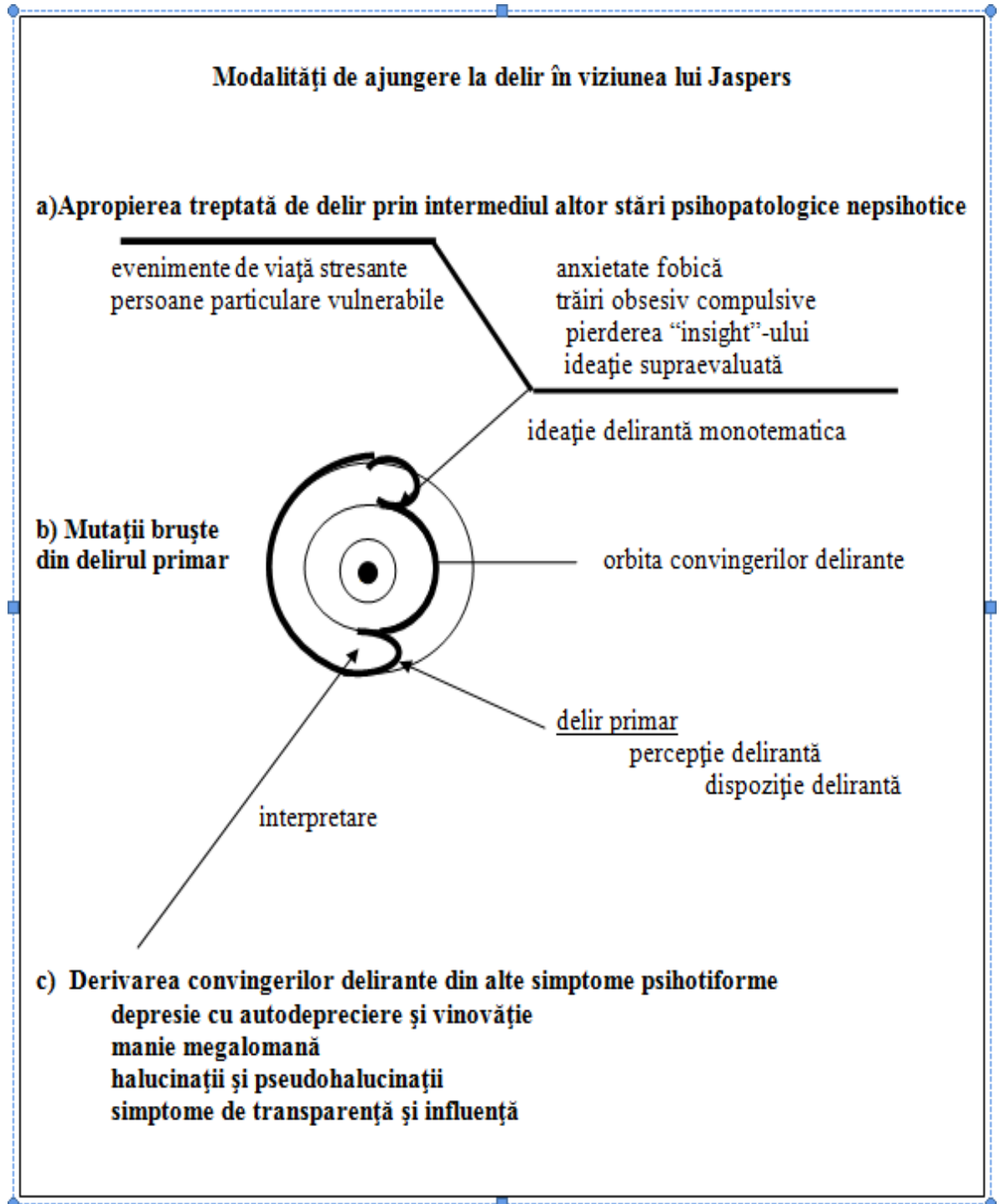
Delirurile mai sunt comentate și prin modul lor de instituire, elaborare și organizare. Se descriu următoarele variante principale. La două extreme se plasează:

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

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

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

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



Prezentare rezumativă a principalelor teme delirante

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

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

Tematica paranoidă

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

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

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

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

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

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

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

- Tematica dismorfic corporală (delirantă)

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

Echivalente:

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

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

- Tematica de gelozie

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

- Tematica erotomană

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

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

- Tematica hipocondriacă

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

- Tematica de infestație (Eckborn)

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

- Tematica de descendență deosebită

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

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

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

- Tematica delirantă de invenție

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

- Teme de grandiozitate (megalomania)

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

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

- Teme micromane

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

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

- Tematica religioasă și de posesiune demoniacă

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

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

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

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

3. Lumea delirantului

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

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

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

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

1. Cazul 1 - 1109/1999

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

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

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

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

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

Cazul 2 - 1353/2002

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

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

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

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

Cazul 3 – 806/1996

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

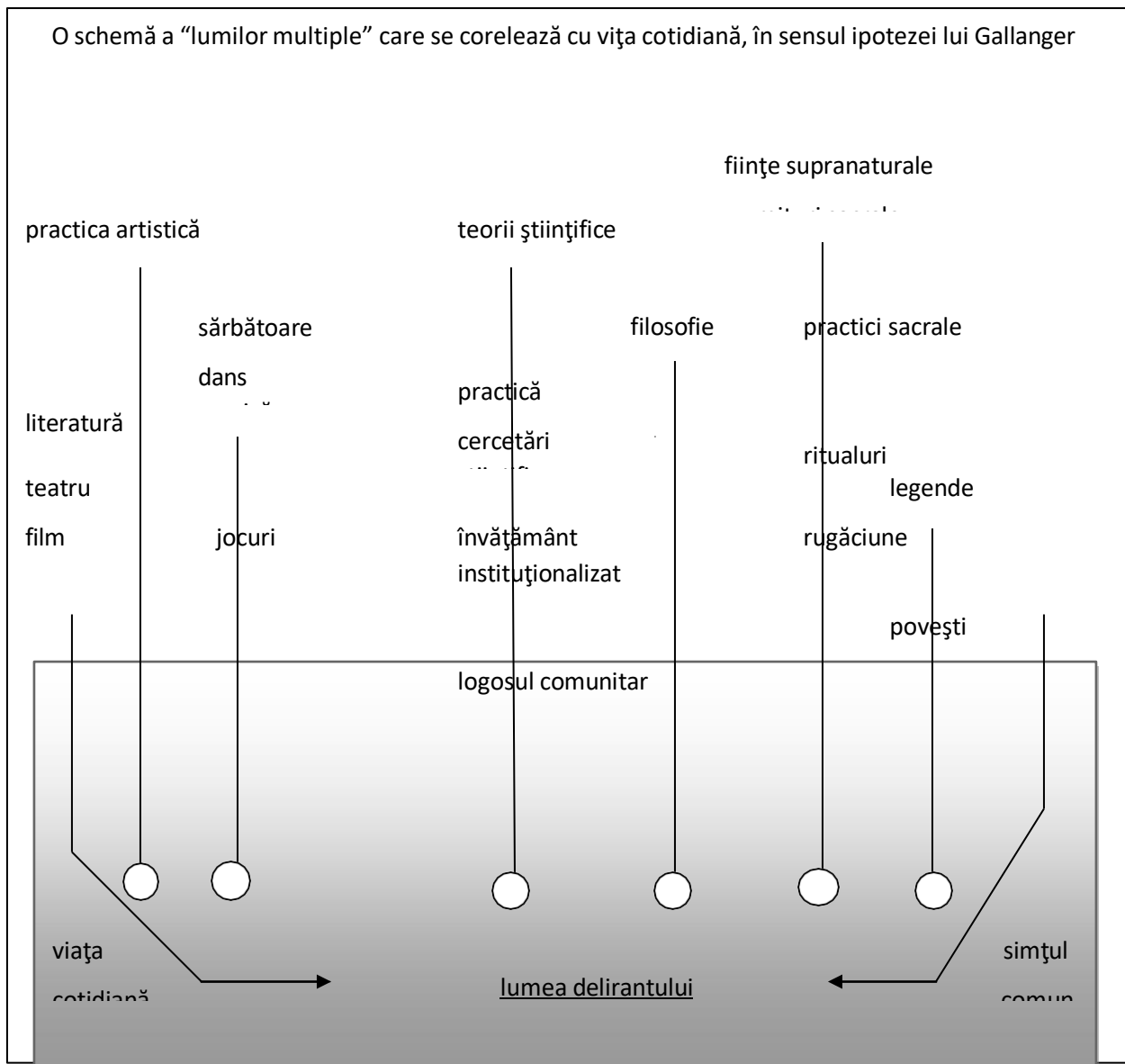
Caz 4 (Schizophrenia Bulletin, Nr.1, 2014)

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

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

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

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



Bibliografie:

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

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

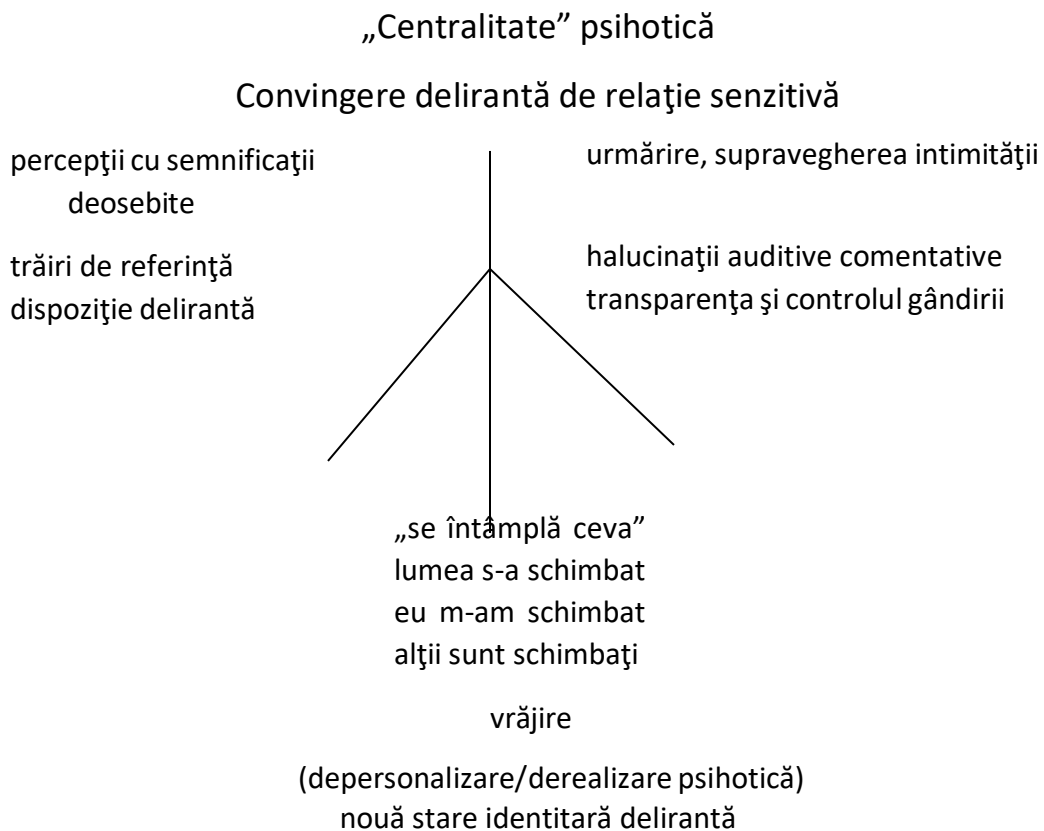
Tematica delirantă senzitivă de relație constă în convingerea subiectului că alții îi acordă o atenție deosebită, îl privesc în mod special și discută despre el, de obicei nefavorabil; el poate avea impresia că ceilalți își fac semne între ei, că „sunt înțeleși” în cadrul unui complot.

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

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

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

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



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

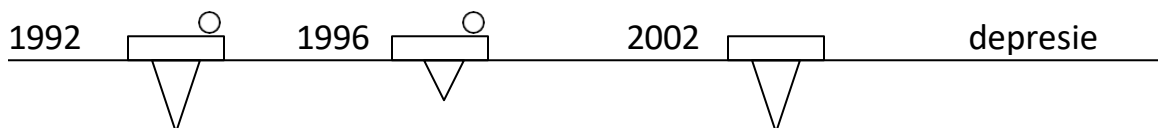
Când e prezentă convingerea delirantă de relație senzitivă se cere precizat întreg contextul simptomatologic în care aceasta se plasează; precum și cui și în ce împrejurare atribuie subiectul această atitudine. În continuare vor fi prezentate câteva exemplificări din cazuri cu diverse diagnostice și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

Cazuistică

5. 590/1992

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

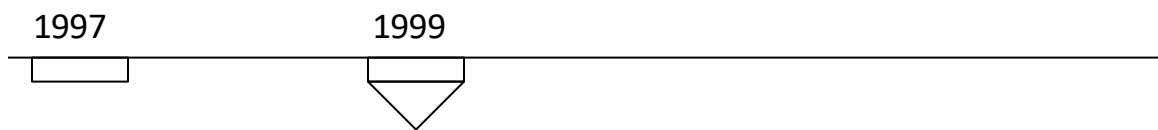
- În 1996 prezintă o recădere, având un comportament motivat halucinator delirant: evită să mai iasă pe balcon pe motiv că **vecinii o privesc ciudat și oamenii de pe stradă se uită la ea**, aude zgomote ciudate în casă, tabloul clinic completându-se cu o simptomatologie depresivă de intensitate moderată.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



6. 878/1997

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

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



7.1175/2000

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

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

8. 1192/2000

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

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

9.773/1995

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

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

10. 231/1988

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

11. 25/1985

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

12. 170/1987

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

13. 1026/1998

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

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

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

Grila de lectură a delirului paranoid

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

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

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

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

Delirul de interpretare (după Lanteri Laura)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cazuistică

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

14. 365/1989

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

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

15. 651/1993

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

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

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

16. 936/1997

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

17. 1102/1999

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

18. 1114/1999

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

19. 1172/2000

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

20. 1291/2001

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

21. 1342/2002

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

22. 1505/2003

O femeie debutează în 3 săptămâni cu delir de gelozie, persecuție, urmărire, supraveghere, otrăvire (familia e incriminată), vede o mașină albastră care sigur a venit pentru ea să o ducă undeva; se convertește la o sectă religioasă. În 2007 complexul paranoid halucinator reappare

23. 1574/2004

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

24. 1594/2004

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

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

25. 1044/1999
(Caz prezentat în extenso)

O femeie, 42 ani, Timișoara

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

APP – fără importanță

Condiții de viață și muncă :

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

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

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

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

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

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

Istoricul bolii:

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

La internare pacienta prezintă:

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

Examen psihic:

Pacienta în ținuta de spital îngrijită, contact psihic facil

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

Atenție: tulburare de concentrare

Percepție: interpretări delirante, fără fenomene halucinatorii

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

Dispoziție afectivă : depresivă, anxietate secundară

Conștiința bolii : absentă

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

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

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

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

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

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

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

Examen psihic:

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

Percepție :

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

Atenție ; ușoară disrtractibilitate a atenției

Memorie : hipomnezie de fixare și evocare;

Gândire :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Listă de simptome:

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

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

Listă de simptome:

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

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

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

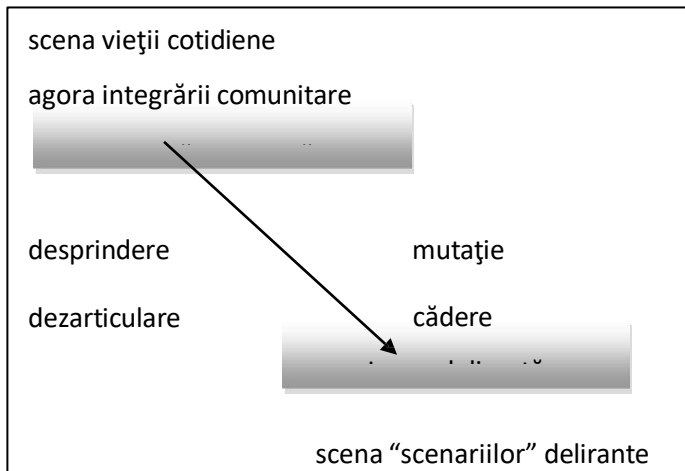
Comentariu:

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

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

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

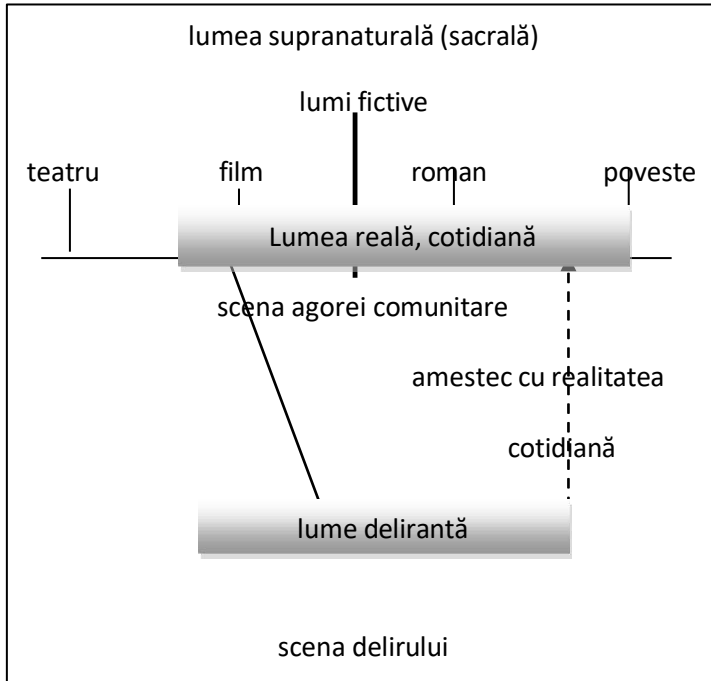
Intrând în starea delirantă, subiectul se desprinde din integrarea firească, flexibilă și eficientă pragmatic în cotidianitate; el se dezarticulează de cursul vieții cotidiene, ce se desfășoară pe o scenă, într-o “agora” în care colaborează cu alții, în zone publice și private.



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

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

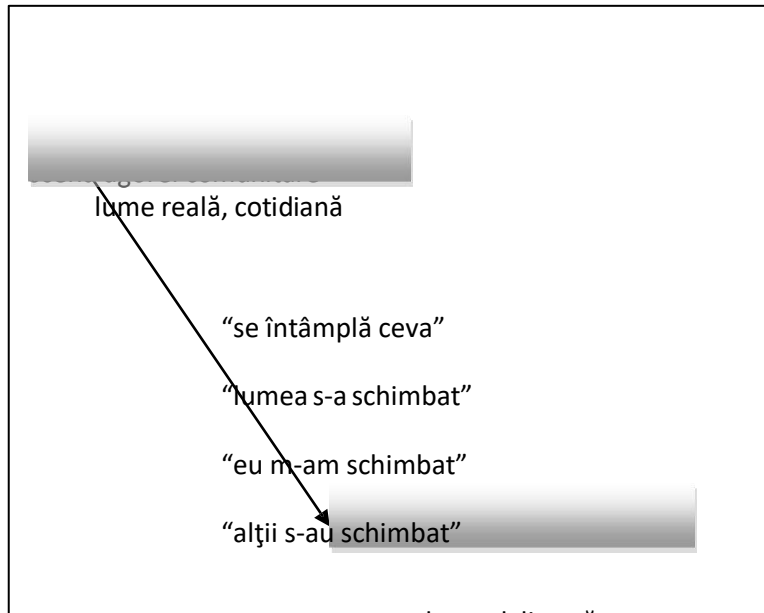
Schimbarea pe care o resimte e indicată cel mai frecvent prin expresia “vrăjire”, “am fost vrăjit”, “mi s-au făcut vrăji”; uneori el și precizează persoana, reală sau fictivă, pe care o incriminează în efectuarea vrăjii.



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

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

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

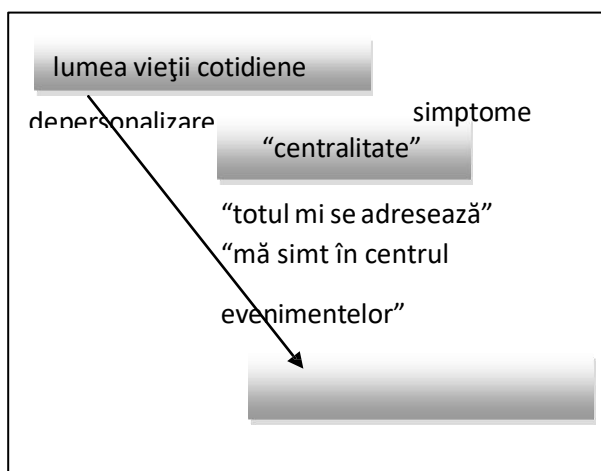


El simte această trecere ca o schimbare: simte că lumea s-a schimbat, el s-a schimbat, e altfel, modificat, nu se mai recunoaște, alții s-au schimbat, sunt substituiți, modificați, “diavoliți” etc.

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

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

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



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

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

SRP

- Alte dispoziții afective

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

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

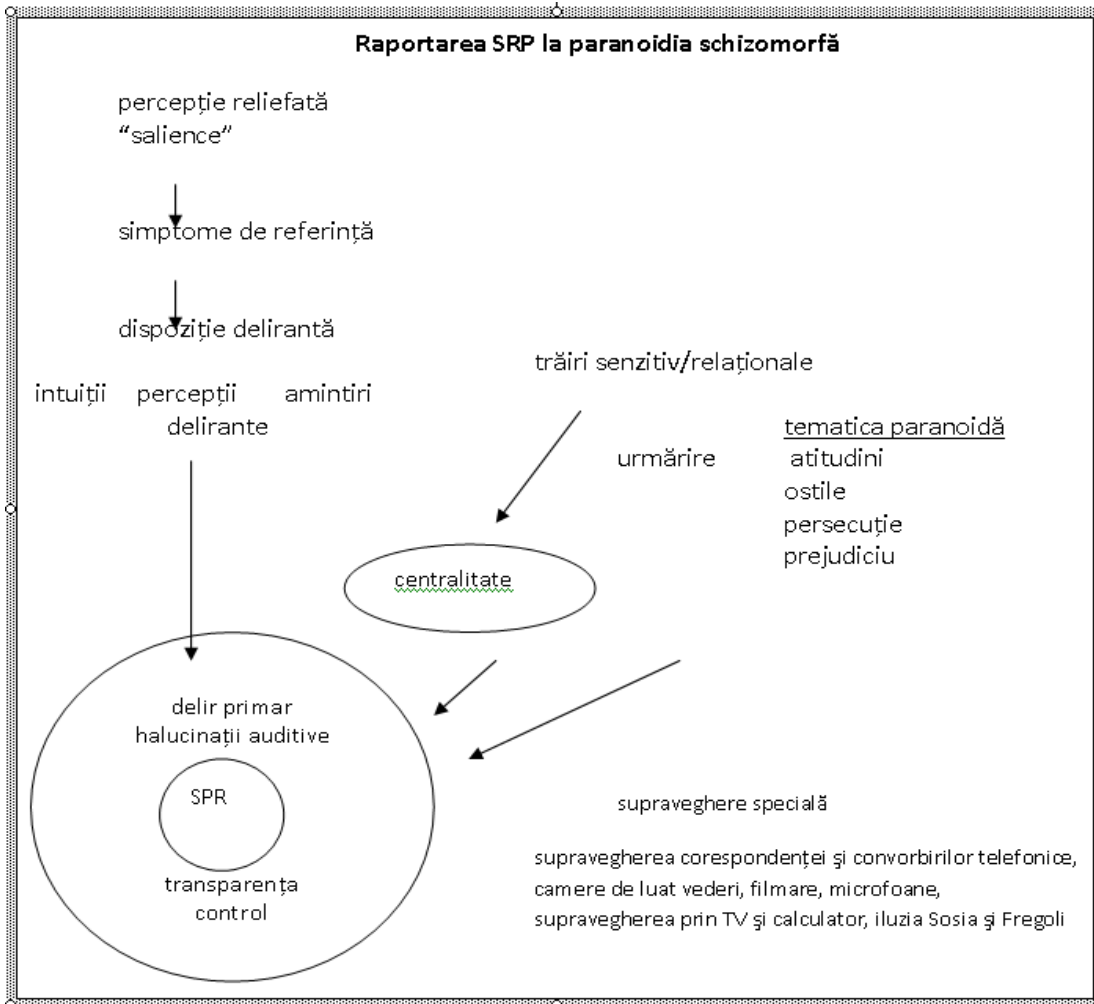
Elementele menționate în schema clasică a delirului primar se întâlnesc în majoritatea cazurilor de instalare a psihozei, mai ales sentimentul schimbării. Adică faptul că “se întâmplă ceva”, că subiectul se schimbă; și la fel, lumea din jur

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

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

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

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



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

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

- dezinhibiție expansivă, necontrolată, tahipsihie de model maniacial.

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

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

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

Sindromul depersonalizant standard, disociativ

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

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

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

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

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

Cazuistică

26. 40/1985

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

27. 78/85

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

Internări ulterioare cu dg. Tulburare delirantă persistentă

28. 104/86

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

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

29. 142/1986

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

30. 199/87

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

Ulterior internări repetate cu dg. Schizofrenie paranoidă

31. 378/1989

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

32. 518/1991

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

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

33. 813/1996

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

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

34. 1018/1998

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

7. Tematica delirantă de gelozie și erotomană

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

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

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

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

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

Cazuistică

35. 159/1987

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

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

36. 1473/2003

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

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

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

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

37. 932/1997

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

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

38. 1500/2003

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

39. 41/1985

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

40. 1274/2001

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

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

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

41. 53/1985

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

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

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

Tematica erotomană

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

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

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

Cazuistică

42. 477/1991

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

43. 1539/2003

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

44. 1464/2003

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

45. 1484/2003

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

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

46. Caz – prezentat în extenso

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“Eram bucuroasă că putem comunica în acest fel.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Tulburări perceptivе în psihoze

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

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

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

Cazuistică

47. 246/1988

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

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

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

48. 1082/1999

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

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

49. 1173/2000

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

50. 1379/2002

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

51. 1387/2002

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

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

52. 1413/2002

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABLOU COMPARATIV AL SPR ALături DE TULBURARILE FORMALE DE GÂNDIRE ȘI DE SIMPTOMATOLOGIA DELIRULUI PARANOID (SCHIZOFORM)		
tulburări formale de gândire	SPR	delir paranoid de persecuție, etc
	halucinații auditive ce comentează subiectul	sdr.senzitiv de relație
	halucinații auditive ce comentează actele	halucinații apelative, imperative, injurioase
	sonorizarea gândirii (ecoul gândirii)	pseudohalucinații
interferența g. intimități	răspândire, difuzarea g. împărtășirea g.	supervizarea de la distanță a intimități (cu aparate)
ideeții intruzivă	ghidirea g. ditierea g.	
mentism (presiunea g.)		cunoașterea g. substituire de persoane (S.Capgras)
întreruperea g.	retragerea g.	
pierderea inițiativiei	controlul g. impunerea g. contrafacerea g.	
depersonalizare (pierderea limitelor sinelui)	controlul voinței	dedublare, stări disociative de posesiune
mişcări automate (necontrolate)	acte impuse	control
hiperreflexie	pasivitate somatică (emoții, impulsuri, senzații corporale)	
cenestopatie		

autoreferința primară	percepție delirantă (delir primar)	interpretări (delirante) semnificații speciale simptome de referință centralitate delirantă

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

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

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

Cazuistică

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

53. 365/1989

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

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

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

54. 973/1998

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

55. 321/1989

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

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



56. 2/1620

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

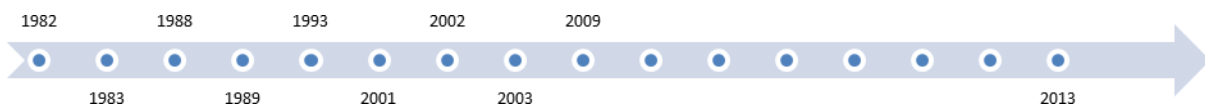
Peste 1 an (1983) e reinternat cu o stare inhibată depresivă și SPRS: citirea gândurilor, sonorizarea, retragerea gândirii; e influențat prin hipnoză și halucinații auditive ce comentează gândurile și acțiunile sale.

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

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

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

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



57. 238/1988

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

Urmează în același an un episod depresiv în care se simte astenică, descurajată, lipsită de orice poftă de viață : “mi-e silă de mine, sunt un cadavru ambulant”; cene-stopatii și “senzația că i se mărește gura”; trăiri senzitiv-relaționale (oamenii discută și o bârfesc; totul se petrece “ca în vis”; dificultăți de concentrare a atenției, baraj mental, sonorizarea gândurilor (“îmi aud gândurile cum suna tare în cap”), “cineva” îi influențează acțiunile. În 1990 un episod depresiv și senzitiv (“îi e rușine când e privită”).

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

58. 872/1997

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

59. 449/1991

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

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

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

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

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

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

Episodul maniacal, depresia majoră și tulburările dispoziției după DSM-5

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

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

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

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

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

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

1. Convingeri subiective tematizabile delirant

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

Tulburări dispoziționale după DSM-5

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

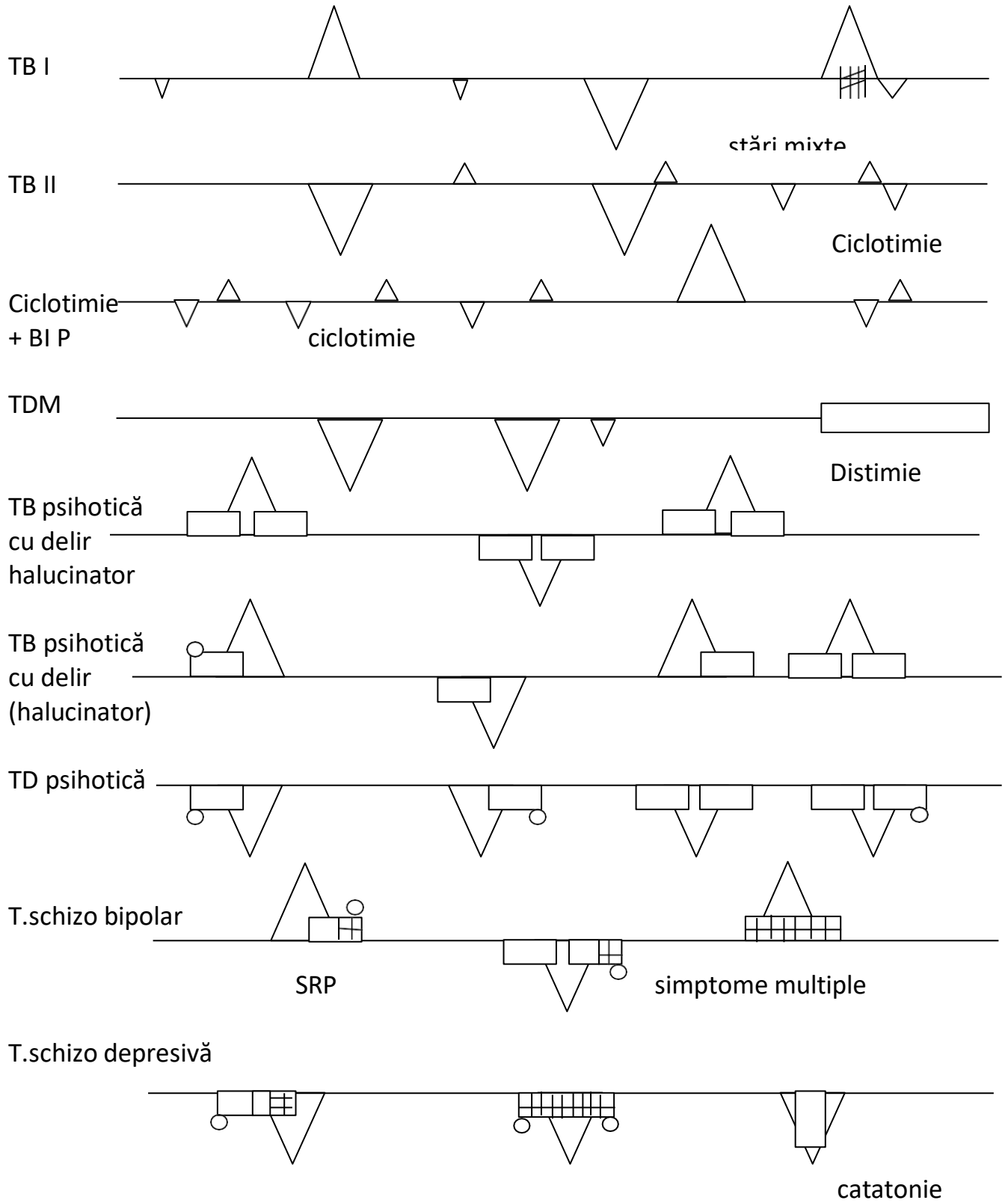
Episodul hipoman e definit prin aceeași simptomatologie ca cel maniacal, dar durata poate fi de (cel mult) 4 zile, iar din lista de simptome adiacente sunt necesare doar 3 (4 dacă dispoziția e iritabilă).

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

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

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

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



Cazuistică

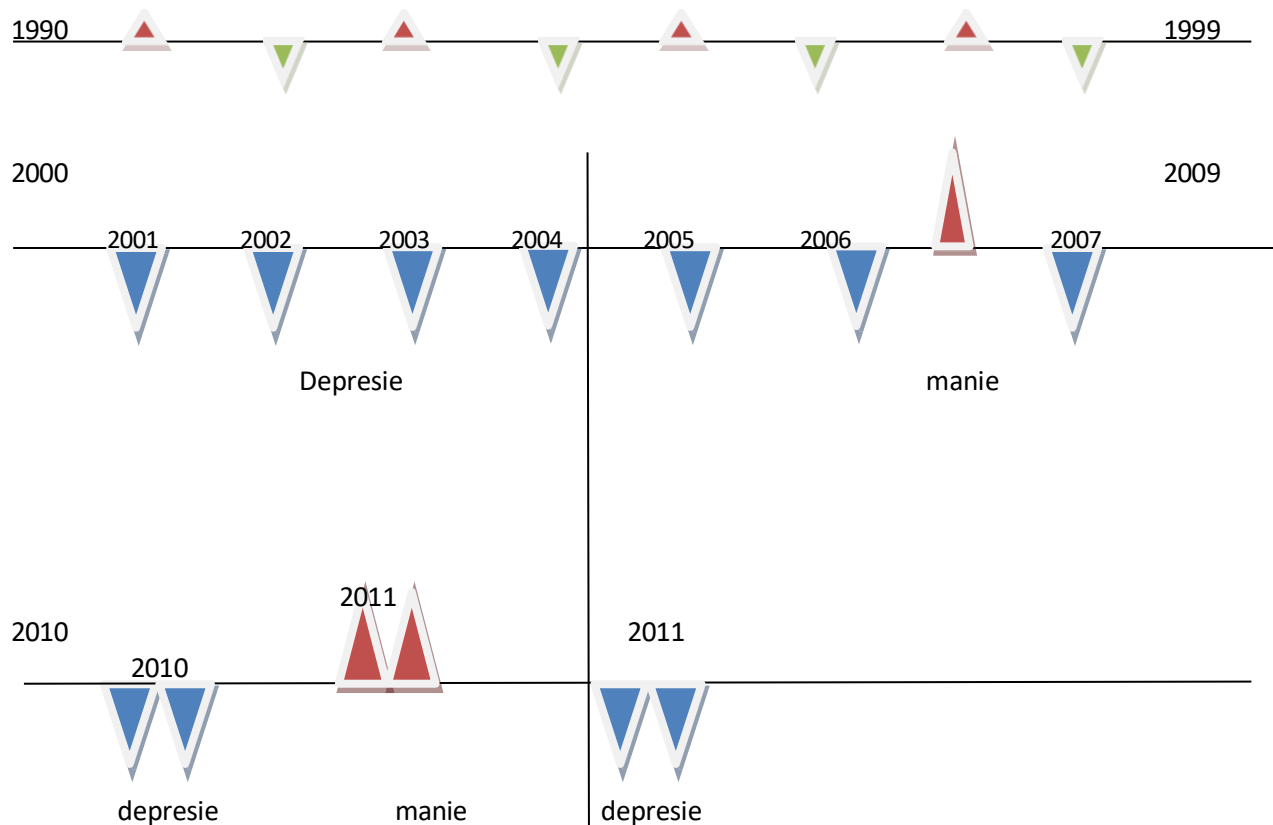
60. 1247/2001

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

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

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

Fisa evolutivă

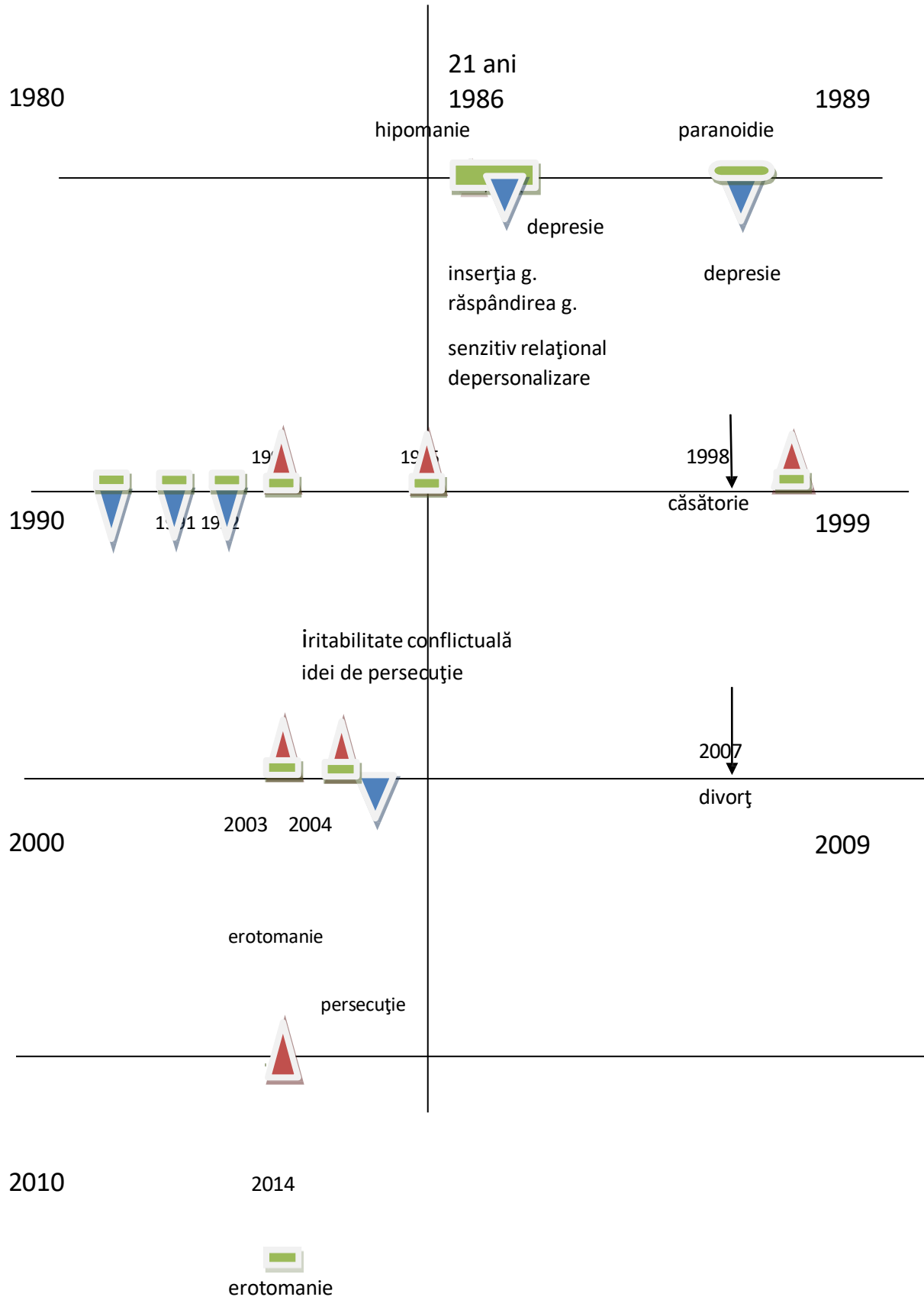


61. 76/1985

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

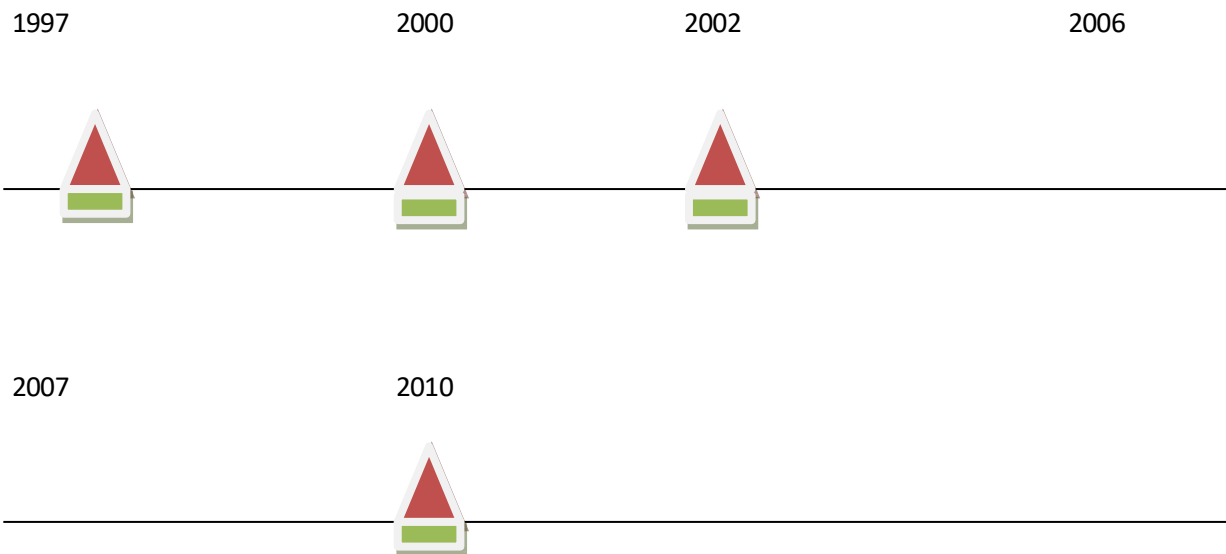
După primul episod în 1985 când simptomele dispoziționale au fost puțin exprimate, la celelalte episoade (=internări) pe prim plan au fost simptomele depresive sau maniacale de intensitate clinică; simptomatologie delirantă a fost tot timpul exprimată fără intensitate pregnantă; idei senzitiv relaționale,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

Linie evolutivă



62. 921/1997

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



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

a. Tematica religioasă și personajele divine

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cazuistică

63. 482/1991

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

64.559/1992

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

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

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

65.695/1994

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

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

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

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

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

66.723/1994

O femeie de 38 ani, debutează brusc (1994) cu o dezinhibiție maniacal agitată și trăiri religioase: se simte inspirată și pleacă strigând pe stradă:

„există Dumnezeu!”. Peste 2 ani (1996) se internează cu agitație maniacală, idei delirante de urmărire și prejudiciu, transparentă și influență, tema mistică nu capătă amploare. Încă două recăderi schizomaniacale cu halucinații auditive comentative, urmate de o stabilizare clinică

67.774/1995

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

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

68.859/1997

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

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

69.984/1998

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

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

70. 1006/1998

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

Fără tulburări dispoziționale evidente clinic.

71. 1072/1999

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

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

72.1382/2002

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

73.1394/2002

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

74.1451/2003

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

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

75.1566/2004

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

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

76.1572/2004

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

2009

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

b. Posesiune demoniacă

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

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

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

- Diavolul poate fi perceput halucinator, prin voci sau șoapte care îndeamnă la lucruri rele.
- Subiectul poate resimți gânduri negative, care pur și simplu îi apar în cursul ideții și pe care le atribuie diavolului. Acestea pot fi trăite în modalitatea insertiei gândirii din SPR: “diavolul îmi introduce în cap gânduri rele”. Uneori, insertia gândirii e dublu comentată: Dumnezeu îmi introduce gânduri bune, diavolul gânduri rele”.
- Ideția negativă poate fi resimțită inițial ca obsesie, în contextul unui set de obsesii negative ce chinuie subiectul, care inițial încearcă să le înlăture. Acestea pot fi idei blasfemiatorii ce apar în biserică sau intenții agresive, aberante, sexuale, de omor (a propriilor copii etc.). Neputând înlătura obsesiile și ținând cont de caracterul lor monstruos, subiectul le atribuie diavolului, ca parte a posesiunii demoniace; atribuirea nu înlătură caracteristicile obsesiv compulsive ale trăirii. Atitudinea critică și relativa distanțare a subiectului față de trăirile de posesiune se păstrează în majoritatea manifestărilor acestora, chiar dacă caracteristicile obsesiv compulsive nu sunt evidente. Cazuistica sugerează că trăirile care gravitează în jurul personajelor divine se apropie mai mult de tradiția fenomenelor de transă psihică (care sunt precursorile manifestărilor disociative); iar cele ce gravitează în jurul posesiunii demoniace se corelează mai mult cu modelul antropologic de trăiri ce stă în spatele fenomenelor etichetate în prezent ca obsesiv compulsive.

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

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

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

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

Cazuistică

77.187/1987

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

78.341/1989

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

79.544/1992

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

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

80.554/1992

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

81.662/1993

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

82.747/1995

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

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

83.958/1998

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

84.1018/1998

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

85.1440/2003

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

86.704/1994

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

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

87.1456/2003

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

88.1523/2003

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

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

89.1519/2003

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

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

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

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

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

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

Cazuistică

90.388/1989

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

91.583/1992

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

92.615/1993

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

93.643/1993

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

94.675/1994

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

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

Reinternări ulterioare multiple

95.1302/2001

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

96.1333/2002

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

101. 84/1986

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

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

d. Influențe delirante prin duhuri

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

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

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

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

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

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

Cazuistică

102.243/1988

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

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

103.631/1993

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

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

104.659/1993

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

105.816/1996

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

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

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

106.902/1997

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

107.918/1997

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

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

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

108. 973/1998

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

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

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

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

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

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

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

109. 1003/1998

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

110.1018/1998

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

111.1174/2000

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

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

112.1194/2000

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

113.1406/2002

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

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

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

Identitatea subiectului, corporalitatea și personajul narativ în psihoze

Identitatea și reprezentarea corporală de sine în psihoze

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

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

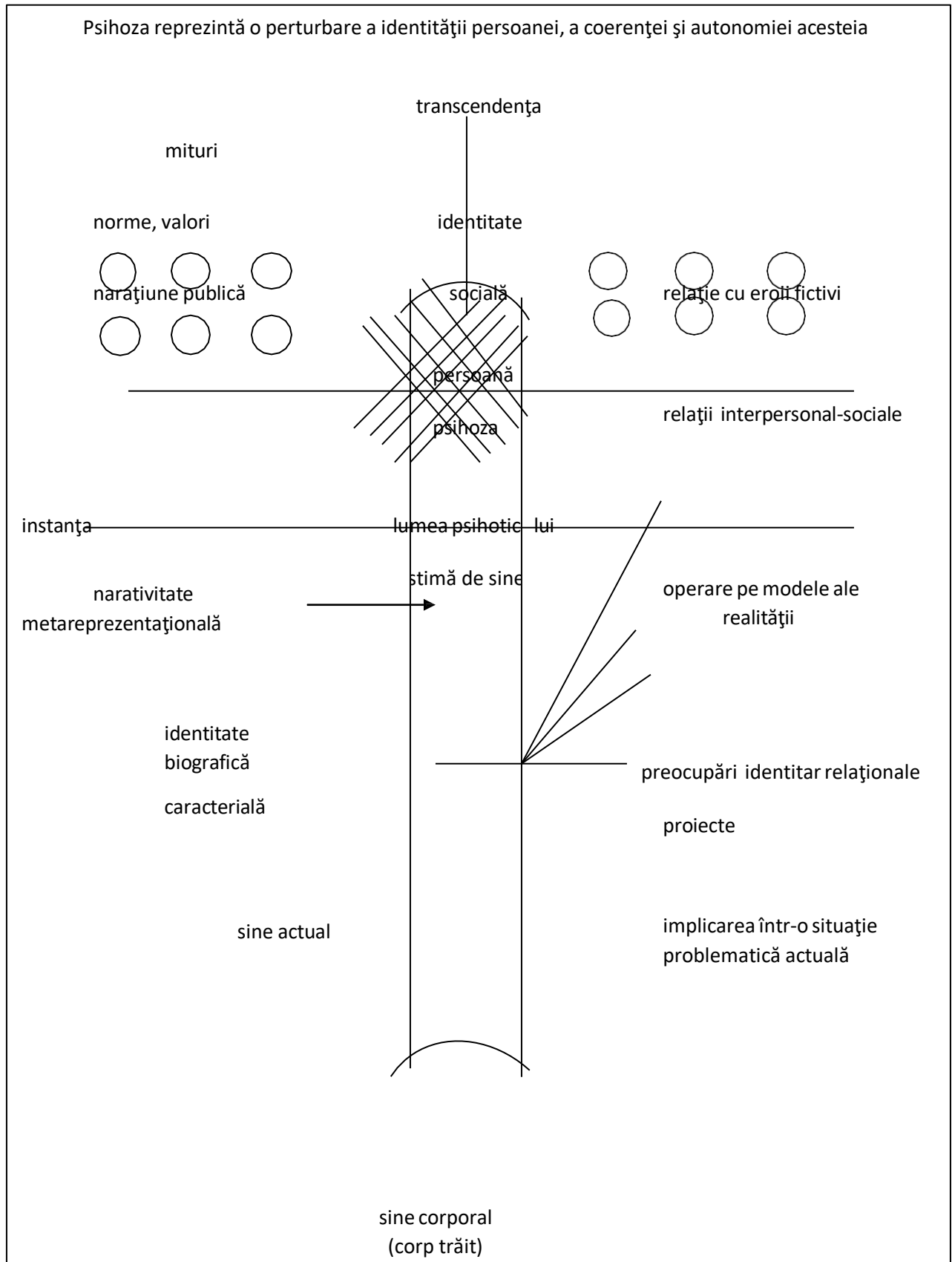
evenimentiale, preluând identitatea unor personaje publice, istorice. Iar uneori idnetificându-se cu personaje fantastice, mitologice, supranaturale.

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

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

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

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



Cazuri

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

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

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

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

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

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

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

115.123/1986

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

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

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

116.141/1986

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

117.517/1991

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

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

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

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

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

118.827/1996

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

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

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

119.589/1992

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

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

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

120. 1056/1999

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

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

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

121. 1098/1999

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

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

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

122.1142/2000

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

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

123.1338/2002

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

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

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

124.1587/2004

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

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

125.49/1985

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

126.491/1991

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

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

127. 1243/2001

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

128. 1481/2003

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

Dezorganizarea ideo verbală (conceptuală)

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

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

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

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

b) Tulburări ale sintezei logico-semantice și ale abstractizării.

c) Alterări ale ordonării ierarhice intenționale, a manifestării subiectului centrat și delimitat, într-un context accesibil.

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

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

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

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

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

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

Dezorganizarea în plan comportamental

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

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

Simptomatologia deficitară în psihoze

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Miscelania

Cazuistică

129. 391/1989

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

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

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

130. 1113/1999

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

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

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

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

131.569/1992

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

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

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

132.583/1992

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

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

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

Pacientul este practicant pentecostal.

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

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

133. 1344/2002

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

134. 457/1991

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

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

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

- Prezintă o postură ciudată – mâinile ridicate în aer
- Disociație ideoverbală
- Răspunsuri alătura

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

- idei delirante de urmărire, persecuție, prejudiciu
- idei senzitiv relaționale
- idei de influență și control
- comportament bizar concordant cu trăirile delirante
- energie crescută
- dezinhibiție comportamentală
- limbaj decenzurat
- idei delirante de urmărire, persecuție, control, influență
- logoree
- idei și interpretări delirante cu conținut senzitiv relațional „oameni necunoscuți se uită ciudat la el”, „îl bârfesc când mergea pe stradă”, „capra sunt eu, oile le cunoaște Dumnezeu”; „pițipoancele sunt cornute sau șute, dar eu nu știu să le deosebesc”; „oile sunt umile, caprele privesc în sus”; „când e SECAM, asta înseamnă că e un semn de exclamare – apare diavolul și corupe memoria”
- idei de urmărire : „oameni necunoscuți îl urmăresc pe stradă, camera TV îl urmărește, dacă se folosește TV cu antena aeriană nu sunt probleme”
- halucinații auditive: nu știu cine îmi vorbește, Dumnezeu sau satana.

ANEXA I

Principalele categorii diagnostic care cuprind simptomatologia psihotică

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

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

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

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

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

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

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

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

F 22 Tulburare delirantă persistentă

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

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

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

F 22.9 Tulburare delirantă persistentă, nespecificată.

F 23 Tulburare psihotică acută și tranzitorie

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

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

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

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

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

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

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

F 24 Tulburarea delirantă indusă

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

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

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

Patologia psihotică mai e menționată în ICD-10:

În cadrul tulburărilor dispoziționale

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

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

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

F 00 Tulburări mentale organice

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

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

Întâlnirea 2, 24 Aprilie

2/ Expunere: Tulburarea delirantă paranoidă și spectrul ei.

În patologia psihiatrică psihotic-delirantă tematica paranoidă, de atitudine ostil agresivă, persecuție și supraveghere – **paranoidă** -, ocupă un loc central. Subiectul e convins că a dobândit o nouă identitate, de personaj cuprins într-un scenariu fictiv în care alteritatea (alte persoane, instituții sau entități supranaturale) intenționează să-i facă, i-au făcut sau îi fac “ceva rău”, supraveghindu-l îndeaproape. Delirul paranoid este prin definiție relațional, tematica sa trebuind să precizeze trei aspecte: 1/cine sunt persecutorii; 2/ în ce constă persecuția; 3/cum se desfășoară supravegherea.

Psihoza delirantă paranoidă tipică se desfășoară pe un fundal dispozițional anxios fobic, deseori însoțită de o tensiune iritabilă; dar se poate manifesta și în contextul unei dispoziții de relație megalomană sau depresiv vinovată și de autodeprecieri. Delirul paranoid se însoțește de obicei de halucinații, predominant auditive, cele comentative putând avea o semnificație specială. Simptomele de supraveghere se pot manifesta particular, ca fenomene de transparență/influență sau ca simptome de referință/centralitate, în cazuri ce pot ajunge la intersecție cu simptomatologia din seria dezorganizării și depersonalizării deficitare, în direcția schizofreniei.

D.p.d.v. clinic, psihoza delirant-paranoidă se plasează în centrul patologiei psihotice, printre - sau în conjuncție cu - alte teme delirante; dar tematica de persecuție și atitudine ostil-agresivă se reîntâlnește și în alte categorii nosologice precum:

- Tulburarea de Personalitate paranoidă, caracterizată printr-o continuă suspiciune a pacientului în raport cu oricine în variate situații

-Tb. reacția (dezvoltarea) prevalențial paranoiacă: de revendicare, luptă sau senzitiv relațională.

-Delirul sistematizat monotematic cu temă de persecuție

-Schizofrenia delirant paranoidă

- Tb dispoziționale de relație maniacală sau de inhibiție depresivă, care combină megalomania sau autodeprecierea cu ideatăie paranoidă

- În psihoze ce se manifestă în condiția consumului și dependenței de substanțe psihoactive, a intoxicațiilor, infecțiilor și altor afectări organice cerebrale.

Tematica paranoidă are în vedere, acum s-a menționat, 3 aspecte:

1/ Cine sunt persecutorii? Trimiterea poate fi făcută la:- persoane cunoscute și accesibile: rude, vecini, cunoștințe, colegi, șefi, persoane de contact necunoscute..; - personaje socio politice ale mediului socio cultural; - instituții, organizații, mai mult sau mai puțin obscure: mafia, masoneria, SRI, serviciile de spionaj, organizații extremiste..;personaje istorice culturale, fictive..legendare.. mitico religioase, fantastice (spirite, diavoli, instanțe supranaturale, extraterestrii, Dumnezeu, vrăjitori, “energii”.. entități abstracte misterioase etc). Referințele la persecutori indică și gradul de inserție a delirantului într-o lume narativ-fantastică, mitologică, în care intră odată cu noua sa identitate delirantă.

2/ În ce constă persecuția ? : - prejudiciu, subminarea bunei funcționări, a poziției sociale, denigrare morală, atac asupra corpului, îmbolnăvire, inducere de disconfort sau dureri, otrăvire, privare de libertate, înnebunire, atac asupra averii, familiei etc.

3/ Cum se desfășoară supravegherea ?

a/ În modalitatea observării directe, prin privire centrată și atentă și comentare negativă, disprețuitoare și batjocoritoare (din partea unor persoane cunoscute sau necunoscute) ca în sd senzitiv relațional

b/ Prin urmărirea directă, individuală sau organizată în rețea, inclusiv urmărirea la distanță cu diverse mijloace, supravegherea continuând în spațiile intime (locuința, sertare secrete, acte, baze de date personale); sunt invocate mijloace tehnice speciale :microfoane, filmări la distanță, avioane, drone, sateliți, TV. radio, utilizarea electricității, a undelor, laserului....mijloace psihice (hipnoză la distanță..parapsihologie...gânduri...voci..)vrăji, magie, descântece,.... spirite.

c/ O modalitate aparte a supravegherii se exprimă în sindromul de transparență/influență, în care controlul și manipularea este resimțită în chiar interiorul și intimitatea sinelui agențial (la nivelul la care subiectul resimte că, propriile gânduri, dorințe și decizii iau naștere). Simptomele acestuia sunt: -ghicirea, citirea, răspândirea, împărtășirea gândirii(g);..- supravegherea, controlul, monitorizarea, influențarea, contrafacerea (g);..- retragerea și inserția (g);..-ecoul, sonorizarea, spațializarea (g); interferența (g);...impunerea mișcărilor și comportamentului (subiectul se resimte ca un automat dirijat din exterior);..-pasivitatea somatică (impunerea de senzații corporale, de emoții, dureri, deformări etc.). Supravegherea și manipularea exterioară poate fi resimțită în aceste cazuri prin implantarea în corp-creier a unor cip-uri sau prin posesiunea de diavol.

Simptomele de transparență influență se conjugă cu tulburările formale ale cursului gândirii (resimțite subiectiv) – vezi Aduș-ul - și cu depersonalizarea deficitară; ele sunt paralele cu halucinațiile auditive comentative, cu care sunt grupate împreună în Simptomele de prim rang Schneider.(SPR) pentru diagnosticul schizofreniei.

Delirul paranoid se însoțește de obicei de tulburări în sfera perceptivă, inclusiv de halucinații.

Un prim nivel este cel al “percepțiilor reliefate”(salience) ce constau în fixarea pe un detaliu ce e decontextualizat și hipersemnificat delirant. Simptomul se poate intersecta cu iluziile și paraeidoliile, inclusiv cu halucinațiile funcționale; și el se regăsește într-o specială dezvoltare în simptomele de referință.

Halucinațiile ce se întâlnesc în delirul paranoid pot fi variate: gustative, olfactive, cutanate, corporale, rareori vizuale; cele mai frecvente și specifice sunt halucinațiile auditive ideoverbale, mai ales sub forma unor voci comentative. Dintre acestea au fost considerate ca având un statut special două variante:

-Hal.aud comentative constând în doua sau mai multe voci ce discută între ele despre pacient, evaluându-l și comentându-l. -Voci se sunt resimțite ca și comentând actele în desfășurare ale pacientului : “ce face în clipa de față, ..ce gândește...ce intenționează..etc”... Aceste două modalități, care exprimă sentimentul pacientului că intimitatea sa ultimă e invadată xenopatic, au fost incluse de Schneider printre “simptomele de prim rang importante pentru diagnosticul diferențial al schizofreniei (paranoide)” (SPR).

Un grupaj de trăiri psihopatologice corelate delirului paranoid nuclear (orientat spre schizofrenie) este cel al simptomelor de referință, centralitate și dispoziție delirantă.

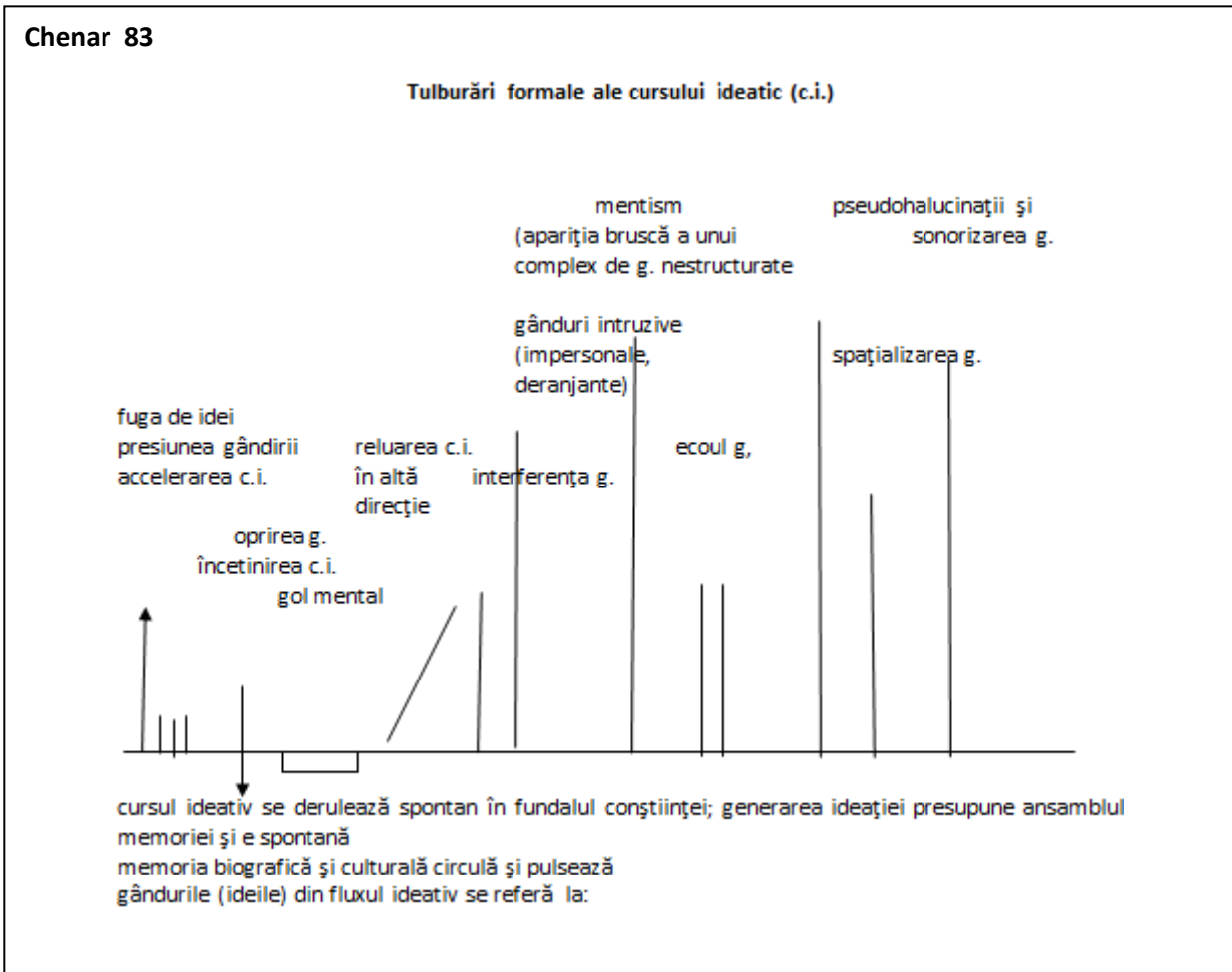
Simptomele de referință constau în perceperea unor fragmente de realitate ce sunt resimțite ca având o semnificație specială pentru subiect, ca și cum l-ar anunța că urmează să i se întâmple ceva deosebit. Percepțiile din această categorie sunt variate (fără o trimitere specială la relaționări interpersonale) : perceperea unei culori ce apar ca deosebită, a unei cifre (ce pare a se repeta, neîntâmplător!!), întâlnirea unui prieten, trecerea unei mașini a salvării, căderea unei frunze,...un anunț de la radio... etc. Subiectul se resimte “în centrul” unei lumi ce se învâрте în jurul său cu semnificații bizare, stranii, anunțătoare de nou (= sd de “centralitate”) .

Subiectul trăiește o stare dispozițională aparte, de tensiune și așteptare a unui eveniment important pentru el, încordat,...intrigat...lucrurile pe care le constată par a nu fi

întâmplătoare, ...ambianța pare a fi deosebită cea uzuală...dispare sentimentul de firesc (banal, obișnuit) cu un sentiment de straniețe și nefiresc. Această stare dispozițională a fost etichetată de Jaspers ca “dispoziție delirantă bazală (Basalewahnstimmung) considerând ca e precede instalarea bruscă a “delirului primar” printr-o “percepție delirantă”: e vorba de o percepție în sine banală, dar care brusc clarifică subiectului noua sa condiție delirantă....(faptul că ajunge în condiția de personaj dintr-un scenariu fictiv dintr-o lume delirantă).

Simptomatologia de referință, centralitate, dispoziție delirantă - și în final percepție delirantă – nu se desfășoară clinic totdeauna după schema rigidă sugerată de Jaspers. Dar ea se cere înregistrată, în conjuncție cu tematica delirant halucinatorie paranoidă, mai ales dacă sunt prezente și simptome de transparență/influență; căci, acumularea acestei simptomatologii sugerează alunecarea spre patologia schizofrenă. Delirul paranoid se poate conjuga și cu sd. de dezorganizare ideo-verbală și motivațional comportamentală...precum și cu sd. de depersonalizare deficitară (apato abulic și autist). La această conjuncție sindromatică se poate plasa, argumentat, cazuistica propriu-zis schizofrenă.

Adaos. Simptomatologie delirant paranoidă este în esența ei trăită subiectiv, mai ales la nivelul simptomelor de supraveghere și a celor halucinatorii. O parte din simptomele de transparență/influență se cer analizate din perspectiva resimțirii normale a cursului ideativ, în fundalul introspecției conștiente. (Fapt întreprins de psihopatologia cognitivist fenomenologică mai nouă). Fiecare persoană poate sesiza, în condițiile detașării de ambianță și a relaxării, faptul că în fundalul trăirilor sale apar și se manifestă amintiri, reprezentări, asociații de idei spontane etc. E vorba de o pulsație continuă a fundalului mnestic biografic propriu, a cărui depozit informativ e dinamic, reorganizându-se constant printr-un dinamism circulant (a cărui expresie cea mai evidentă e constituită de somnul cu vise).



În acest fundal al cursului ideativ, subiectul poate resimți uneori apariția unor idei noi, soluții la probleme care-l frământă, inspirație creatoare;...dar și idei nedorite, care se pot repeta deranjant, parazitar. Patologia obsesivă se cantonează la acest nivel. În psihopatologie tot la acest nivel pot apare „halucinațiile psihice”= reprezentări interioare pregnante, cvasi-perceptive, ce vin din interior și nu sunt proiectate în spațiul exterior. Alte aspecte particulare și patologice la acest nivel sunt: ideăția intruzivă, presiunea gândirii, accelerarea și încetinirea gândirii, golul mental, mentismul.

Chenar 84

Cursul ideativ

între spontaneitate și orientare ținută
inspirație creatoare
(artistică etc.)

asociații libere

imagerie

relaxare mnestică și
imaginativă din contemplare

visare cu ochii deschiși

spontaneitatea ideo-verbală
și a imaginației

SPATIU INTERIOR

relaxarea asociațiilor
rememorării și reprezentării
spontane

ecoul gândirii

interferența gândirii

ideație intruzivă

presiunea gândirii

mentism

pseudohalucinații

corporalitate trăită

percepție

elaborare, realizare în plan ideoverbal

halucinații

orientarea ținută spre rezolvarea de
probleme și transmitere de mesaje

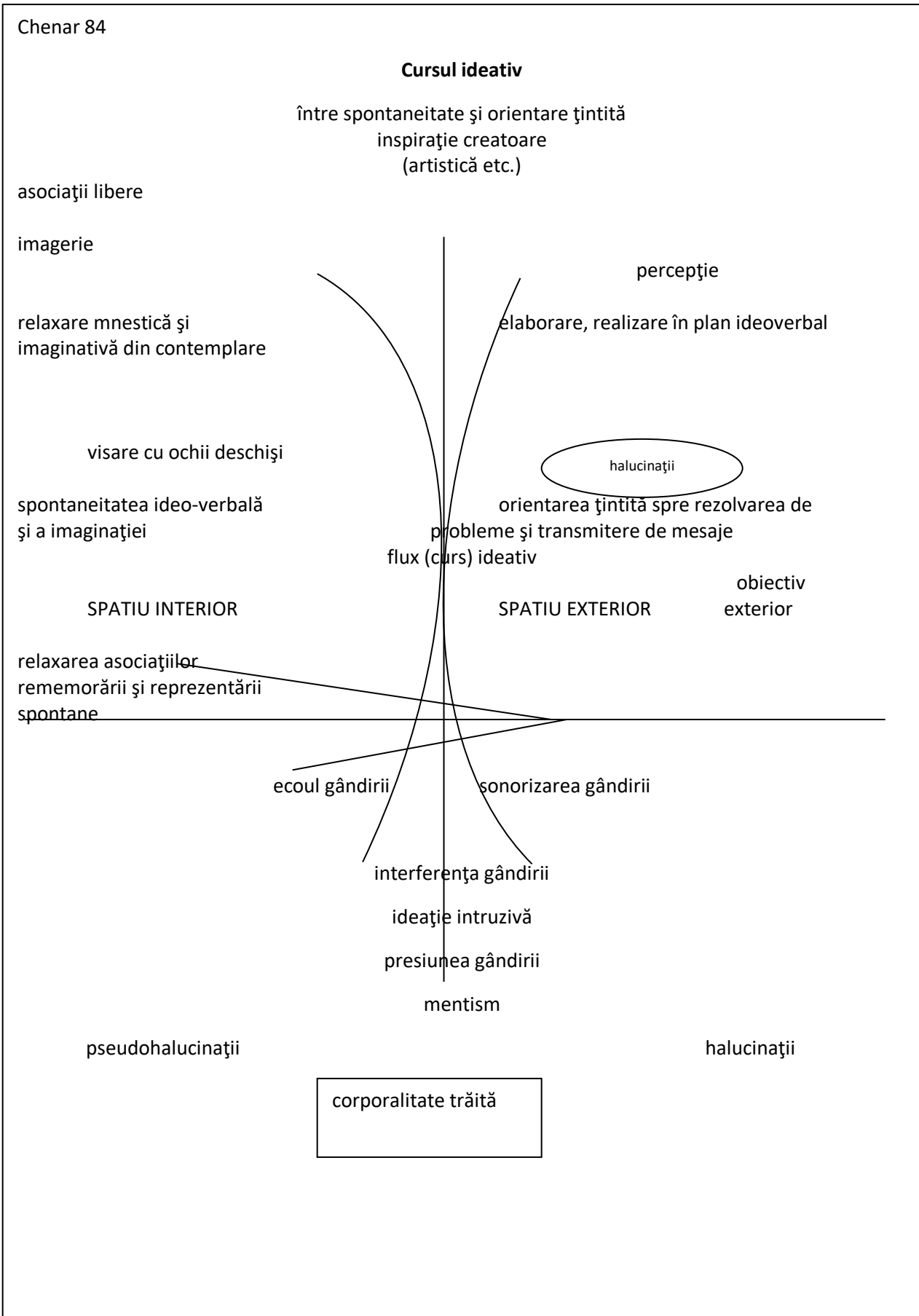
flux (curs) ideativ

SPATIU EXTERIOR

obiectiv
exterior

sonorizarea gândirii

halucinații



Zona cursului ideativ este una profund intimă, trimițând spre structura identitar mneștică. Totuși ea face parte din deschiderea și articularea subiectului cu actualitatea trăită și deci cu lumea sa umană; căci trăirea semnificației situaționale și proiectul de afirmare a subiectului în lume, se corelează tocmai la acest nivel cu identitatea biografică a persoanei sale. Faptul a fost sesizat de psihanaliză și comentat de perspectiva creativă a persoanei umane.

Autopercepția subiectului poate fi înțeleasă și comentată și ca un aspect al reflexivității sinelui, cu accent pe dimensiunea sa identitar mneștică, a familiarității cu sine, care include și zona accesului la propriul fond de cunoștințe; precum și cea de autogenerativitate și dinamism intențional, de dinaintea executării actelor voluntare. Adică domeniul care precede, întemeiază și susține vizările sale intenționale, proiectele și acțiunile deliberate, elaborate conștient, realizate treptat cu ajutorul funcțiilor executive controlate de persoană. Agenția reflexivă a subiectului se extinde, desigur, și spre acest teritoriu profund; la limita căruia el poate înregistra, atunci când e atent, „cursul său ideativ”, cu o anumită obiectivitate; analizându-l și prelucrându-l, eventual creator. Iar odată cu acest curs ideativ, subiectivității persoanei umane i se oferă și i se poate dezvălui, nu doar parametrii propriei biografii și ai cunoștințelor asimilate, inclusiv cele culturale și abstracte; ci și sensurile care întemeiază și susțin cunoștințele sale privitoare la lume în ansamblu. Adică infrastructura „logosului”, zona condițiilor de posibilitate ontologice, ce cuprinde și definește capacitatea omului de a specula asupra originilor și esențelor.

3/Expunere: Lumea delirantului

Recapitulare privitoare la delir.

Delirul este definit de obicei ca : O convingere puternică, de neschimbat prin argumente, într-o idee (temă) aberantă și neadevărată, care nu poate fi modificată prin argumente. În esență, această tematică se referă la o nouă identitate specială a subiectului, ce se resimte ca un „personaj” dintr-un scenariu fictiv, privitor la starea și relaționările sale, la statutul său existențial; răspunzând la întrebări precum: „cine sunt?”, „în ce stare mă aflu ?” , „ cu cine sunt relaționat și în ce fel?”(e.g. sunt un om deosebit de: bolnav, urât, persecutat, capabil, incapabil, urmărit, supravegheat, controlat, dirijat ?...etc). Prin transformarea și reducerea sa la o condiție identitară anormală de personaj, subiectul ce intră în stare delirantă „se mută” într-o „lume fictivă, delirantă”, ce seamănă cu lumea miturilor, legendelor, literaturii de ficțiune, basmelor etc.; lume în care cauzalitatea și spațio temporalitatea se desfășoară după reguli specifice. Circumscrierea semiologică a tablourilor delirante întâlnește curent aceste doua aspecte particulare : 1/ condiția de personaj cu probleme, disponibilități și relaționări neobișnuite a pacientului : 2/ caracteristicile de „lume fictivă” (deseori supranaturală) a ambianței în care se simte plasat și a entităților (personajelor) cu care el ajunge să interacționeze.

Delirul se desfășoară pe diverse fonduri dispoziționale: de euforie expansivă (model maniacal), depresivă, apatică, iritabilă, dar cel mai des pe fundal anxios-fobic-suspicios, în cazul modelului paranoid de manifestare. Delirul paranoid se însoțește și de o simptomatologie relațională specifică de supraveghere, ce poate avea variate nivele : - senzitiv relațional; - de urmărire, inclusiv la distanță și în intimitatea fizică, cu metode speciale; - controlul intimității sinelui nuclear prin simptomatologia de transparență psihică (ghicirea gândirii, citirea, împărtășirea răspândirea, sonorizarea,

ecoul, spațializarea gândirii). Simptomatologia de transparență a sinelui intim se dublează de obicei și de fenomenul de influență și manipulare a agenției persoanei (insertia și retragerea gândirii, contrafacerea g., impunerea de acte și comportamente (inclusiv a vorbirii), impunerea de emoții, de senzații neplăcute)

Psihopatologia delirantă se însoțește în mod curent și de perturbări perceptivă (tb. de formă și semnificație a datelor perceptivă, halucinații cu diverse caracteristici predominant auditive, comentative), uneori de perturbări de tip dezorganizant (în arie ideo-verbală și comportamentală - , simptome deficitare (apato-abulice, de reactivitate emotivă și deficit de relaționare cu retragere socială).

Instalarea delirului se realizează în forma clasică a delirului primar prin următoarea succesiune: - simptome de referință (percepții diverse sunt resimțite decontextualizat, ca fiind purtătoare a unor mesaje misterioase special adresate subiectului, care-l vor anunța că se va întâmpla ceva deosebit cu el'; această trăire induce o stare de tensiune și o dispoziție specială de centralitate : totul se învârtă în jurul meu mi se adresează”..această atmosferă stranie, de schimbare, de necunoscut (nefamiliaritate) ce se anunță, a fost etichetată ca „dispoziție delirantă bazală”. Pe acest fond, o percepție banală – sau o amintire, o intuiție – poate cristaliza convingerea tematică a delirantului, de intrare într-o noua lume de ficțiune, cu o identitate de personaj și cu relaționări cu personaje și entități fictive.

Interpretări doctrinare ale stării delirante.

Interesul crescut pentru delir din ultimul timp a condus la modele interpretative cognitiviste parțial testate experimental, așa cum sunt teoria bottom-up, top-down și cea a insuficienței respingerii ipotezei false. Aceste modele cognitiviste au încercat o abordare a convingerii delirante după modelul unui om de știință care se bazează pe date experimentale pentru a ajunge la concluziile unei teorii științifice considerate adevărată (= convingerea delirantă). A mai fost propusă o ipoteză neurocognitivă a „căutării în baza de date a memoriei” care interpretează delirantul ca un ”fals redactor de autobiografie”. La acest nivel menționăm însă ipoteza unui al prestigios

specialist în neuroștiințe, Gallanger, redactor a unor multiple monografii de prim interes, care propune recent, într-o culegere dedicată “Psihiatriei ca știință neurocognitivă” o interesantă ipoteză explicativă, cu trimitere la “realitățile multiple”, pe care o invocă făcând referințe la James și Schultz. (3) El scrie:

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

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

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

Cazuistică (din literatură și Registrul de cazuri)

1. Cazul Schreber

Paul Schreber (1842-1911) a fost un jurist german care, ajuns președinte de tribunal dezvoltă, după 40 ani, o psihoză pentru care are trei internări. Debutează cu un vis erotic cu poluție, pe care-l resimte în postură feminină; se gândește că trăirea i-a fost indusă din afară, concluzionând ca medicul său psihiatru (dr.Fleshing) i-a inoculat gânduri prin hipnoză la distanță. În continuare e convins că sute de oameni se interesează de el cunoscându-l și transmițându-i gânduri prin telepatie, utilizând “limbajul nervilor”. Sistemul delirant devine tot mai amplu, incluzându-l pe Dumnezeu și “razele divine”. În noua sa concepție un rol important îl joacă *nervii*, comuni oamenilor și lui Dumnezeu; care, prin miracole și raze divine a creat o serie de “oameni trecători nocivi” ce vor depopula lumea (iar dr Fleshing e în contact cu acest “limbaj al nervilor”, el specializându-se în “boli de nervi”). Delirul tot mai amplu a lui Schreiber va include cosmosul, Divinitatea superioară și inferioară, avantcamera cerului – unde vor sta “suflete-nervi preafericite înainte de intrarea în rai... Prin razele divine și prin miracole Dumnezeu acționează asupra nervilor oamenilor.... și l-a ales pe el, să-l transforme printr-un miracol în femeie, și fecundând-l.... să repopuleze lumea, după ce omenirea va dispărea.

Pe parcursul celei de a doua internări Schreiber a scris o carte destul de coerentă despre concepția sa despre lume și Dumnezeu, gândirea logică și limbajul nefiindu-i deteriorat.. El a fost externat în 1904 și a locuit cu mama sa până la moartea acesteia în 2007. Cartea publicată de Schreiber a fost interpretată de Freud, de Lacan și de mulți alți autori.

Cazul 2 - 1109/1999

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

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

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

Comportamentul religios accentuat poate să se manifeste în normalitate; la fel ca

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

Cazul 3 - 1353/2002

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

linii în palmă pe care o interpretează ca o cruce ce i-a apărut din senin: „e posibil ca Dumnezeu să fi făcut asta”.

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

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

Cazul 4 – 806/1996

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

După acest debut cu delir de misiune specială, urmează repetate internări, tematica delirantă rămâne de grandiozitate, dar se centrează pe relația cu diavolul; de fapt, cu o

armată de draci care e în strânsă legătură cu o vrăjitoare. Descrierile pacientului, deși uneori cu marcate alunecări narative, se mențin de-a lungul anilor în același univers, cu aceleași personaje.

Prezintă pseudohalucinații auditive imperative și comentative: o voce de femeie îi comandă ce să facă; această voce a fost făcută prin vrăji și introdusă în cap tot prin vrajă de către vrăjitoare care e în armata de draci și care acum e în iad. Vocea comentează și acțiunile pacientului, îl critică, îi vorbește urât pe cei din jur; uneori o poate controla și când îi spune „taci voce” aceasta se oprește; În urmă cu un timp aceasta i-a ordonat să-l lovească pe tatăl lui asigurându-l că nu va păți nimic, el l-a lovit și a fost internat în spital. De atunci i se împotrivesc când îi comandă ceva.

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

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

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

Insight-ul lipsește, nu se consideră bolnav ci „fermecat” ori „vrăjit”, sau are un

virus și trebuie să stea în spital 9 ani, adică să facă 9 ani de armată în spital, ca să-și facă o prietenă, deja a făcut 4 ani

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

Delirantul, ieșind în mare măsură din lumea vieții cotidiene, a comunității în care trăiește, nu e lipsit de lumea sa. Acesta e o lume paralelă, care împrumută mai mult sau mai puțin din lumea narațiunii și personajelor sacre – iar lumea diavoliților e corelată acestora –; și/sau din lumea poveștilor, a narațiunilor fictive. În mod explicit, pacientul menționat spune că nu e bolnav ci a fost vrăjit ca să trăiască într-o lume de ficțiune.

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

Caz 5 (Schizophrenia Bulletin, Nr.1, 2014)

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

cu alte semnificații în contexte noi au fost considerate neologisme, înregistrându-se și răceala sa afectivă. Deși pacientul se consideră normal psihic, primii experți au pus diagnosticul de schizofrenie paranoidă.

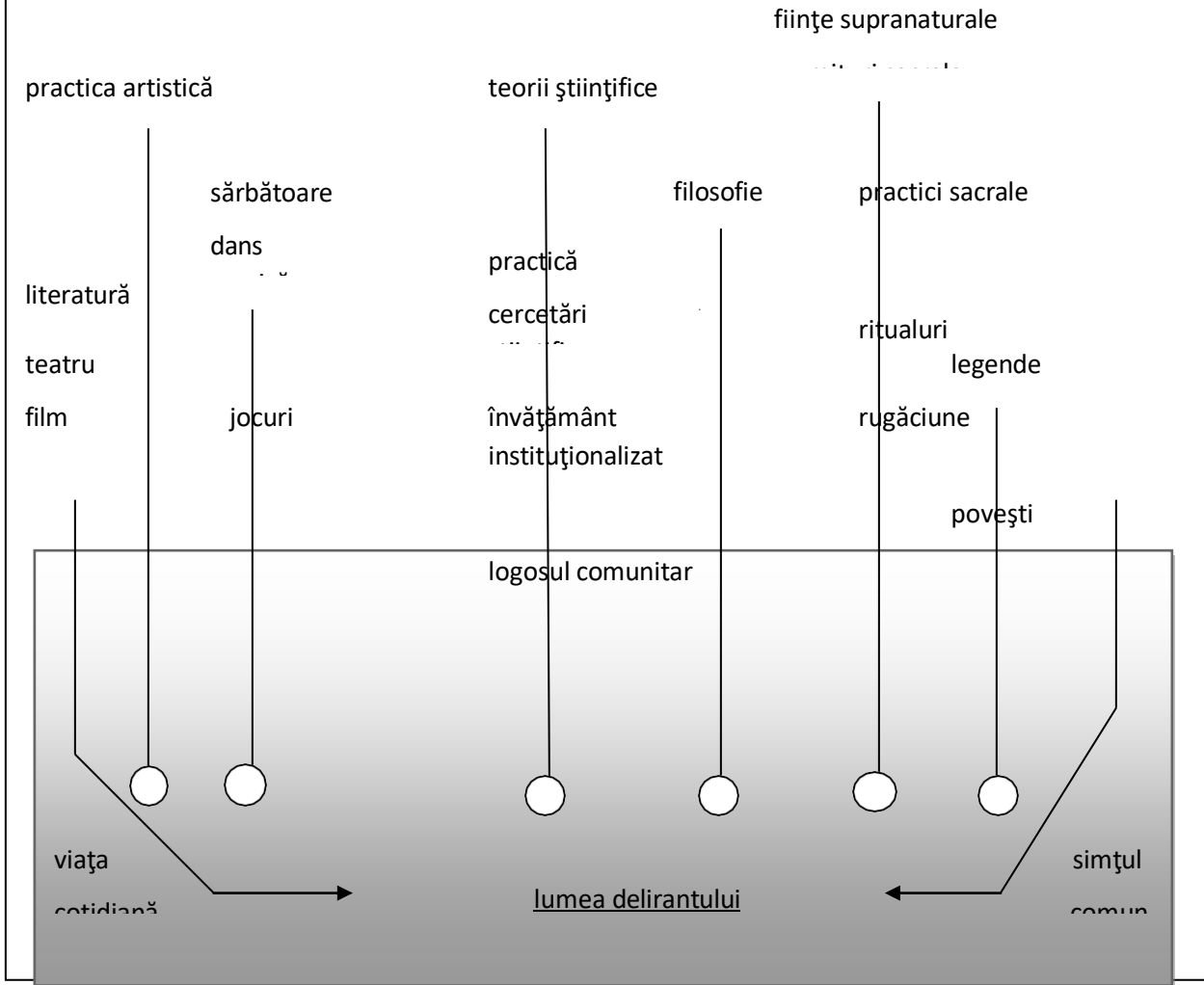
Acest diagnostic îl absolvea însă de crimă. În urma protestelor generale s-a trecut la o nouă expertiză, fiind examinat săptămânal de mai multe ori. Treptat, el a început să reducă importanța Regilor Templieri și să admită că a exagerat rolul său. Al doilea diagnostic a fost de personalitate narcisistă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

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

X X X

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

O schemă a "lumilor multiple" care se corelează cu viața cotidiană, în sensul ipotezei lui



4/ Expunere: Tulburările perceptivă în psihoze

Scurt istoric și încadrarea problematicii percepției.

Între tulburările psihotice pe care le comentează DSM-5 alături de delir se află și halucinațiile necriticăte. 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 științific 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. Psihatrii 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 ideatei 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 evenimential orientat.

Trăirea perceptivă nemijlocită e plasată astfel pe o „scenă evenimentială” 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, percep 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, evenimentiale. 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 semnificante, 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 precunoaștere 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.

Chenar 80**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 perceptive 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 dezbatere 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, semnificată și proiectată pe un fundal accesibil. În actul de percepție este inclus și subiectul, ce se plasează la unul din polii „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 developmentală și evoluționistă. În ultimele decenii s-a analizat metodic dimensiunea intențională a însăși percepției; precum și întrețeserea dintre actul de percepere și receptarea informației.

De-a lungul întregii sale istorii conceptuale, procesul perceptiv a fost corelat cu instanța memoriei, a imaginarului (fantasiei) și a gândirii reflexive (cogitante); aspecte ce sunt specifice și ele sinelui identitar al persoanei. În raport cu acțiunile efectorii, 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 semnificante 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 scenariii și texte narative, semnificante.

Tulburări 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 hipersemnifică 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 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.

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 invocă 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 alcoolism, (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 artromiokinetice, 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. trimiterile 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 doivleac...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.

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.

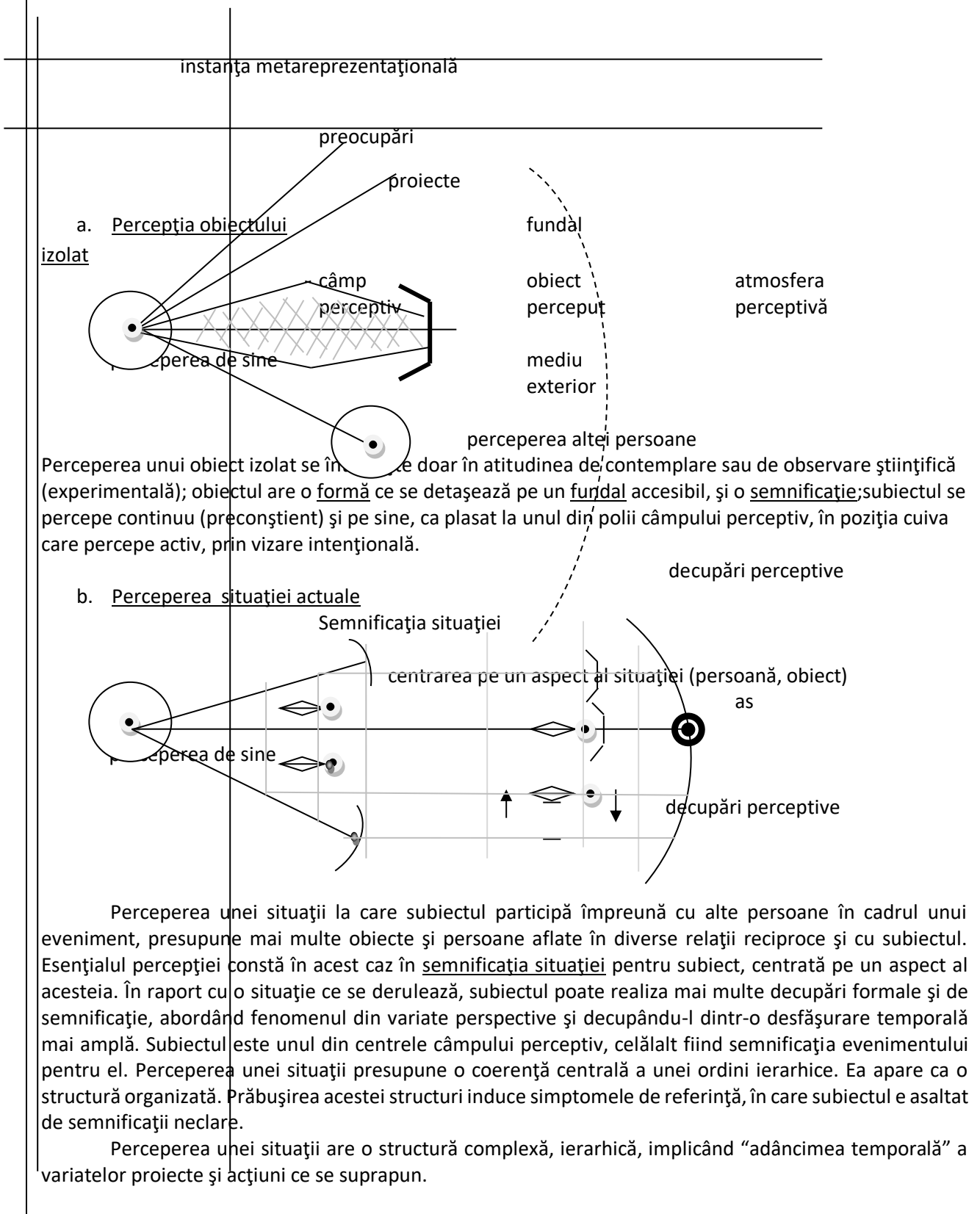
Patologia perceptivă include și **tulburările formale** privitoare la: mărimea obiectelor, deformarea și estomparea conturilor, a raporturilor figură/fond, intensitatea, calitate și pregnanță a elementelor senzoriale ale obiectelor. Aceste aspecte se pot referi și la percepția propriului corp, mai ales 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 perceptivă 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.

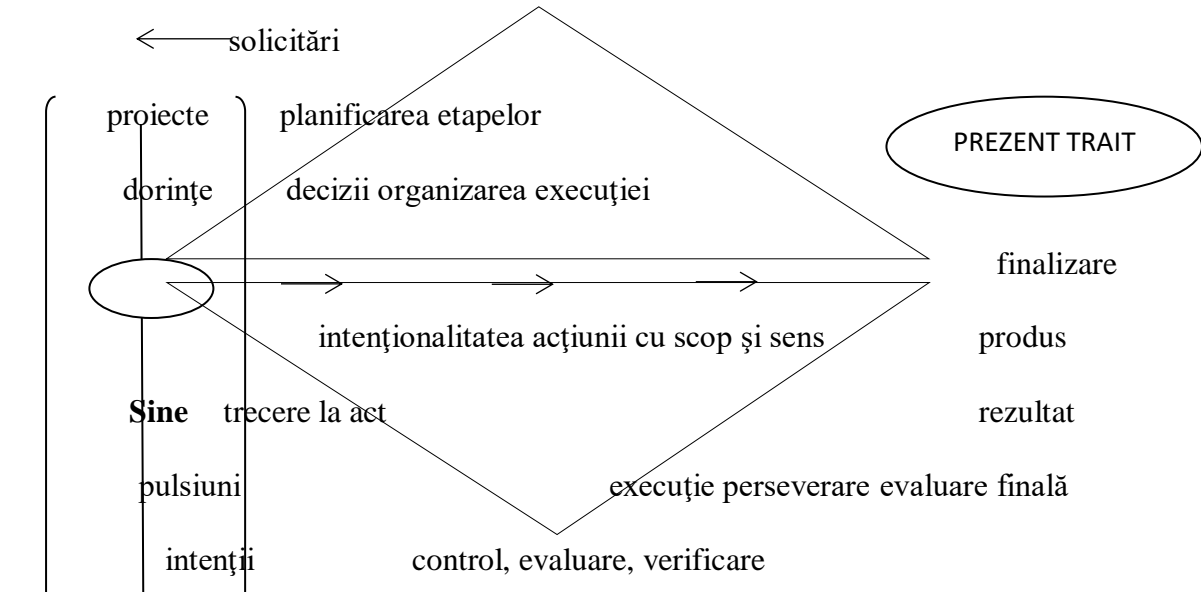
Inventarul simptomelor parahalucinatorii atrage atenția asupra faptului că patologia percepției, de altfel ca și **percepția normală, se petrece la întâlnirea actuală** (de extremă complexitate) dintre subiect și situație. Mai precis, la nivelul conjuncției dintre: - **Un eveniment uman în care subiectul 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 structural de dispoziții și de date informative; și focalizând filtrul său atențional pe unele sectoare a situației.

Chenar 20

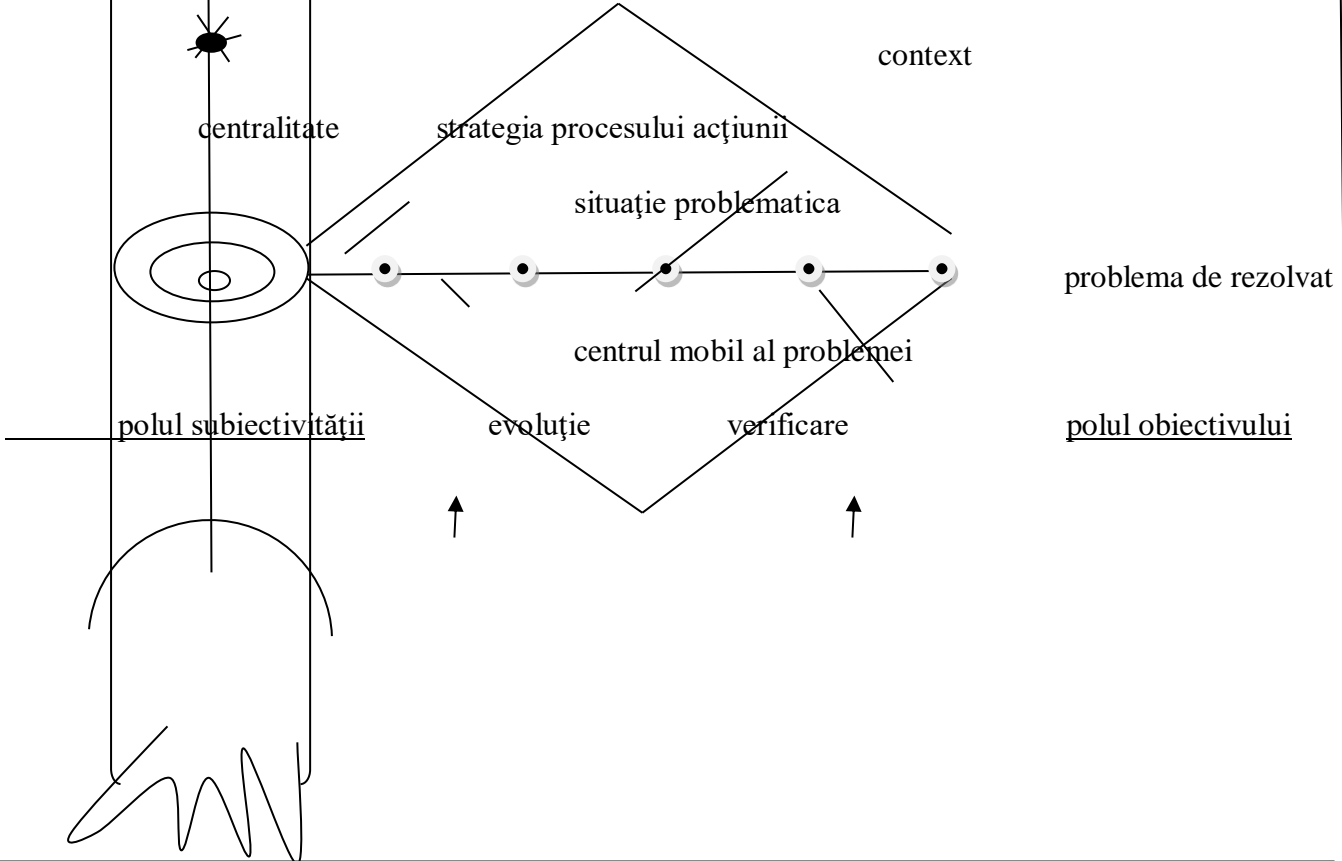
Percepția situației actuale (ca "trăire a prezentului") în raport cu percepția obiectului

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

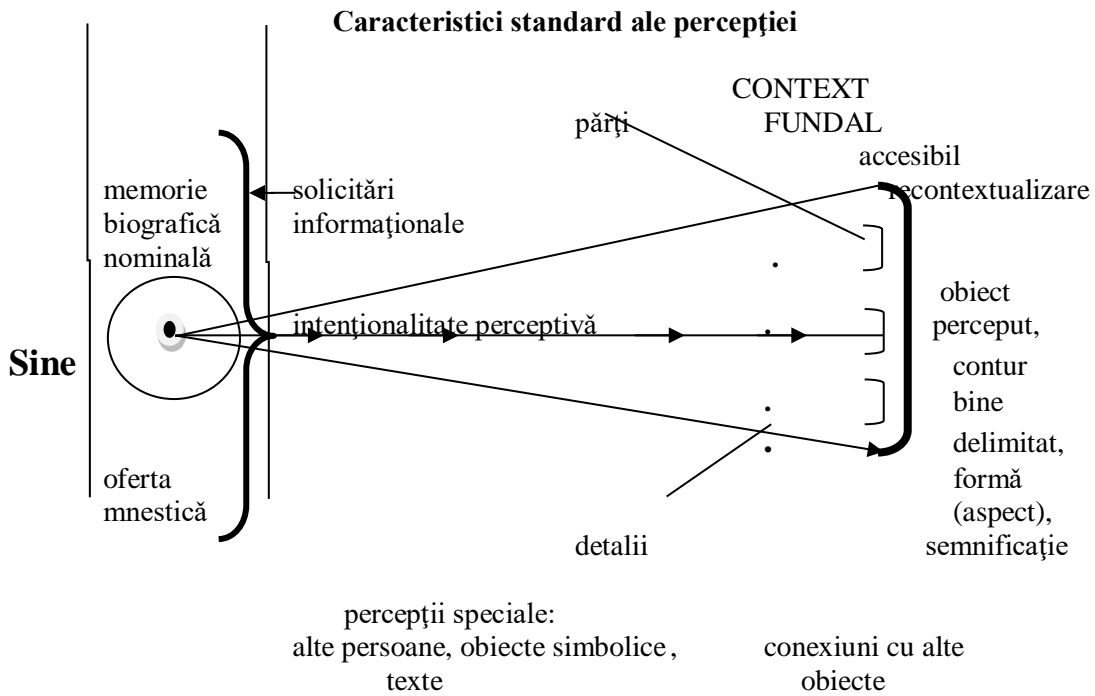
a) Acțiunea voluntară bazată pe funcții executive



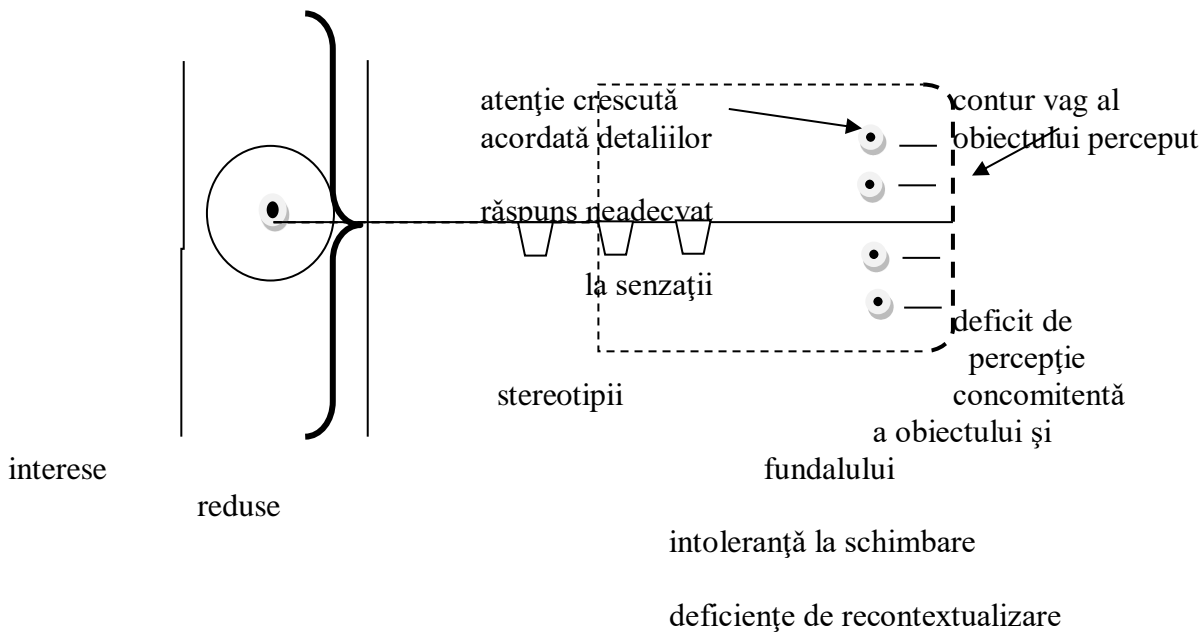
b) Câmpul rezolvării unei probleme actuale (practice sau teoretice).



Deficiența funcției coerenței centrale perceptivă în autism

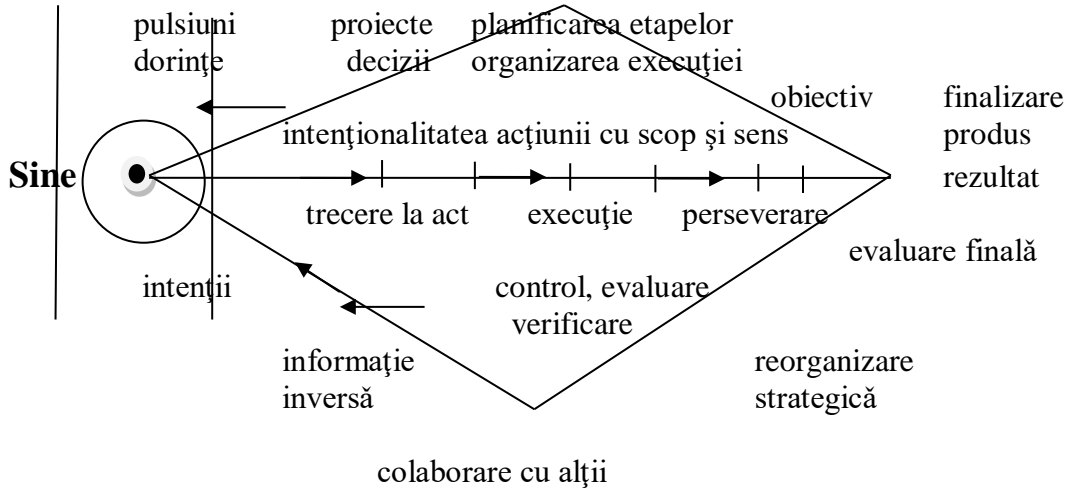


Deficiența “coerenței centrale perceptivă” în autism

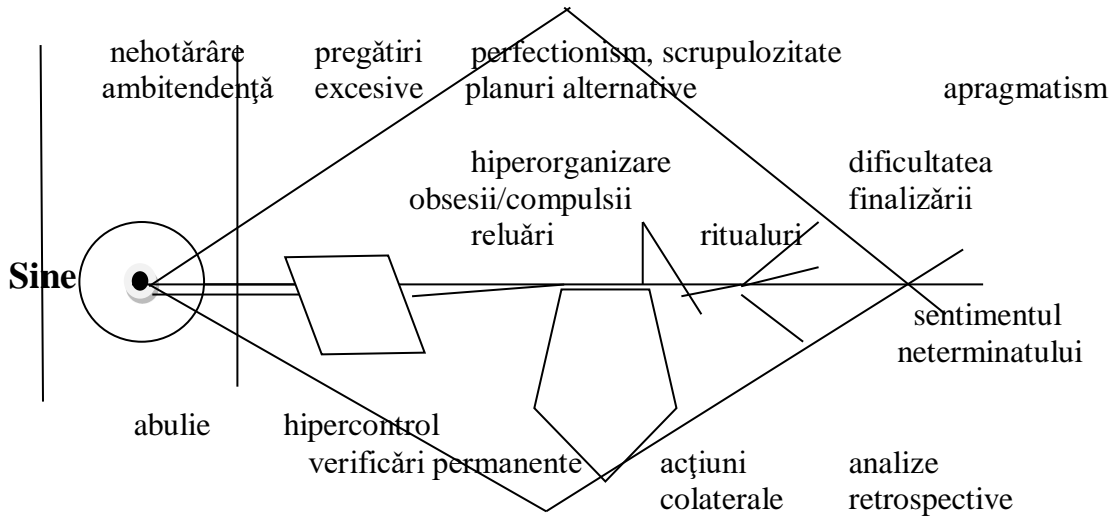


„Câmpul acțiunii” susținut de funcția coerenței centrale și relaxarea sa în patologia obsesivă

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



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 perceptivă 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 perceptivă 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 confuzo 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 importantele 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 vigil, susținând asociațiile de idei și creativitatea; dar și ideația intruzivă ce poate aluneca în obsesii nedorite.

Configurarea unei percepții situaționale a omului vigil 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 retrochiasmatic, 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 perceptiv, 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 perceptiv predominat 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 monotonic 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 perceptiv. 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 monotonic, 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 si in lumea sa umana, 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 „vociile” au caracteristici senzoriale pregnante sau vagi; iar dacă sunt bine definite, ele ar urma să se caracterizeze printr-o anumită intensitate, timbru, distanța 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 rugămintă, 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 unul, 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 lumească, 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 relaționărilor 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 transparență/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.

5/ Expunere: Tb identitară a Depersonalizării și transpersonalizarea psihotică.**Tulburarea de Depersonalizare/Derealizare standard din DSM-5.**

Subiectul, centrat de sinele său intențional, reflexiv și autogenerativ, sintetizator, se autopercepe continuu cu un presentiment de identitate cu sine, de autonomie, unicitate, originalitate și centralitate, în raport cu variatele situații problematice evenimentțiale la care se raportează; pe care le înțelege și le rezolvă în lumea înconjurătoare. Această autopercepție de fond, identitar delimitativă în esența sa, este implicită; și de obicei preconștientă. Ea se relevă conștiinței reflexive doar intermitent, în momente de deliberare și decizie importantă, de introspecție analitică, de inspirație sau autoevaluare. Constanta autopercepție preconștientă a sinelui susține însă și reglează în permanență „sineitatea”; adică, sentimentul de apartenență la sine a trăirilor. Precum și cel al autonomiei agenției proprii, al conștiinței și stimei de sine, autoevaluarea, sentimentul identității și unicității personale. Pe acest fundal, relaționarea cu situațiile lumii și cu ceilalți se realizează spontan și firesc; și cu o constantă diferențiere între zonele intim familiare și cele mai îndepărtate, publice, oficiale, noi sau străine.

Psihopatologia ne relevă și în această direcție aspecte particulare, trimițându-ne spre situații în care subiectul are sentimentul că identitatea sa a fost preluată de o alteritate (spirit sau zeu), așa cum întâlnim în tulburarea disociativă de transă cu posesiune; sau, realizează o succesivă dedublare a identității sociale, ca în tulburarea disociativă de identitate. Apoi, în obsesionalitatea gravă subiectul se simte „dedublat” prin idei, intenții și comportamente care, deși izvorăsc din sine, nu le resimte ca „ale sale”...iar limitele corpului par a-i fi transgresate de microbi sau alți agenți invizibili. Un aspect cu totul aparte se întâlnește însă în sindromul de depersonalizare/derealizare, în care subiectul resimte un sentiment de detașare și neaderență în raport cu propriul sine și cu propria lume; o pierdere a identității de sine, a apartenenței la sine a propriilor gânduri, sentimente, senzații, a propriului trecut, a propriei corporalități. El simte

că „eu parcă nu aş mai fi eu”. Iar lumea în care se află împreună cu ceilalți, îi apar ca îndepărtată, nefirească, nereală, „ca în vis”, „ca la teatru”; parcă totul s-ar desfășura într-o „lume paralelă”. Astfel încât, dincolo de perturbarea perceperii formelor și semnificațiilor unor obiecte și dincolo de halucinații, în psihopatologie întâlnim - odată cu sindromul de depersonalizare/ derealizare - și o distorsiune aparte de raportare cvasi-perceptivă globală a subiectului la fundalul său identitar și mundan. O des-afiliere, o dez-acordare de acest fundal, ce reprezintă cadrul, scena și mediul în care.. și prin care.. percepțiile, reprezentările, acțiunile și în general prezența sa la lume are loc. De aceea, sindromul depersonalizării reprezintă o deosebită provocare pentru psihologii și psihopatologii antropologi.

Sindromul de depersonalizare/derealizare (Sd.dep/der) e în prezent plasat în DSM-5 în clasa tulburărilor disociative fiind caracterizat astfel :

Depersonalizarea se referă la un sentiment (trăire, experiență) de nerealitate, detașare, nefamiliaritate sau de a fi un observator exterior față de propriile gânduri, sentimente, senzații, corp sau acțiune (se pot include alterări perceptivă, distorsiuni ale sensului timpului, nerealitatea sau absența sinelui, anestezia sau indiferența afectivă).

Derealizarea constă în experimentarea irealității și detașării de ambianță (e.g.indivizii și obiectele sunt experimentate ca nereale, ca în vis, ciudate, lipsite de viață sau distorsionate vizual).

În timpul experiențelor dep/der testarea realității rămâne intactă.

Sentimentul de nerealitate și detașare din depersonalizare se poate referi la întregul sine sau la părți ale acestuia. De ex. pacientul poate afirma: „eu nu mai sunt cineva...eu nu mai am sine...sunt nimeni....; știu că am sentimente dar nu le mai simt, gândurile mele îmi apar ca și cum nu ar fi ale mele...capul mi se pare umplut de bumbac...etc.” Poate fi resimțit un redus sentiment al agenției: subiectul se simte ca un robot, sau automat, ca ne mai având control asupra propriei vorbiri și asupra propriilor mișcări. Depersonalizarea se poate manifesta și ca o dedublare a psihismului prin care o parte observă și alta participă, exemplul cel mai pregnant fiind sentimentul de a fi în afara propriului corp sau a exista într-o lume paralelă. Apar experiențe corporale anormale, subiectul se poate simți ca în vis sau ca după un clopot de sticlă, în interiorul unui balon transparent etc. Ambianța

pare artificială, fără culoare și viață, uneori cu perceperea unor distorsiuni formale: modificări ale câmpului vizual, vedere aplatizată bidimensională sau cu exagerarea tridimensionalității, obiecte mai mari sau mai mici, culori șterse sau vii, sunete estompate sau stridente.

Sd.dep/der așa cum e descris el în prezent în Capitolul Tb.disociative din DSM-5 și ICD-11 ar putea fi considerat ca o variantă standard (sd. dep/der/st).

Sd.dep/der a fost descris în sec.XIX de către Krishaber (1873) care îl caracteriza ca „o stare în care apare sentimentul sau senzația că gândurile și actele scapă persoanei sau îi devin străine”. Termenul s-a impus prin Dugas (1894, 2011) prin publicarea împreună cu Mantier a unei monografii cu titlul „La dépersonnalisation”. Definiția pe care acesta o avansează este: „o stare morbidă ce presupune pierderea sensului identității personale și sentimentul de straniețe sau irealitate a propriei lumi și a propriilor acțiuni”. Sindromul a fost întâlnit ca manifestându-se în multiple afecțiuni psihiatrice și neurologice (epilepsie, migrene) ; dar și în condiții de epuizare și stres. La începutul sec.XX expresia de „depersonalizare” a fost utilizată și în psihoze, de ex. de Jaspers, pentru caracterizarea patologiei schizofreniei paranoide. Mai precis, în sensul perturbării identității, coerenței, limitelor și agenției eului conștient, la schizofrenii ce ajung în orbita psihotică printr-o „dispoziția delirantă bazală”. Opțiunea s-a menținut un timp, astfel încât Langfeldt a comentat diferența între „schizofrenia depersonalizantă” care dezorganizează structura persoanei; și, episoadele „schizofreniforme”. Varianta autist deficitară a schizofreniei, în care pacientul marcat de alogie, avoliție, asociabilitate și în general de orice urmă de identitate asertivă proprie, a fost de asemenea mult timp etichetată ca „depersonalizare anonimizantă și devitalizantă”. Totuși, sd.dep/der. centrat pe sentimentul subiectiv al nefamiliarității în raport cu sine și ambianța, a fost în continuare descris și în afara psihozelor. El s-a dovedit a se manifesta mai ales în strânsă legătură cu stările anxioase (atac de panică), cu cele depresive și obsesive. Ținându-se cont de faptul că în aceste cazuri e vorba de o tulburare în care „testarea realității” rămâne intactă, corelația sindromului dep/der cu psihozele și procesualitatea schizofrenă a trecut, treptat, în plan secund. Odată cu înlocuirea conceptului de histerie prin cel de tulburări disociative, sd. dep/der a fost atașat acestei clase de tulburări. Faptul se datorează

apropierii fenomenologiei sale de tb. disociative mnestică identitare, de cele a pierderii identității sociale și a sentimentului înlocuirii identității din transa cu posesiune. Pe baza simptomatologiei codificate în DSM-5 unii autori (Sierra, Berrios) au construit și o scală de evaluare, ce se folosește în cercetări clinice. În paralel cu sintezele manualelor oficiale de diagnostic DSM III-5 și ICD-10-11, cercetătorii mai recentți au reluat însă și studiile privitoare

Chenar 85

**O sinteză recentă a simptomatologiei sindromului de depersonalizare/derealizare
(standard)**

(după Sierra – 2009)

- Asomatizarea: - Pierderea sentimentului de apartenență la sine a corporalității: corpul e resimțit parțial sau total străin; - Pierderea sentimentului că subiectul este agentul mișcărilor pe care le face, simțindu-se ca un automat (fără ca “agenția” să fie atribuită altora ca în SPR); - Sentimentul de a se simți în afara propriului corp (halucinațiile autoscopice sunt rare – 15%); - Autoobservarea detașată a propriului comportament, cu dedublarea eului: unul din euri acționează, celălalt observă; - Distorsiuni perceptivă corporale: părți ale corpului sunt resimțite mai mici sau mai mari, deformat, cu senzații particulare (“ca și cum capul ar fi mare și de vată”).

- Dezafectualizarea, indiferența emoțională: - Trăirile emotive nu mai sunt resimțite, subiectul nu mai simte plăcere sau bucurie (anhedonie), nu mai e impresionat de muzică, nu se mai bucură de prezența altora și nu mai rezonază afectiv împreună cu ei (deși poate înțelege starea lor afectivă); - Anestezia afectivă nu se manifestă corporal și nu e evidentă expresiv, ca în schizofrenie.

- Desinvestirea afectivă personală a reamintirilor și a imaginărilor ce-l implică pe pacient, pe care subiectul le trăiește detașat, fără semnificație personală: “îmi amintesc lucrurile ca și cum nu mi s-ar fi întâmplat mie”; - Alterarea sensului duratei: timpul apare ca lipsit de relief și direcție; pot apărea fenomene de “déjà vu”, “deja vecu”. Fenomenele se corelează nu doar cu tulburările temporale ale reamintirii ci și cu cele spațiale, corelate perturbării resimțirii corporalității;

- Sentimentul de “gol mental”, însoțit de dificultăți ale atenției, concentrării sintezei; subiectul trebuie să facă un efort conștient pentru a realiza diverse sarcini, fapt ce favorizează “hiperreflexia”. Minte apare “rece”, “înghețată”, opusă efervescenței entuziasmului creator.

- Derealizarea: sentimentul de a fi rupt de lumea înconjurătoare. Aceasta e resimțită “nereală”, îndepărtată, ca în vis, stranie, nefamiliară. Poate apărea sentimentul că oamenii se comportă mecanic, ca păpușile. Se poate menționa un obstacol invizibil între subiect și lumea înconjurătoare, metafora clasică fiind: “mă simt ca sub un clopot de sticlă”.

la implicarea unor aspecte din sindromul dep/der în apariția psihozelor; atât cu ocazia debuturilor lent progresive și a bufeurilor primului episod, cât și a unor simptome specifice schizofreniei deficitare.

Sd. dep/der. st. exprimă o tulburare psiho-antropologică bazală, cu trimitere la axa supracategorială identitate-alteritate. Detșarea în raport cu sine exprimă un deficit în sentimentul identității cu sine, ca apartenență la sine a propriilor trăiri și ca unicitate, ca „individuație” („ownership”): „eu nu mai sunt eu...identic cu mine...ca cineva anume...ființă unică...distinctă de alți și de lume”; și ca agenție: „eu însumi nu mai sunt autorul ideilor, dorințelor și acțiunilor ce le resimt și întreprind”. Deficit ce induce sentimentul de a fi un robot, dar fără a resimți fenomene de dirijare xenopatică explicită. Detșarea în raport cu alții și cu lumea se poate exprima prin sentimentul îndepărtării (de lume, alții și sine) dar și prin cel al stranietății cu lumea și alții, a căror manifestare e și ea resimțită ca nefirească, străină, automată; și plasată în alte condiții decât trăirile din în viața cotidiană sau cele din cursul visului, a participării la realitatea ficțiunii literare sau a mitologiei religioase. Dispoziția de neimplicare și detașare, chiar de indiferență ce se instituie acum, diferă și ea de toate celelalte dispoziții umane, prin care subiectul se deschide și se poziționează atitudinal în raport cu situațiile actuale, cu prezentul circumstanțial, și ea poate fi și punctul de plecare pentru metamorfoza identitară ce se petrece odată cu procesul delirului primar. E indicată astfel o zonă specială a psihismului uman, care precede - ca o condiție de posibilitate - chiar aria stărilor dispoziționale în general.

Prolegomene la depersonalizare 1/

În normalitate, raportarea curentă la situații, lume, alții - și desigur la sine – se derulează firesc, bazându-se pe câteva sinteze psihologice de ordin general, care în viața cotidiană nu atrag atenția,.. dar pe care psihopatologia ni le relevă. Astfel sunt,. -sentimentul de identitate diacronă cu sine, distinct de alții li de lume, – fiind în același timp atașat și implicat în situații actuale, în lume, în relaționări cu alții - implicare ce se derulează după o structură bazală a raportărilor subiect-obiect. Aspecte ale acestor structuri bazale ni se relevă cu ocazia unor stări psihopatologice, precum depersonalizarea, trăirile de referință, centralitatea și straniețea din procesul delirului primar (în primă instanță va fi comentată detașarea neimplicată și constatativă din sd. Dep/Der st.)

4/ Detașarea de ambianța-obiect , de situație, sine, alții și lume - care e specifică sd Dep/Der st.- e un proces psihopatologic ce poate progresa în paralel cu cel de straniețea – din delirul primar -și fără o suprapunere cu acesta...

În Sd Dep/Der.st. subiectul se simte detașat global de sine, alții și lume,... neimplicat și nerezonant cu aceste instanțe, la care se raportează obiectivant ”ca din exterior”... își privește propriul corp ca ”din afara sa”, se detașează de trecutul și identitatea sa socială,...se resimte ca ”după un clopot de sticlă în raport cu ambianța”, plasat într-o lume paralelă cu cea naturală din jur (privește din afara lumii)..etc. Ansamblul acestor trăiri se poate însă manifesta și fără sentimentul stranieții, fără simptomatologia de referință și centralitatea din dispoziția delirantă.

5/ Detașarea psihică se poate manifesta, ca răceală și indiferență afectivă, și ca un sd. dispozițional separat, comparabil cu celelalte sd. afective (depresiv-repliat pe sine, anxios-fobic, agresiv-beligerant, euforic-expansiv). În această perspectivă strict dispozițională, lipsește detașarea observațională analitică în raport cu sine, lumea și alții (care e centrul sd. Dep/Der st.)...fiind prezentă doar o restricționare (răceala) afectivă, cu lipsa de atașament intim empatic și anemotivitate,.. dar cu menținerea unei bune sociabilități și o relaționare interpersonală ce poate fi eficientă.

Afectivitatea rece – restrictivă emoțional - se întâlnește în TP antisocială (Psihopatie)..dar și la TP obsesiv compulsivă sau în caracteriologia tradițională a flegmaticului impasibil. În schizofrenia deficitară – și schizotipie, schizoidie - aceasta poate fi prezentă deasemenea, dar cu asociabilitate și pragmatism de acțiune (datorat și dezorganizării). Indiferența și plictisul, versus interes și entuziasm. se pot întâlni și în diapazonul trăirilor normale.

7/ Poziționarea detașat obiectivantă poate profita de pe urma neemotivității și răcelii afective, neimplicante, care poate potența obiectivitatea, posibilitatea de a observa atent și imperturbabil, cât mai ”exact” și imparțial, datele ce se oferă – de ex.într-o situație experimentală.

Nota. Detașare de situație e un element constitutiv al poziționării subiectului conștient în raportarea sa constitutivă subiect/obiect. Obiectul – ob-jectul – se află dincolo de subiect..în afara și în fața sa..ca alteritate..în opozitivitate cu el..,, subiectul privește și studiază obiectul, i se poate opune (pasiv și activ),.. când e o altă persoană (ființă sau entitate) dușmană se poate confrunta beligerant cu ea, ... poate studia detașat și atent (științific) obiectul,... îl poate plasa ca un ”obiectiv de atins” prin acțiunile sale etc.

Sindromul Dep/Der st. în afara psihopatologiei psihotice; fragilitatea autonomiei agenției și a identității în această arie

Sindromul de depersonalizare derealizare (standard) – sd.dep/der.st. - vizează, deci câteva aspecte esențiale ale „autopercepției” psihismului uman (ale trăirii și resimțirii nemijlocit-evidente de către acesta a unor fenomene autoreferentiale) așa cum sunt: - sentimentul de identitate și originalitate („eu sunt eu, ființă unică”), - cel de apartenență la sine a propriului trup și trecut, - al originării în sine a intenționalităților, a propriilor gânduri, dorințe și acțiuni, - al deschiderii și aderării sale față de lumea umană în general și a celei înconjurătoare în special, - de familiaritate cu aceasta. De aceea, deși într-o anumită formă standard el poate fi circumscris în clasa tulburărilor disociative, problematica pe care o ridică se răspândește în întreaga psihopatologie. Ceea ce în prezent e delimitat în DSM-5 și ICD-11 ca Sd. Dep/Der disociativ, poate fi considerat ca vârful unui eisberg, care în profunzime se îndreaptă în mai multe direcții. Iar un fapt important e acela că, el transgresează și limitele orbitei psihotiforme.

Așa cum deja s-a menționat, sd. dep/der st. a fost identificat – utilizându-se și scale de evaluare - în tulburări neurologice ca epilepsia și migrena. Dar și pur și simplu în stări de epuizare astenică și în emoțiile puternice. Manifestarea sa clinică în apropierea vieții cotidiene, în afara marilor sindroame psihopatologice, argumentează specificul și independența sa sindromatică de tip modular neuropsihic. Iar poziționarea de neaderență la.. și neimplicare în.. ambianță și lume, solicită clarificarea raportării sale la patologia stărilor dispozițională,. Mai ales că, cea mai frecventă comorbiditate a sa e tocmai cea cu tulburările dispoziționale internalizate, anxioase și depresive. El apare des în conjuncție cu atacurile de panică. Deci, cu trăirea bruscă a sentimentului morții iminente; la care adaugă o stare de nefamiliaritate și inconsistență a lumii ambientale și a propriei existențe. În acest context anxios, sd. dep/der st. își pierde parțial caracteristica sa de plasare a pacientului pe poziția de observator calm și neutru.

Chenar 86

O sinteză semiologică clasică asupra depersonalizării din 1961, Follin S., Azoulay J., La dépersonnalisation, EMC 37125 A 30, 11-1961

1. E conservată conștiința de sine și tulburarea se exprimă prin alterarea sentimentului de a fi și a avea un corp, de a fi o persoană care are o identitate și percepe lumea ca apropiată, familiară, reală, ca mediul actelor prin care subiectul se simte implicat și în care se realizează. Descrierea clinică insistă asupra a 4 aspecte:

2. Sentimentul de alterare a eului psihic: sentiment de straniețate și schimbare; îndoiala asupra identității, faptul de a nu se recunoaște, vid interior, indecizie în acțiuni, pierderea voinței, automatism, irealitatea amintirilor și a activității intelectuale; sentiment de transformare și dispariție a afectivității, devalorizare, neant, vid, dedublare interioară; sentimentul dedublării poate ajunge la heautoscopie și uneori se apropie de automatismul mental; vidul interior se apropie de o “des-animare”, de scăderea intensității vieții.

3. Sentimentul de alterare a eului corporal: se exprimă prin angoasa de a avea un corp transformat, straniu, ireal, care nu-i mai aparține, cu limite vagi, pe cale de a se anantiza, ca și cum din el s-ar retrage toată viața; spre deosebire de sentimentul de imortalitate din sd.Cotard, în depersonalizare subiectul e angoasat de posibilitatea de a dispărea; pot fi prezente cenestopatii dar mai ales senzații stranii, de modificare a densității corporalității de devitalizare, de a fi imaterial; sunt resimțite modificări ale limitelor corpului, sentimentul de a fi în afara corpului, schimbarea vizează întregul corp dar mai ales fața (fața nu mai e cum era altădată).

4 Sentimentul de derealizare: lumea apare ca străină, fără realitate (“obiectele nu sunt schimbate, eu sunt cel care le vede dintr-o altă lume”, “mă învăluie o atmosferă, un strat, ceva ce mă izolează de lumea exterioară”). Persoanele sunt și ele vizate ca bizare, ca marionete, ca în vis, cu fețele deformate: “noi suntem toți niște morți vii”; obiectele par să-și piardă raportul reciproc, apare sentimentul de dezorientare, de a “fi pierdut în spațiu”. Foarte frecvent e prezentă o modificare a percepției timpului; sentimentul subiectului că timpul nu mai curge, că el nu mai trăiește în ritmul lumii ci într-un mare vid, apar fenomene de “déjà vu” și “jamais vu”. Un pacient afirmă: “trec ca o umbră într-o lume de aparențe populată de fantome.

5. Autoanaliza caracterizează efortul disperat a depersonalizatului de a se regăsi pe sine, de a rezolva sentimentul de straniețate a corpului și realității, a îndoielii. Ea se concretizează deseori în jurnale intime. Autoanaliza întreține cu depersonalizarea un cerc vicios, accentuând-o. Insatisfăcut de realitate, subiectul apelează la autoanaliză dar nu găsește repere precise; el se exprimă prin metafore, prin expresia: “ca și cum”. Autoanaliza întreține ruminății mentale: scrupule, interogații, îndoieli, obsesii; ea vizează starea de irealitate depersonalizantă.

În concluzia părții descriptive a articolului, autorii comentează că starea de depersonalizare poate evolua spre un delir constituit, caz în care se instituie o mutație, starea de perplexitate anxioasă dispărând, făcând loc certitudinii delirante. “Luată în totalitatea mișcării sale evolutive, depersonalizarea apare clinic a un proces ce tinde spre delir” (sublinierea autorilor).

Autorii mai comentează: Depersonalizarea e în mod fundamental o criză, un moment evolutiv a unei dezagregări a conștiinței și un mod de a delira (în sens etimologic – de a sări de pe cale, drum...) “Dispoziția delirantă se suprapune cu un mod de depersonalizare..limita între depersonalizare se lămurește în sens evolutiv. Procesul depersonalizării reprezintă astfel articularea dintre nevroză și psihoză, se plasează în însăși centrul psihopatologiei psihotice delirante (subacute, oneiroide, după Ey) la frontiera unei psihopatologii a conștiinței și a personalității. (Sublinierea autorilor).

Când sd. dep/der st. se conjugă cu depresia – care orientează spre orizontul morții, al inexistenței - subiectul e desigur trist, rupt de implicarea în situațiile prezente, fără speranță; dar nu se repliază intens și efectiv pe trecut, la fel ca în depresia majoră. Detașarea de lumea prezentă și anhedonia - simptome comune celor două sindroame - se potențează acum reciproc. Subiectul e chinuit mai ales de „amorțeala” sa afectivă; de faptul că nu-și poate trăi efectiv suferința, nu și-o poate „consuma”, rămânând „împietrit” sufletește. El trăiește o calitate aparte a depresiei, ”suferă de faptul că nu poate suferi” (nu poate plânge, nu poate fi disperat etc.). Intr-un fel, sd. Dep/Der st. se plasează în aceeași direcție ca cea sore care se orientează depresia (ca detașare de lume) și anxietatea (ca tensiune o-pozitivă cu lumea), dar accentuând detașarea observațională.

Tot în aria tulburărilor internalizate e plasată de obicei patologia obsesiv compulsivă (TOC). La începutul sec. XX când sd. dep/der era recent identificat și descris neavând încă o precisă plasare în sistemul nosologico nosografic psihiatric, el a fost frecvent comentat în aria acestei patologii OC. Așa stăteau lucrurile în cadrul „psihasteniei” circumscrisă de Janet, care includea simptome astenice, anxios fobice, depresive, obsesiv compulsive și de depersonalizare derealizare. Janet punea la baza întregii acestei patologii o „scădere a tensiunii psihice” a persoanei orientată spre efortul unui comportament adaptativ; fapt ce conducea la o insuficiență sinteză a „funcției realului”. Ulterior, pe întreg parcursul sec.XX, elemente ale sd.dep/der. au fost constant identificate alături de simptomatologia TOC; mai ales în varianta „psihastenă” a acesteia, însoțită de îndoială funciară, indecizie, ambivalență, ruminății, incertitudine de sine, vid interior, plictis. S-a degajat și un aspect mai nuanțat al simptomatologiei dep/der în acest context, ce a fost etichetat ca „sentiment de incompletitudine” (sentiment straniu al neterminatului”). În prezent acesta e comentat în conjuncție cu impresia pacientului că „lucrurile nu sunt (așezate) chiar cum trebuie (la locul lor - „all right”)”; trăire de tip derealizant ce se corelează mai ales cu simptomele OC de simetrie/aranjare. Dar tot în marginea depersonalizării – deși la alt pol, cel al corporalității trăite de data aceasta - poate fi plasat și simptomul OC al contaminării, ce indică sentimentul fragilității limitelor psiho-corporale față de agenți neperceptibili. Treptat s-a agregat, în marginea patologiei OC un profil al sd.dep/der.

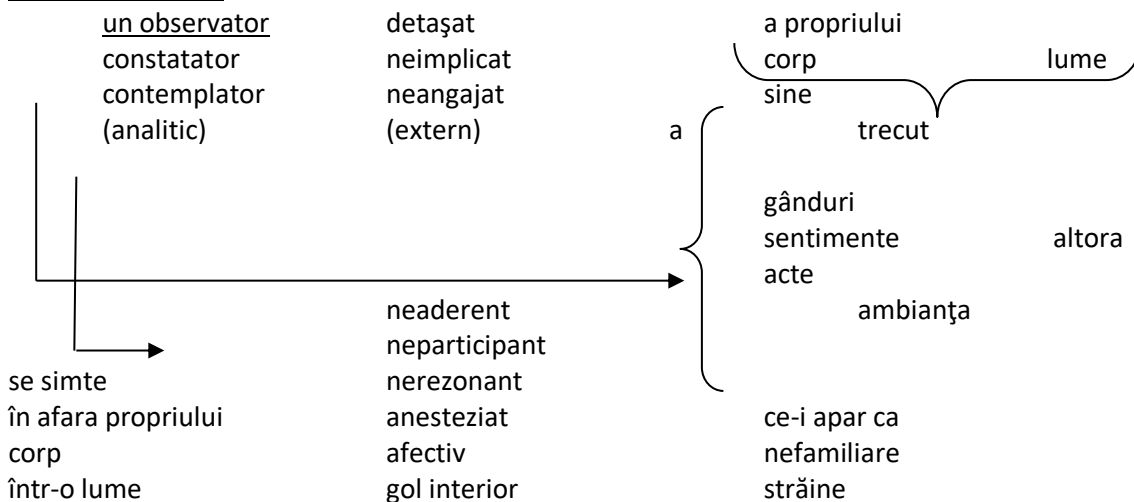
parțial diferit de cel disociativ standard și care e orientat spre afectarea dimensiunii agenției încorporate a identității, în direcția pierderii centrării, coerenței și delimitării persoanei. Deci, a patologiei desorganizante și deficitare. O simptomatologie apropiată de sd. dp/der.st. se manifestă și în aria tulburării de personalitate obsesiv compulsive – TPOC. Aceasta e caracterizată prin tensiunea permanentă de a controla totul, nesiguranță interioară, devoțiune exagerată față de muncă, perfecționism, nehotărâre și verificări, dificultate de colaborare cu alții . TPOC, în varianta sa psihastenă, pronunțat nehotărâtă, marcată de îndoială, ambivalență și ambitendentă, are o înclinație crescută spre introspecție și trăiri hiperanalitice, ruminative, cu notații în jurnal, (așa cum era și jurnalul lui Amiel, ce a inspirat descrierea acestui sindrom). . Persoanele cu TPOC preferă conduitele anonime, impersonale, suprapersonale; iar încetarea activității se însoțește la acestea de un sentiment de vid interior - fapt ce a fost etichetat ca „depersonalizare de fundal”. Astfel încât, subiectul ajunge să fie chinuit de „urât”, de plictis; trăire dispozițională ce se conjugă uneori cu cea depresivă, ducând la starea descrisă în sec.XIX de englezi ca „spleen”. Întreg acest tablou din TPOC indică însă o aplatizare depersonalizantă, predominant obiectiv-comportamentală a individuației personaliste; distinctă până la un punct de resimțirea exclusiv subiectivă a lipsei de identitate și aderență la lume din sd. dep/der.st.

Revenind la plasarea sd.dep./der.st printre tulburările disociative, se poate remarca faptul că, acesta are o poziție aparte în această clasă, fiind în multe privințe diferit de toate celelalte tulburări incluse aici. Astfel e replierea reflexivă asupra propriei persoane și situații, de care subiectul se simte detașat. Raportare care, chiar dacă e de tip perceptiv constatativ, nu se mai întâlnește în celelalte tb. disociative, caracterizate printr-o hipovigilantă de tip hipnoid, dar o apropiere de patologia obsesională, caracterizată printr-un continuu autocontrol hiperanalitic. Altă particularitate e aceea că, în dedublarea din sd Dep/Der. nu apare nici-o trimitere relațională, așa cum e sentimentul de posesiune din transă; sau chiar situația dublei personalități. Se poate reaminti la acest nivel că lungă tradiție a patologiei histerice a corelat constant această tulburare cu posesiunea de spirite (demoni), considerați a sta în spatele inclusiv a crizelor convulsive și a tulburărilor de conversie somatică. Când însă la sfârșitul Renașterii a apărut problema ideii obsesive de păcătuire excesivă - la persoane ce se spovedeau în mod repetat -, ideea unei posedări de diavol, ce s-a ridicat inițial și pentru această cazuistică, nu s-a dezvoltat ulterior.

Căci patologia OC se dezvoltă în aria persoanelor ce mențin o relaționare restrictivă cu alte persoane. Pe când cea disociativ histerică se manifestă la persoane deschise spre o amplă și dorită relaționare sumisivă. Lăsând la o parte tradiționala sugestionabilitate hipnotică, bine cunoscută la cei predispuși pentru patologie histero disociativă, preluarea identității lor de o alteritate (spirit sau zeu) în tulburarea de transă cu posesiune, este și ea resimțită pasiv, cu sumisiune; fără sentimentul unei violentări. Iar modelul acestei prelucrări e diferit de autoplasarea subiectului, în calitate de personaj pe o scenă imaginativ culturală, în cadrul unui scenariu aberant, așa cum se petrece în delir.

Spre deosebire de manifestarea fenomenologiei depersonalizante din patologia nepsihotică, exprimarea acestei tulburări în contextul psihopatologiei psihotice, așa cum o întrevedea Jaspers prin condiția delirului primar, trimite însă spre resimțirea unei transformări identitare, pe care subiectul o trăiește ca un eveniment deosebit, tulburător, tensionant. Experiența centralității din dispoziția delirului primar e marcată de dinamica unei bulversări profunde, ce angrenează sub tensiune însăși nucleul personalității, în condițiile unei perturbări a coerenței sale. Dar și a metamorfozei lumii umane corelative a subiectului, ce se preschimbă într-una de tip magico narativ; în care accesul alterității la propria agenție devine de necontrolat. De aceea, apropierea de înțelegerea condiției trans-personalizării delirante presupune și o atentă observare a deficiențelor formale în aria coerenței identitare a persoanei. Se mai cere menționat și faptul că, în zona orbitei psihotice, afectarea identității persoanei se realizează și prin procesul dezorganizant; care evoluează în final spre un tablou deficitar apato abulic.

Chenar 87

Coordonate ale sd. dep/der standardSubiectul se simte

Chenar 70

Coordonate ale sd. disociativ de identitate/transăSubiectul resimte, constant (marginal conștient):

că propria identitate și agenție e substituită printr-o altă identitate și agenție care e cea care generează manifestările sale
(vorbirea, acțiuni, deplasări, comportament, trăiri corporale)

el se simte substituit, dar se supune acestei condiții, nu e în dezacord, egodiston, față de noua identitate

Deficiențe ale autonomiei agenției:

- Persoana dependentă: dorește și pretinde ca altul să decidă în locul său în ceea ce privește atitudinile, opțiunile, acțiunile, ideile sale
- Dependența psihică se poate extinde, dincolo de domeniul relațional interpersonal și spre: - dependența de substanțe psihoactive; - dependența de anumite comportamente. Aceste aspecte se îndepărtează de problematica tb. disociative.

Sd. dep/der pătrunzând în orbita psihotiformă.

Din istoria conceptului de depersonalizare a sec.XX merită atenție un episod petrecut la Primul Congres Mondial de Psihiatrie ce a avut loc la Paris pe tema delirului, în 1950. Unul din referatele prezentate atunci, cel al lui Follin și Kropf susținea ideea că Sd. Dep/Der. st. poate fi și un „moment” în procesul psihopatologic al evoluției spre delir; caz în care se produce o mutație dinspre identitatea persoanei normale spre o nouă identitate, delirantă. Dar acest proces nu ocolește relaționarea cu alții – ca în obsesionalitate –; ci o traversează dramatic, prin teritoriul paranoidiei. Desfășurarea delirului primar comentată de Jaspers, însoțită de sentimentul de straniețate și centralitate referențială, ar consta tocmai dintr-un astfel de proces de „depersonalizare – trans-personalizare” a nucleului identitar al persoanei, conducând spre o „cădere mutațională” pe orbita unei noi identități, delirante. Sindromul Dep/Der. așa cum e comentat el în varianta standard, ar funcționa ca intermediar între psihoză și nevroză – susțineau autorii referatului din 1950.

Inițial psihopatologii nu au acordat atenție acestei idei. Totuși, sd. dep/der. st. a fost frecvent întâlnit în psihozele scurte (bufeuri delirante) alături de majoritatea simptomatologiei psihotice pozitive (= delir halucinator desorganizat) și de perturbări dispoziționale; iar cercetări mai recente au indicat că simptome din aria deficitar depersonalizantă, se manifestă și la subiecți vulnerabili pentru schizofrenie sau în stări prodromale ale bolii. În perioada de la începutul sec. XX conceptul de depersonalizare a fost comentat în psihoze de către Jaspers, care considera chiar că tulburarea de bază a schizofreniei constă dintr-o patologie a eului conștient, perturbat în identitatea, coerența, limitele și centrarea sa prin propria-i agenție. Înțelegerea psihismului specific persoanei umane ca centrat de sinele eului conștient era însă destul de schematică în acea perioadă. Studiarea mai diferențiată a psihologiei persoanei ce s-a realizat pe parcurs, permite în prezent o abordare mai nuanțată și a psihopatologiei ce gravitează în jurul sd.dep/der.st., inclusiv în perspectivă psihotică. Demers care se referă atât la problematica coerenței și unității persoanei centrate de sine, cât și la cea a relaționărilor intrapsihice cu alteritatea, în perspectiva autonomiei și agenției. Psihologia relațiilor interpersonale ce s-a dezvoltat la sfârșitul sec XX în continuitatea psihanalizei, a evidențiat o organizare a

psihismului persoanei ce implică prezența în interioritatea structurii sale a alterității – a imaginilor persoanelor de atașament „introjectate” -, astfel încât relaționarea efectivă cu alții se realizează de fapt prin filtrul prealabil al unor relaționări intrapsihice.

Mare parte din sec.XX schizofrenia a fost studiată prin episoadele sale clinice și prin cazurile cronice internate timp îndelungat în azile. În a doua jumătate a veacului a crescut însă interesul pentru evoluția longitudinală a tulburării schizofrene în afara instituțiilor psihiatrice. Prin astfel de cercetări s-a evidențiat atât eventualitatea unei evoluții favorabile, cât și particularități psihice ale persoanelor predispuse și a stărilor prodromale.

Unul din autorii unor astfel de studii, elevul lui Schneider, Huber din Bonn, a întreprins studii sistematice asupra cazurilor cu risc crescut pentru schizofrenie, dezvoltând o amănunțită scală de evaluare a unor simptome subiective subclinice (BSABS). Grupajul „tulburărilor bazale” pe care le-a identificat pe această cale, se referă în mare măsură la perturbări ale cursului ideativ: interferența gândirii, ideatie intruzivă, gânduri pe care subiectul le resimte că „nu sunt ale sale”, pe care „nu le personalizează”. Sau, un blocaj, o oprire și un gol al gândirii, fapt pe care pacientul îl constată ca un fenomen ce „i se întâmplă”, fără ca inițiativa să-i aparțină. Și la fel, subiecții pot sesiza deficiențe ale inițiativei gândirii, „mișcări automate” sau „blocaj motor”, cu sentimentul că motricitatea le scapă de sub controlul voluntar – la fel ca în sd. Tourette. Fundalul psihic general e de anergie, astenie, cu dificultate de concentrare și sintetizare a gândurilor; ce uneori pot izbucni amestecate și necontrolate (mentism). Astfel de simptome, care sunt resimțite ca nefiind inițiate de sine dar nici induse de altcineva, sunt trăite într-o dispoziție detașată, deși ușor îngrijorată; fiind însoțite de eforturi de concentrare pentru a realiza sinteza necesară performanțelor vieții cotidiene. Deficitul astfel sesizat, poate fi considerat ca o avantcameră atât pentru dezorganizarea psihică cât și pentru sd. de transparentă/influență.

Cercetările școlii din Bonn au fost continuate la Copenhaga cu Scala EASE (Parnas), din perspectiva unei doctrine care considera că „tulburarea bazală” din schizofrenie (în forma sa dezorganizant deficitară) constă dintr-o specifică patologie a insuficienței sinelui, dublată de hiperreflexivitate. Aplicarea scalei EASE decelează cazuri în care subiectul tinde să își piardă nucleul intern al identității, sentimentul că propriile trăiri și gânduri sunt „ale sale”. El se simte anonim, nonexistent, profund diferit de alți oameni; sau, prezintă o hiperadaptabilitate, cu

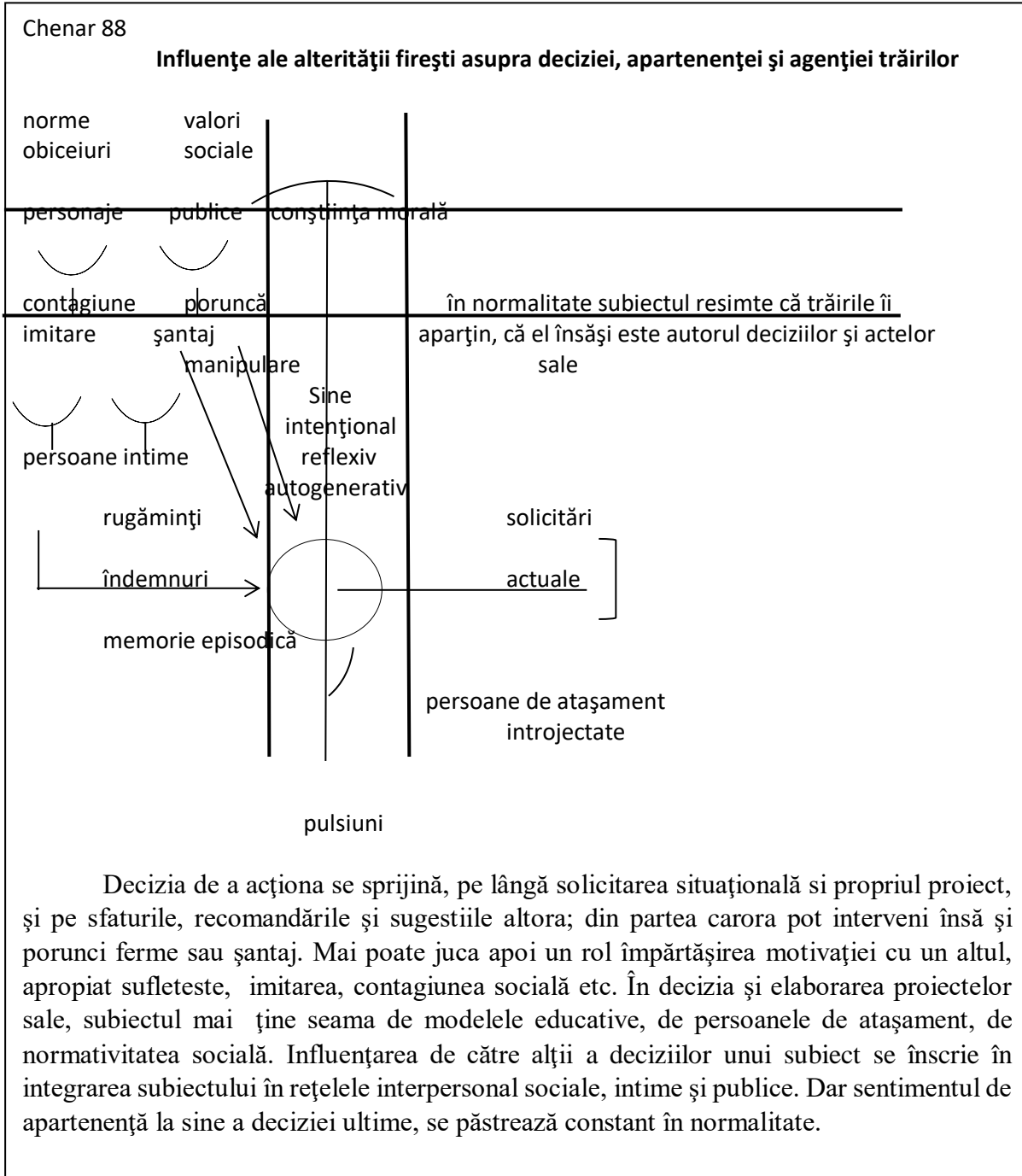
conformare perpetuă la opiniile altora. Scade sentimentul participării efective, prin propria sa identitate, la evenimente actuale. Lipsește sentimentul de “prezență” a sa în situații, într-o manieră în care individualitatea sa să se impună. Subiectul se simte cu limite fragile, vulnerabil la influențe exterioare multiple, cu care se identifică; parcă ar fi apersonalizat.

Pe acest fond apar experiențe corporale descrise și în sd.dep/der.st și în clinica schizofreniei : autocontemplare îndelungată în oglindă cu sentimentul unor schimbări morfologice și cu impresia că unele părți ale corpului îi sunt străine; experiențe de spațializare și dezintegrare corporală. Apoi, tulburări ale demarcației proprii, confuzia cu alții, anxietate la contact corporal, sentimentul de pasivitate la expunere. Se adaugă tulburări ale cursului gândirii, reducerea inițiativei gândirii. În sfârșit, pe acest fundal de tasare și anulare a structurii identității personale, uneori poate apare un sentiment special de centralitate, de megalomanie magică, de grandiozitate solipsistă, preocupări filosofice și religioase sterile. Această idee apartine sugerează conturarea unui echivalent de „lume delirantă” – lume”dereistă” - în care subiectul, fără a fi cuprins ca personaj într-un scenariu aberant, se simte totuși angajat, în raport cu un univers ideatic uman abstract și fragmentat. Se menține astfel o urmă a tradiționalului autism.

Profilul psihopatologic ce rezultă din scalele BASB și EASE este, desigur, și un construct al autorilor ce le-au elaborat. Dar o dimensiune deficitar negativă a sinelui identitar și a autonomiei agenției se profilează destul de clar, în spatele - sau mai bine în direcția - tabloului clinic al schizo- din DSM-5.

Studiile menționate mai sus – care relevă o tendință spre deficit anergic de coerență a psihismului cu lipsă de personalizare asertivă a propriilor trăiri - au avut în vedere o cazuistică care, orientată fiind spre schizofrenie, avea o propensiunea redusă spre relaționarea interpersonală. În plus, însăși structura instrumentelor de investigare, pre-selecta cazuri predominant orientate în direcția unei schizofrenii simple, dezorganizate, negative. Dar, în psihoză, se întâlnește frecvent și o perturbare a raportării la alteritatea interpersonală a unor persoane cu relaționare amplă; mai ales în aria delirului paranoid, în care, atitudinea ostilă a altora e dublată de sentimentul unei supravegheri continue, inclusiv de la distanță. Această direcție a distorsiunii trăirilor relaționale prin atitudini ostile și de supraveghere, poate depăși de la un anumit punct chiar și pragul limitelor interioare ale sinelui, prin care el se diferențiază

de ceilalți, existenți în jurul său. Se petrece acum o prăbușire a structurii de „relaționare intrapsihică” pe diagrama intim/public. Subiectul ajunge să resimtă că instanțe de tip personalistic străine pot pătrunde până la nivelul agențial al intimității gândurilor și deciziilor sale, cunoscându-le și manipulându-le. În aceste cazuri, ideea intruzivă, mentismul, barajul și golul mintal, mișcările



involuntare, etc., nu mai sunt resimțite ca spontane și anonime – așa cum opiniau pacienții din studiile efectuate la Bonn și Copenhaga.

Ci ele sunt atribuite altora, unor instanțe xenopaticice. Astfel se manifestă sd. psihotic de transparență/influență

Sd. de transparență/influență constă în sentimentul subiectului delirant că intimitatea sinelui său – gândurile, deciziile, trăirile emotive, senzațiile corporale – sunt cunoscute și manipulate de ființe exterioare. Se prăbușește în aceste cazuri structura intrapsihică care asigură pentru orice subiect - printr-un fel de selecție decizională spontană și preconștientă - ce anume din mintea sa el împărtășește cu alții; și ce rămâne doar sub agenția și controlul său intim.(Chenar). Odată cu acest sindrom suntem plasați chiar în mijlocul procesualității psihotice, care transformă persoana normală în personaj delirant.

Simptomele de transparență se referă la sentimentul cunoașterii de către alții (sau de oricine) a gândurilor intime, prin intuire, „ghicire”, „citire”, „răspândire” (iradiere, difuzare, împrăștiere), prin „sonorizare” (în urma spațializării, a exteriorizării lor) prin „supraveghere” (supervizare îndeaproape).

Simptomele de influență vizează în primă instanță gândirea (și vorbirea): blocarea gândirii (g); retragerea g. (rezultând un gol mental cu reluarea gândirii în altă direcție); inserția, impunerea g. (sunt introduse în cap, în minte, gânduri noi, străine, care nu aparțin subiectului); influențarea, dirijarea, contrafacerea g. Influențele din exterior (xenopaticice) pot fi resimțite și asupra inițierii acțiunii și a deciziilor, a mișcărilor (subiectul se simte ca un automat dirijat), a emoțiilor (ce-i pot apare ca impuse), a senzațiilor corporale (pasivitate somatică).

Chenar 89

Sd.de transparentă/influență

transparentă

sentiment de cunoaștere
a intimității gândirii de
persoane străine (de oricine)
- ghicirea (citirea) gândirii
- difuzarea, răspândirea,
- supravegherea g.
sonorizarea g.

spațializarea g.

ecoul g. gol mental
mentism
interferența g. g.intruzive

influență

(acțiune xenopatică, dirijare,
manevrare, manipulare) a

gândirii, vorbirii

deciziilor

actelor (comportamentelor)
emoțiilor
senzațiilor corporale

blocarea g. = sunt un automat dirijat

retragerea g.

insertia g.

impunerea g.

influențarea,
dirijarea g.

contrafacerea g.

tulburări formale ale cursului gândirii

Chenar 59

Originea psihopatologică simptomelor de transparentă/influență

percepție reliefată
(saliency)

simptome de referință

dispoziție delirantă

percepție delirantă

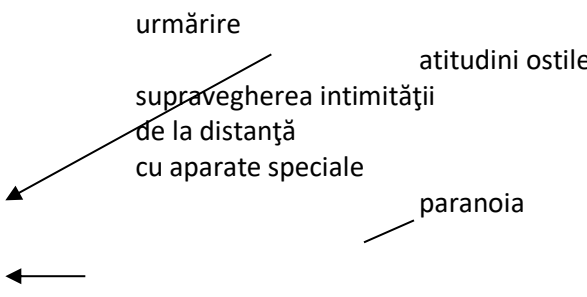
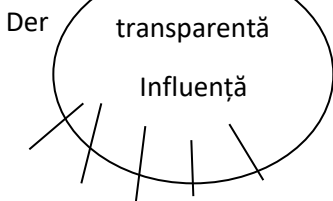
trăiri senzitiv
relaționale

urmărire

supravegherea intimității
de la distanță
cu aparate speciale

atitudini ostile

paranoia



În ansamblu subiectul conștient și reflexiv se simte aflat complet la dispoziția altora, manipulat, manevrat din exterior (acțiune xenopatică), ca pierzându-și autonomia, ca ne mai fiind stăpân pe agenția sa (pe originarea în sine, de către sine, a trăirilor sale). Ceea ce în stările disociative pacientul acceptă tacit – dar cu referință la un sine personalizat global - acum, în condiția sa delirantă paranoidă-schizomorfă, el resimte ca o teribilă alienare; prin intruziunea xenopatică în chiar intimitatea sinelui său.

Întreg sindromul se desfășoară în arie relațională. El este în întregime subiectiv, la fel ca sd. dep/der.st.

Simptomatologia de transparentă se plasează, evident, în continuitatea celei de supraveghere din patologia delirantă paranoidă.

Centralitatea delirului paranoid atrage și introduce sentimentul de urmărire și supraveghere de la distanță, realizat cu mijloace parapsihologice, supranaturale sau cu tehnici speciale; oriunde el s-ar afla, inclusiv în spațiile cele mai intime. Dar supravegherea paranoidă simplă se oprește la limita exterioară a psihismului personal, a eului, a sinelui încorporat. Această limită e însă acum transgresată, pătrunzându-se în interioritatea psihismului intim a sinelui nuclear; în toposul în care subiectul resimte că propria ideație e generată. E vorba de nivelul aflat în spatele iminent al cursului ideativ, plasat în „spațiul interiorității intime”; zonă în care se derulează amintirile, reprezentările, în care sunt păstrate secretele. La acest nivel se manifestă și menționatele tulburări formale de gândire, ce au fost identificate la persoanele vulnerabile în prodromul schizofreniei.

Privitor la simptomele de influență, o etapă prealabilă a lor ar putea fi considerată în psihopatologie trăirile disociative, în care subiectul resimte că o parte din autonomia și identitatea sa au fost preluate de o instanță personalistă străină (inclusiv spirite). În normalitate, trimiterea ar putea fi făcută la sugestia posthipnotică. Dar în patologia disociativă și în hipnoză, subiectul e pasiv, conștiența sa e redusă, după un model cvasihipnic; iar reflexivitatea autoanalitică nu e activă. Pe când în sindromul de influență, pacientul e lucid și reflexiv, (ca în TOC) constatând cu obiectivitate perturbarea agenției sale. Aspectul deosebit al sindromului de influență se referă la manipularea ideației chiar în zona originării în sine a propriilor gânduri,

atitudini, opinii. Subiectul poate sesiza în această zonă a cursului ideativ, în normalitate și la limita psihopatologicului, faptul că apar uneori gânduri și imagini care sunt slab personalizate, resimțite de obicei ca anonime. Dar acum ne aflăm într-o condiție de distorsiune psihotică, în care intimitatea ajunge să fie resimțită ca fiind sub control străin. În măsura în care apare simptomul manipulării și impunerii gândirii, devine evident că se petrece o gravă perturbare a structurii de relaționare intrapsihică, pe diagrama intim/public. Tulburare pe care pacientul o receptează autoanalitic reflexiv, în stilul obsesivului.

Ne e imposibil să se identifice printre experiențele de viață normale, domenii care ar putea fi considerate ca punct de plecare pentru trăirile de transparență influență. În mod normal subiectul poate decide liber, ce să păstreze ca secret personal și ce să comunice public, verbal sau prin manifestările sale. Desigur, uneori se poate forța acest teritoriu, astfel încât sub tortură, amenințare sau șantaj să se smulgă secrete personale; iar subiectul să fie obligat să facă acte pe care nu le intenționează și nu le acceptă. Dar aceste situații se îndepărtează de însăși geneza gândurilor în intimitatea subiectivității. Există totuși și în normalitate condiția gândurilor, intențiilor și opiniilor împărtășite cu cei apropiați. Aceasta se întâlnește la persoanele ce se află într-o strânsă legătură interpersonală, în interpătrundere sufletească, așa cum e copilul mic față de mamă; sau doi îndrăgostiți. Ei își transmit și își transferă reciproc cu ușurință intențiile, dorințele, preferințele, opiniile, deciziile, înțelegându-se doar din puține semne și acordându-se sufletește cu ușurință. Ghicirea, influențarea și implementarea gândurilor poate funcționa firesc la acest nivel empatic, unde limbajul discursiv și argumentativ e puțin folosit. În cadrul comuniunii sufletești duale, e prezentă o identificare reciprocă între cei doi, o „transpersonalizare” firească. Condiția nu mai e similară în cazul persoanelor și cunoștințelor doar relativ apropiate; față de care se mai păstrează unele secrete personale și nu funcționează o rezonanță afectiv ideatică pronunțată. Cu atât mai puțin persoanele oficiale și cele străine nu au acces nici la secretul personal și cu atât mai puțin la geneza propriilor intenții, dorințe, decizii. Deci, la „agenția generării propriei ideții”, în inima interiorității sinelui.

O a doua perspectivă care apropie sindromul de transparență/influență de comprehensibilitate, o reprezintă raportarea subiectului la ființe supranaturale; mai ales la Dumnezeu și diavol. Instanțele supranaturale, având puteri speciale, sunt creditate de

convingerea comunitară că au acces și la intimitatea persoanei. Nenumărate documente psihopatologice înregistrează formulări ale pacienților care comentează următorul fapt: cunoașterea de către persoana divină – și de către personajele supranaturale în genere - a propriilor gânduri și chiar controlul acestora de către astfel de instanțe, este firească “deoarece Dumnezeu le știe și le poate pe toate”. Cât privește intervenția diavolului, aceasta se realizează de obicei prin posesiune; adică odată cu penetrarea sa în propriul corp, astfel încât : “îi cunoaște și îi dirijează individului gândurile chiar din interiorul său,,

Atât sentimentul împărtășirii gândurilor și a intențiilor cu cei apropiați cât și cel al dependenței de Dumnezeu a toate puternic (și de alte forțe supranaturale), fac parte din structura normală a sinelui nuclear al oamenilor ce participă la o comunitate umană culturală. Ele sunt doua nivele limită ale structurii sinelui identitar, în cadrul relaționărilor sale intime cu alteritatea; două porți de deschidere specială spre aceasta. Dar în ambele direcții funcționează în normalitate anumite filtre procedurale Minusul psihopatologic prăbușește acest nivel de control. Astfel încât accesul la intimitatea în care se generează gândurile și deciziile se petrece nefiltrat, scăpat de sub orice control al subiectului.

Simptomele de transparentă/influență ocupă un loc aparte în simptomatologia psihopatologică. Practic, ele nu pot fi plasate printre tulburările perceptive, deși derivă din trăiri nemijlocite, certe, pe care subiectul le resimte. Psihopatologii britanici le plasează separat, menționând că ele pot constitui trăiri ce se impun uneori ca punct de plecare pentru elaborarea unor scenarii delirante. Așa sunt ele comentate în instrumentul SCAN ce însoțește ICD-10 (1992, redactat de Wing). Psihiatrii din SUA consideră însă aceste simptome ca indicând bizareria unor deliruri de tip schizofren.

Simptomele de transparentă influență au fost integrate la mijlocul secolului trecut de psihiatrul german K. Schneider, împreună cu altele, într-un grupaj al “simptomelor de prim rang pentru diagnosticul schizofreniei în raport cu ciclotimia” (SPR-Sch). Acest grupaj cuprinde: (Chenar) - voci care comentează; voci care discută și argumentează; sonorizarea gândirii; inserția gândirii; retragerea gândirii; înregistrarea gândirii; controlul vorbirii; controlul acțiunii; percepție delirantă. Aceste SPR-Sch au fost folosite și drept criterii de diagnostic al schizofreniei în ICD-10. Treptat studiile sistematice ce au fost efectuate consideră că ele nu sunt

Chenar 90

TABLOU COMPARATIV AL SPR - Sch ALATURI DE TULBURARILE FORMALE DE GANDIRE SI DE SIMPTOMATOLOGIA DELIRULUI PARANOID (SCHIZOFORM)

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

chiar specifice schizofreniei, întâlnindu-se și în conjuncție și cu alte sindroame, de ex. în cadrul bipolarității, bufeurilor psihotice etc. Grupajul sindromatic e însă semnificativ pentru vulnerabilizarea delimitării sinelui nuclear, mai ales în perspectiva autonomiei agenției sale, a relaționării cu alții și a inițiativei acțiunilor.

Întâlnirea 6, 28 mai 2023

6/. Expunere. Procesualitatea delirului primar și transpersonalizarea delirantă.

Dispoziția delirantă atmosferică și centralitatea referențială, ce „mută,, psihismul pe orbita unei „lumi delirante,,

Psihopatologia delirantă, care e centrată pe o metamorfoză identitară ce mută subiectul în condiția deficitară a unui personaj dintr-o lume fictivă, se corelează cu variate trăiri anormale din arie perceptivă, multe fiind diferite de modelul halucinator propriu zis. Trăirile din situația „delirului primar,, se corelează cu modelul celor „de tip global, atmosferic,, pe care le aduce în discuție sd. Dep/Der st... Doar că, acum nu e vorba doar de un sentiment de detașare și neaderență (de tip observațional analitic) – față de sine, alții, lume –, Ci se adaugă un sentiment de „schimbare,, a firescului existenței cotidiene, pe deoparte sub forma impresiei de „stranietate,, , de neobișnuit, nefiresc...iar pe de altă parte, prin trăirile perceptive referențiale, ce conduc la centralitatea dispoziției delirante.

Iluzia perceptivă și fenomenul *salience* - hipersemnificarea unor detalii decontextualizate – susțin, prin mecanismul unei interpretări patologice, o bună parte a convingerilor delirante monotematice, cum ar fi cele de gelozie, persecuție sau hipocondriace. Preocuparea și argumentarea delirantă a acestora caută să se sprijine pe “evidența” unor astfel de fapte perceptive. Dacă avem acum în vedere ceea ce Jaspers considera a fi „delirul propriu zis”, se poate întâlni, mai ales în faza sa incipientă de invazie delirantă, trăirea unui sentiment special de “centralitate”, ce se conjugă cu resimțiri perceptive particulare „de referință”. Sentimentul de centralitate constă, în aceste împrejurări, din impresia dominantă a subiectului că se află în centrul unor evenimente importante, care se pregătesc pentru el, care „îl privesc”. Trăirile senzitive de relație, ce constau în impresia că alții privesc subiectul în mod deosebit și îl comentează, se pot corela cu acest fenomen. Dar e vorba doar de o intersecție, deoarece

Prolegomene la trans-personalizarea psihotică.-2

Raportarea globală a subiectului identitar la situații, alții și lume, presupune câteva trăiri sintetizatoare implicite, pe care psihopatologia ni le relevă cu ocazia sd de depersonalizare și a derulării delirului primar. Astfel ..

Problematizarea sentimentului de "prezență asertivă în situații (lume)". În perspectivă psihopatologică se cere uneori evaluat "sentimentul subiectiv de a fi prezent" la și în situație,....de a fi implicat în ea. E vorba de un sentiment firesc de "personalizare" de a fi "tu însuși"(identic cu sine și autor al propriilor gânduri și acte) articulat cu o lume corelativă, în care te afirmi. În psihopatologie se poate întâlni sentimentul de „a fi absent din situație,,, de "neprezență"..de anonim (a nu fi "cineva")..de neparticipare, "detașare depersonalizantă,,, "parcă n-aș exista în situația actuală" ..Aderența la situații și lume, implicarea în acestea, se poate astfel relaxa.

Sentimentul de familiaritate cu..(de apropiere, intimitate).. În normalitatea raportărilor la situații și lume funcționează un sentiment de firesc de familiaritate (a fi "ca acasă la tine"), o atmosfera de naturalețe a situațiilor, ambianței,..a preajmei, a lumii înconjurătoare. Subiectul se simte "legat,, și "atașat", "acordat" cu lumea sa, și cu alții printr-un "sentiment existențial bazal" (). Ambianța (lumea din jur) poate fi resimțită (percepută) în normalitate uneori ca vie, pregnantă, atrăgătoare, incitantă, ușor accesibilă...iar alteori....ca monotonă, cenușie, apăsătoare, "greu de suportat", greu de abordat...distantă...inaccesibilă etc.

În psihopatologie poate apare un sentiment de nefamiliaritate, neobișnuită, nefiresc, straniețe, ciudățenie.... sentimentul că "ceva nu e în ordine".. "nu e cum trebuie".. "nu e la locul sau"...(parcă lipsește ceva... ceva e schimbat deși nu știi ce)...parcă e prezent, undeva, cineva străin. Subiectul se simte parțial desprins de firescul raportării sale la lume, are impresia că e prezent în apropiere "ceva sau cineva" necunoscut..... că "se întâmplă.... se petrece ceva"...."se schimbă ceva " (dar nu știi ce)....."inclusiv cu mine" (cu subiectul)

...Ceva străin (alienus – alter) necunoscut și necontrolabil, se infiltrează și fisurează existența sa firească în lume, în ambianța sa cotidiană, o subminează și neliniștește subiectul,... ce ajunge să fie tensionat...orientat spre anxietate (dar fără un sd. de anxietate generalizată pregnant definit, care montează subiectul crispat pe ambianță, atent la a descifra de unde și când va veni pericolul iminent necunoscut la care se așteaptă). Sentimentul de nefiresc, straniu, , de neobișnuit se poate referi și la sine însuși, la propriile trăiri ...

Pe acest fundal se pot instala trăirile de referință și atmosfera delirantă de centralitate. Subiectul resimte în permanență că „el,, este centrul, punctul de plecare și cel de referință, pentru toate trăirile, deciziile și acțiunile sale, pentru relaționări, acțiuni, intenții, inițiative, secrete personale etc.

În continuare se poate instala "sentimentul pregnant de schimbare".. mă schimb...alții se schimbă (s-au schimbat), lumea, totul se schimbă...eu și lumea suntem schimbați..."sunt vrăjiti" ...și intrarea în „lumea delirantă,,

...

valențele senzitivității relaționale sunt multiple: curiozitate, comentarii depreciațoare de batjocură, supraveghere etc. Iar trăirea centralității nu se rezumă la resimțirea unor priviri speciale ale altora. Și nici doar la sentimentul de a fi urmărit și supravegheat. Simptomele de referință constau în faptul ca atenția pacientului este atrasă de variate detalii perceptive ale ambianței, culori, numere, fenomene atmosferice etc., care îi apar acestuia ca mesaje misterioase ce îi sunt transmise în mod special. Astfel încât subiectul iese din calmul familiarității sale cu lumea, cu sine și cu alții; și intră într-o tensiune de așteptare ce poate crește progresiv. La aceasta poate contribui și sentimentul de nefamiliaritate cu lumea, de ciudățenie, straniețate ce se poate instala în această perioadă, uneori cu sentimentul ca „parce ceva...sau ..cineva..necunoscut..ar fi prezent în preajmă..

Până la un punct tensiunea menționată e similară celei anxioase. Dar ea nu mai e chiar așa de difuză ca atunci când subiectul își mută mereu, tensionat, privirea dintr-o parte în alta, așteptând să descopere în jur de unde vine și în ce constă pericolul. Căci acum, în dispoziția delirantă, e presimțit ceva nou; și mai ales o „schimbare interioară” ce se apropie progresiv, urmând a-l plasa „într-o nouă lume”. În plus, nu totdeauna e presupus și așteptat un eveniment amenințător. Sentimentul dominant e de ciudățenie, straniețate, nefamiliaritate. Percepțiile referențiale capătă forma unor semnale. E vorba de percepții obișnuite, uneori chiar de detalii minore, care se impun ca un fel de mesaje. O culoare – de ex.roșie – un cântec de pasăre, zgomotul unei mașini ce trece, un cuvânt de pe o firmă, câteva cifre, o melodie de la radio, întâlnirea unui prieten, felul cum e aranjată o vitrină, toate nu mai sunt întâmplătoare și indiferente. Ele se încarcă de o semnificație deosebită, misterioasă, mai ales ca apar ca și ”coincidențe” inexplicabile pentru pacient. Subiectul se întreabă și îi întreabă pe alții: ”oare ce vrea să însemne (ce mesaj special pentru mine poartă) acest număr, culoare, zgomot etc.?” Nimic nu mai e indiferent...fragmentele realității se învârt în jurul pacientului într-un vârtej, crează o atmosferă specială, stranie, bizară ce crește și îl amețește. El îi interpelează pe cunoscuți:...” ai văzut!!...”

De vreme ce nu înțelege clar ce se petrece, subiectul se simte înconjurat de semnale aluzive, cu subînțeles. Alteori este convins că i s-a transmis un mesaj cifrat sub forma unui titlu din ziar sau a unei expresii difuzate la radio. Aceste adresări “pe care le resimte că îl vizează

personal” pot fi trăite cu dublu înțeles: unul comun pe care-l poate descifra oricine; și altul secret, numai pentru sine. În “atmosfera sau dispoziția delirantă” pe care o trăiește, pacientul poate considera că un comentator de la TV “îl privește direct în ochi”....Sau, chiar, că e privit cu înțeles de o statuie, de un animal, de un câine de ex.

Starea psihică în care se află o persoană cuprinsă de „dispoziția delirantă bazală” este una pasiv deficitară, în care urmărirea unui obiectiv, atenția concentrată, capacitatea de sintetizare a informațiilor actuale disponibile sinelui, sunt grav perturbate. Acest deficit structural pregătește transformarea identitară ce duce la „căderea” persoanei pe scena sau orbita pe care se va derula delirul, în interiorul unei noi lumi. Și odată cu aceasta, transformarea sa într-un personaj schematic, cuprins într-un scenariu aberant.

Starea de așteptare și tensiune menționată mai sus, se amplifică până la un moment dat când, o percepție banală (sau o amintire, o intuiție) iese în relief și îi clarifică brusc subiectului idea,”tema” sa delirantă. Adică intriga în care el apare ca personaj central într-un scenariu fictiv. „Deci, sunt urmărit de Mafia internațională deoarece urmează să fiu ales președinte ONU”; sau: „sunt vinovat pentru toate războaiele din lume și condamnat la chinuri veșnice”. Acesta e parcursul clasic care s-a profilat la începutul sec.XX și a fost etichetat de Jaspers ca proces al delirului primar constituit printr-o percepție delirantă în urma unei dispoziții delirante primare. Jaspers considera că doar pe această cale se ajunge la “delirul propriu zis”, diferit de stările deliroide. Iar în cadrul delirului propriuzis, se intră într-o „altă lume”, astfel încât totul se schimbă în jur, oamenii sunt altfel, realitatea este „altfel”, iar subiectul simte că și el „s-a schimbat”, parcă „în urma unei vrăji”.

Din scenariul procesului psihopatologic comentat de Jaspers pentru delirul primar, se poate reține că în el nu intervin neapărat halucinațiile. Percepțiile referențiale sunt în general corecte, dar fragmentate și decontextualizate. Niciuna din ele – până la „percepția delirantă” finală - nu se impune pentru a trimite direct la o semnificație specială. Iluziile pot fi prezente; dar suntem acum dincolo și de simplele percepții reliefate, ”salience”, importante pentru delirurile sistematizate de tip paranoiac. În prim plan e o dispoziție specială, atmosferică, în sensul că subiectul se simte înconjurat de o puzderie de “percepții-mesaje” misterioase, ce îl fac să se simtă într-un mediu străin. Dispoziția delirantă e deosebită nu doar de dispozițiile ce susțin

implicarea sa în viața cotidiană, ci și de dispozițiile afective anormale maniacale, depresive, anxioase, iritabil ostile. Trăirea se apropie de cea din sindromul de depersonalizare, în care subiectul resimte ca lumea e nefamiliară, ciudată, străină. Iar acest sentiment de nefamiliaritate cu lumea în ansamblu, de straniețe, se corelează cu cel al apropierii unui eveniment interior, a unei metamorfoze speciale, extraordinare ce se va petrece cu sine, urmând sa-l plaseze într-o altă realitate. În cadrul acestei atmosfere de straniețe nu e așteptată o informație exterioară clarificatoare a unei probleme situaționale, ca în anxietate (e.g. ”în ce constă și de unde vine pericolul”),. Ci, trăirea unei revelații, care să deschidă un nou orizont interior, o nouă înțelegere a lumii. Ceva neobișnuit, ca în cazul producerii unei metanoia spirituale., dar care acum se finalizează prin ”căderea” subiectului, prin „transpersonalizarea” sa pe orbita psihotică.

În modelul pe care-l propune Jaspers pentru instalarea delirului primar, rolul central îl are, în final, percepția delirantă. Aceasta e o percepție banală care devine purtătoarea unei semnificații care reduce tensiunea dispoziției delirante; și parcă deschide brusc ușa spre intrarea pacientului într-un scenariu aberant, în care el devine un personaj, într-o altă lume. De ex. perceperea unui câine negru îi relevă brusc că “e bolnav de cancer hepatic și va infesta întreaga omenire cu EBOLA, înainte de sfârșitul lumii”. Jaspers insistă în mod special asupra rolului semnificației care, deși e consubstanțială oricărei percepții, intervine în cazul delirului primar cu sens special. El scrie:

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

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

“Dintr-odată (pentru pacient) lucrurile par să semnifice ceva cu totul deosebit. El vede oameni în uniformă pe stradă; acești sunt, desigur, soldați spanioli. Apar alte uniforme; sunt acum soldați turci. Este (desigur) arhiducele mort care a reînviat. Două persoane ce se întâlnesc

sunt Schiller și Goethe...(alt pacient).” Plecând dimineața de acasă am constatat în piața brusc că ceva e în neregulă cu ceasul; s-a oprit brusc și a început să meargă în alt sens; m-am gândit că se apropie sfârșitul lumii; am văzut niște soldați și mi-am dat seama că sunt o persoană “așteptată”; ei au trecut uitându-se la mine, mi-am dat seama că lumea se învârte în jurul meu....Când a trecut o mașină nu am auzit-o...pe măsură ce mașina se apropia am simțit că parcă emit ceva care ar putea-o opri...începeam să refer totul la mine, parcă totul era făcut pentru mine...lumea nu se uita la mine și asta parcă-mi transmitea că sunt o ființă îngrozitoare și de aceea evită să mă privească”.

Exemplele lui Jaspers ilustrează nu doar mutația bruscă pe care o resimte pacientul în universul ireal și incomprehensibil al delirului marcat de centralitate, ci și caracteristicile de ficțiune ale acestui univers, în care apar personaje istorice și culturale, extrase desigur din memoria sa. Este ca și cum el a trecut un prag și a căzut într-o altă lume, spre un tărâm de ficțiune, din care nu-și mai poate reveni spontan. Totul se petrece la fel ca atunci când începi să citești o carte de basme fantastice sau ai coborât pe o scenă unde se joacă un teatru absurd; și ai adoptat cu convingere rolul unuia dintre personaje, urmând ca în continuare să trăiești după regulile de desfășurare a scenariului piesei. Dar,... fără a mai putea reveni apoi în sala de spectacol și pleca acasă, în mijlocul vieții cotidiene.

”Centralitatea” pe care o relevă atmosfera delirului primar este una care se regăsește apoi în însăși condiția delirantă, în care diverse personaje și evenimente gravitează toate în jurul pacientului, în cadrul unei lumi delirante ce se precipită asupra sa. Așa cum afirma un pacient: ” Simt că sunt placa turnantă a lumii în interiorul căreia forțe malefice pe care nu le pot preciza, influențează negativ evenimentele mondiale”.

Ar mai fi de comentat faptul că, analizele inițiale ale lui Jaspers din comentarea delirului primar s-au orientat spre o cazuistică ce tindea spre delirul paranoid schizomorf, pacienții fiind marcați de un deficit depersonalizant identitar cu o pasivitate care accentua sentimentul stranieții până în marginea anxietății. Varietatea clinică a stărilor delirante presupune o lărgire a acestei abordări, în sensul că secvența mutației pe orbita delirant-psihotică se regăsește variat, în diverse cazuri. Se pot menționa două exemple..

- O pacientă de 40 ani ce ajunge la un delir relativ sistematizat în care identitatea sa e resimțită ca dedublată prin două entități supranaturale ce au preluat-o, comentează trăirea perioadei de invazie delirantă astfel...„Totul se schimbă în jur....Terra a ajuns să fie schimbată.....oamenii, natura se schimbau.....a venit Apocalipsa trimisă de Dumnezeu...a coborât Amadeus o entitate spirituală masculină ce a parcurs mai multe dimensiuni....ca să locuiască în Carmen – corpul ei feminin -....unde va rămâne până la noua venire a lui Iisus....,,
- Un pacient de 20 ani ce se internează în urgență cu o manie delirantă agitată relatează.....„Am simțit cum o energie mi-a intrat prin coșul pieptului și am avut o revelație...totul în jur s-a luminat...și aerul era mai dens...de atunci viața mea s-a schimbat...și Dumnezeu îmi transmite informații care vin pur și simplu în mine,,

Transpersonalizarea psihotică din delirul primar

Pe traseul pe care se desfășoară sd. dep/der, între polul predominant subiectiv al patologiei dissociative (în care subiectul se simte pur și simplu detașat și străin de sine și de lume) și cel predominant obiectiv, apato abulic și dezorganizant din schizofrenia deficitară (în care pacientului „nu-i mai pasă de nimic și se resimte un nimeni”), se întâlnește egodistonia ambivalentă obsesiv compulsivă și delirul paranoid. Delir paranoid, a cărui sentiment de supraveghere omniprezentă se completează acum prin convingerile de transparență/influență. Parcursul psihopatologic al zonei delirante afectează, prin definiție, însăși identitatea persoanei, care se metamorfozează într-un personaj fictiv dintr-un scenariu aberant. Jaspers a intuit faptul că tocmai această preschimbare indică nucleul delirului (paranoid) propriu zis, calea regală fiind cea care trece prin „centralitatea” dispoziției delirante. Iar procesul psihopatologic e finalizat prin mutația ce se realizează odată cu percepția (intuiția) delirantă, ce consfințește intrarea în „lumea delirantă”. De aceea Jaspers susținea că, desfășurarea acestui „proces psihopatologic” parcurge un traseu de a lungul căruia se petrece o ruptură a unor limite, o prăbușire, o transmutație; spre deosebire de lenta alunecare spre delir pe traseul aproape continuu al preocupării prevalente, cu atingerea în cele din urmă a unei convingeri „deliroide” (ca de ex. în gelozie, dismorfism corporal, hipocondrie etc. – Chenar 42). Modelul pe care l-a propus Jaspers și pe care l-a sintetizat în continuare psihopatologia clasică germană – inclusiv Schneider și

Conrad – se păstrează și în prezent, mai ales cu valoare didactică. Etapele clasice ale derulării sale sunt: - simptomele de referință; - dispoziția (atmosfera) delirantă a centralității; - percepția (intuiția, amintirea) delirantă; - intrarea, ca personaj, într-o lume delirantă fictivă. În cazuistica clinică însă, el nu se petrece decât în puține cazuri exact după această schemă și într-o modalitate acută. În schimb, momentele sale cheie pot fi recunoscute, prin diverse simptome subiective, în perioada instalării și consolidării delirului paranoid complex. De fapt a „orbitei psihotiforme” paranoide. Căci delirul ce se instituie astfel, nu mai este unul monotematic sistematizat; ci unul în care subiectul transformat în personaj fictiv trăiește și halucinații, fenomene de transparentă influență, dezorganizare, stări dispoziționale variate, simțindu-se plasat într-un teritoriu aparte, pe o „scenă” a unei lumi delirante. Acest proces, pe parcursul căruia subiectul resimte și „stranietatea” alunecării sale într-o altă lume, nefirească, neobișnuită, ar putea fi denumit unul al „trans-personalizării”. El merită comentat ceva mai atent, pe baza datelor pe care ni le oferă clinica actuală; având în vedere variate modalități procesuale de intrare în delir, inclusiv cu ocazia bufeurilor psihotice acute sau a episodelor schizo-afetive, delirant afective.

Aspectul fenomenologic subiectiv în faza inițială a delirului primar este sentimentul că “se întâmplă ceva”, “ceva se schimbă”. Schimbarea resimțită privește atât subiectul, cât și ambianța sau pe alții, cu accente variate în descrierile pacienților. Esențială e impresia că ansamblul realității se transformă, pentru pacient, într-un mod bizar; că persoana intră într-o lume aparte, deosebită de cea în care a trăit; proces pe care îl etichetează de obicei ca “vrăjire”. Aceasta e cel mai frecvent atribuită cuiva: membrilor de familie, vecinilor, cunoștințelor, colegilor de serviciu, unor instanțe supranaturale. Sau chiar “vrăjitorilor”, când delirul are caracteristici narrative mai accentuate. Sentimentul de schimbare e anunțat de misterioasele semnale „de referință”; ce se articulează de obicei cu simptomatologia delirantă paranoidă propriu zisă, constând în urmărire, persecuție, fenomene de transparentă influență, posesiune, relație cu divinitatea, halucinații, (predominant auditive), modificări ale dispoziției afective și ale comportamentului, trăirea unei noi identități - de personaj.

Schimbarea resimțită este uneori clar formulată de pacient care poate să afirme: “nu știu ce am, se întâmplă ceva cu mine, am nervi....toți mă spionează...” , “de câteva luni, simt că m-am schimbat, nu mai sunt eu”..., „alunec în trecut, am sentimentul, convingerea chiar, că toți

oamenii îmi vor răul”..., ”am simțit că se întâmplă ceva cu mine, că mă modific, eram dornică de distracții, am cheltuit mulți bani, am făcut abuz de relații sexuale”... ”de patru luni simt că se întâmplă ceva cu mine, nu mai sunt eu, m-am modificat în interior, mi s-a schimbat vocea, nu mă mai pot concentra, mi se citesc gândurile...”; ”în ultimele șase luni simt că m-am schimbat, se petrece ceva cu mine, parcă o voce vorbește din interiorul meu dar nu o pot localiza, parcă mi se citesc gândurile”...; ”m-am schimbat, sunt o altă persoană, am înviat acum o săptămână”,... ”am simțit cum intru în niște canale din care nu mai pot ieși”,... “de fapt nu lumea s-a schimbat, eu sunt cel ce m-am schimbat și am început să o înțeleg altfel”,... “ am hotărât să mă extrag din realitate prin exerciții yoga”,... „ambianța locuinței e modificată, lucrurile nu mai sunt la locul lor, parcă cineva le așează altfel, parcă e cineva în casă” (uneori, subiectul identifică această prezență nelămurită cu cea a diavolului). Momentul schimbării se poate exprima și prin trimitere la o revelație divină: subiectul strigă “există Dumnezeu”; sau, prin faptul că unele semne indică sfârșitul lumii.

Sentimentul schimbării psihice a lumii corelative poate fi însoțit de unul al propriei schimbări corporale. Aspectul feței apare ca modificat, “îmbătrânit”, “altfel”; privirea nu mai e ca cea dinainte; privindu-se în oglindă subiectul are impresia că s-a îngrășat sau a slăbit, că oricum, arată diferit. “Semnul oglinzii” descris în debutul schizofreniei, se corelează evident cu acest sentiment de schimbare a aspectului corporal propriu, care e purtătorul identității personale. Uneori pacientul afirmă că privind în oglindă vede pe altcineva (o pacientă a acoperit din această cauză toate oglinzile din casă).

Poate apare apoi sentimentul dedublării psihocorporale, care pregătește trăirea posesiunii de către diavol sau spirite. Pacientul resimte că e dedublat, că “în el mai e cineva, o altă persoană”. Posesiunea corporală este atribuită predominant diavolului care, din interiorul corpului are acces la intimitatea sa psihică; fapt ce joacă acum un rol important în fenomenele de transparență influență. În schimb transpersonalizarea ce se realizează în direcția persoanelor divine – exprimată prin afirmații precum: “sunt fiul lui Dumnezeu,...Dumnezeu e în mine...etc.” - nu pune un accent deosebit pe corporalitate. Simptome clasice de modificare a schemei corporale se pot manifesta în formule de tip halucinator delirant: părți ale corpului apar modificate ca dimensiune și formă, “capul e mai mare, devine pătrat”...”în jurul capului e un

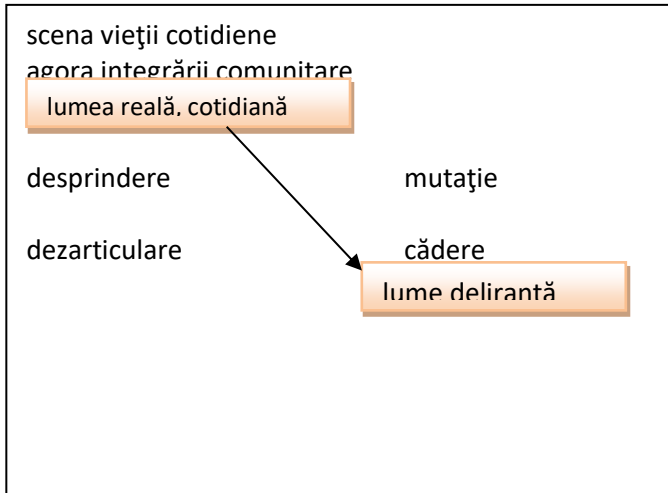
cerc galben strălucitor”...cenestopatiile și senzațiile cutanate pot fi comentate ca “șerpi ce umblă pe corp și pătrund în abdomen”, “spirale a unor duhuri ce acționează pe tegumente și intră în cap”...”propriul corp e perceput din exterior” etc.

Sentimentul de schimbare subiectivă și corporală se însoțește de obicei de cel al schimbării ambianței și al altora. Pacienții pot relata:.....”de 3 luni lumea în jur se schimbă, locuința, satul, nu mai sunt ca înainte,”;...”realitatea parcă e schimbată, oamenii pun întrebări al căror sens nu îl înțeleg; “de o lună simt o stare de oboseală deosebită, de nesiguranță, am impresia că atmosfera din jur s-a schimbat, sunt urmărită, colegele își bat joc de mine...”; “totul în jur e modificat, dacă mă uit în oglindă parcă nu sunt eu și îmi spun “este o prostituată” așa spun și niște voci de bărbați...”lumea din jur se schimbă, nordul a devenit vest și asta mă deranjează, deoarece nu mai pot să mă orientez”, etc....Persoanele din jur îi apar delirantului ca fiind “altfel”, uneori ca “substituite”, “mascate”, “gonflate”, “parcă ar fi un vampir”; ceilalți îi apar ca “diavoliți”, aspectul lor e particular, “au ochii roșii”, “se mișcă altfel”.

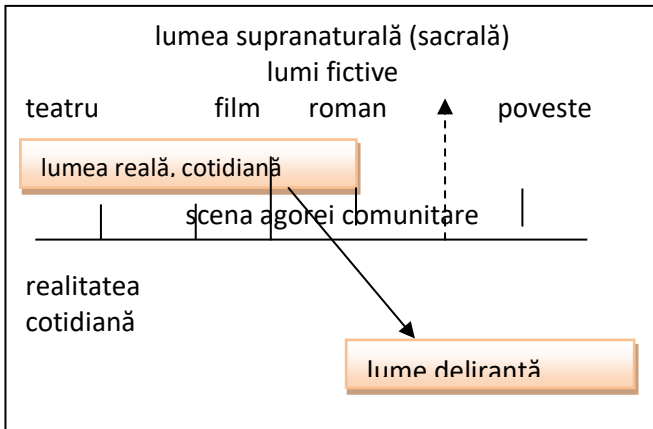
Comportamentul celorlalți apare de asemenea ca schimbat: “soția începe să aibă un comportament rece, distant, indiferent”, “mama pare a se comporta altfel, ca și cum i-ar face avansuri sexuale băiatului”. Felul celorlalți de a umbla și vorbi devine misterios, neobișnuit: unele persoane își mișcă altfel piciorul, fac grimase. Îmbrăcămintea e și ea cu semnificații particulare: “cei îmbrăcați în blugi și în albastru mă influențează negativ”.

Schimbarea ambianței și a altora corespund simptomatologiei clasice a derealizării, care, acum, în cazul intrării în delir, e resimțită mai ales ca o lume de ficțiune, populată de variate entități neobișnuite, supranaturale: spirite, energii, duhuri, “câmpuri energetice”, “extratereștri”. Iar aceste entități învăluie ca un “câmp”, ca o “atmosferă” “eul” mai mult sau mai puțin dedublat al psihoticului, penetrându-i intimitatea, acționând asupra gândurilor, comportamentului, mișcărilor, vorbirii și funcționării corpului său.

Chenar 91

Transpersonalizarea psihotică delirantă (1)

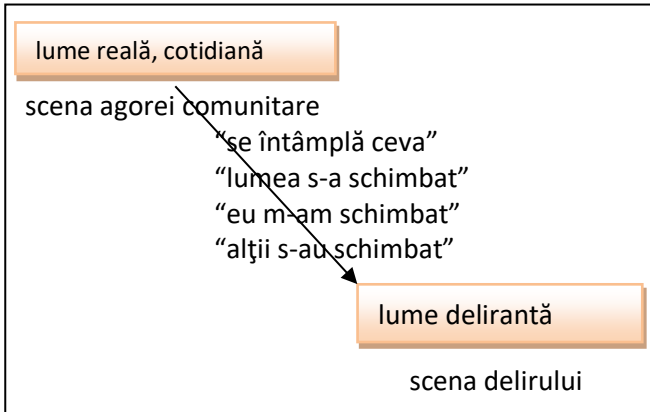
Intrând în delir, subiectul se simte prins în derularea unor evenimente ce-l afectează în mod special, e acaparat de un scenariu a cărui erou principal se simte; el aderă de acesta, e convins de cele ce le simte că se petrec cu el, pe scena noului univers delirant în care a intrat.



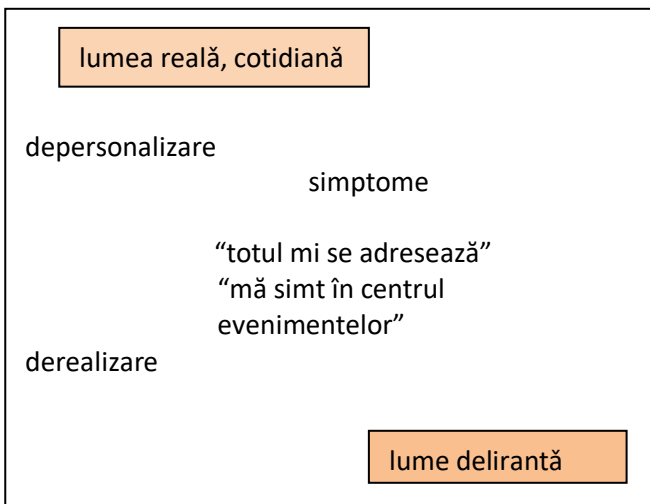
Delirantul aderă necondiționat la situația delirantă pe care o trăiește pe scena "lumii delirante" pe care se desfășoară scenariul delirului, în care e convins că: e urmărit, persecutat, înșelat, iubit, dirijat, posedat de diavol, apropiat de Dumnezeu etc. Universul delirant poate fi comparat cu lumea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

Chenar 92

Transpersonalizarea psihotică delirantă (2)



El simte această trecere ca o schimbare: simte că lumea s-a schimbat, el s-a schimbat, e altfel, modificat, nu se mai recunoaște, alții s-au schimbat, sunt substituiți, modificați, “diavoliți” etc. În debutul episodului psihotic, se petrec și modificări dispoziționale: anxioase, disforice, depresive, euforice (maniacale), care sunt resimțite subiectiv și se



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

- Trăiri senzitive de relație;
- Trăiri de urmărire și supraveghere a intimității
- Simptome de referință
- Dispoziție, percepție delirantă
- Halucinații auditive comentative
- Simptome de transparență-influență
- SRP
- Alte dispoziții afective

La această atmosferă schimbată a ambianței, a lumii, se pot adăuga și percepții determinate, care apar ca având o semnificație deosebită. Pacientul poate relata: “am văzut o pisică cu colți mari care era trimisă de Dumnezeu”....; “ am văzut în curte pene și un topor înfipt într-un lemn, pe care sigur vecinii l-au pus în mod special...”; „când am tras apa la baie am auzit un mieunat de pisică”, „telefonul sună ciudat...”;”pe stradă am văzut o mașină albastră care sigur a venit după mine”....;”am primit o floare specială, care sigur se numește A (numele pacientei), astfel încât am căpătat puteri speciale asupra diavolului”.....În această atmosferă psihotică se infiltrează apoi variate halucinații și pseudohalucinații, tulburări formale ale cursului ideativ, simptome de transparență/influență, dezorganizare ideo verbală și straniețate autistă.

Apropierea dintre procesul delirului primar și psihopatologia Sd. Dep/Der,st. este una fenomenologică. Subiectul resimte că mesajele misterioase ce-i sunt transmise prin simptomele de referință, indică pentru el o schimbare fundamentală, ce presupune ieșirea din ambianța lumii cotidiene. Lume ce-și pierde firescul și stabilitatea. Iar sentimentul pierderii identității proprii și a lumii cu care era familiarizat, e o avantcameră pentru intrarea în lumea delirantă. Atmosfera de “vrajă”, de “vis” este tocmai cea care marchează mutarea persoanei într-o trans-realitate fictivă, care acum va fi cea a delirului.(Chen).

Este important ca intrarea în condiția delirantă, pe noua orbită „psihotică” a delurării veștii psihice, să fie înțeleasă dinamic, ca petrecându-se într-un moment anume al existenței diacrone a persoanei bio-psiho-antropologice. Când, bio psiho ritmurile și dinamica proiectelor și ciclurilor vieții sale, a cumulării psihotraumelor și problemelor solicitante, ajung într-un moment de tensiune și cumpănă, făcând posibilă „ruptura” și ”căderea” în orbita psihotiformă.

În concluzie, o abordare a sindromului de depersonalizare derealizare dintr-o perspectivă nerigidă, poate fi utilă unei psihopatologii comprehensive; și stimulativă pentru provocările pe care aceasta le poate face unei psihologii antropologice. Oricum, ea este esențială în procesul de înțelegere a condiției psihotice în care psihismul uman poate cădea.

7. Întâlnirea 7 - 6 iunie 2023

Expunere: Dezorganizarea psihică

Conceptul de *desorganizare* a fost lansat la începutul sec XX de către Bleuler pentru a caracteriza – împreună cu cel de *autism* – o nouă boală, Schizofrenia; care prelua de fapt cazuistica psihozei endogene circumscrisă de către Kraepelin sub eticheta de Demență paranoidă precoce. Bleuler considera Schizofrenia ca o psihoză centrată de o dezorganizare autistă, având diverse grade de intensitate și în care delirul halucinator era în plan secund. Sd desorganizant al psihozelor e comentat de obicei psihopatologic predominant în plan ideo verbal și comportamental.

1/ **Dezorganizarea în plan ideo verbal** se referă la deficitul disfuncțional de sinteză și ordonare în planul gândirii, înțelegerii interpretative, vorbirii și argumentării și comunicării, afectând structura logico gramaticală, de ordine și semantică a acestora; astfel încât devin deficitare competențele sale comunicative, asertive și creative teoretico cultural. Semiologia psihopatologică urmărește predominant perturbare comportamentului comunicant lingvistic, care e prezentă atât în cazuistica schizotipală cât și în formele grav desorganizate clinic. Se enumeră:

* Circumstanțialitatea. Gândirea și vorbirea evoluează spre obiectiv lent, cu multe paranteze, legate de detalii și de asociații circumstanțiale; dar revine constant din aceste ocolișuri la linia principală.

* Perseverența. Deși subiectul a comunicat în esență ceea ce intenționa, el revine mereu la aceeași temă, manifestând sentimentul că nu ar fi fost înțeles destul de clar, insistând, repetându-se, chiar dacă prin alte formulări; lipsește o sinteză clară, concisă și pregnantă a mesajului.

* Vorbirea hiperelaborată, manieristă, constă din utilizarea multor cuvinte cu un conținut informativ redus; sau a multor sinonime. Expunerea este încărcată de expresii generale și neesențiale pentru intenția informativă: formule de introducere, de politețe, paranteze nejustificate sau explicative formale, considerații generale, locuri comune, expresii “prețioase” neuzuale, inutile comunicării mesajului.

* Laconismul telegrafic; subiectul folosește puține cuvinte, pe care le exprimă laconic, punctând vag teme a căror context și mesaj este greu de descifrat.

* Stereotipiile. Unele expresii, cuvinte sau formule se repetă aproape identic, inutil, fără un nou conținut informațional, parazitând discursul care nu progresează spre concluzie. Stereotipiile se manifestă și în plan motor - în autism și catatonie - ca un clișeu ce întrerupe recurent comportamentul orientat spre obiectiv.

* Deraierea (care exprimă un nivel mai avansat al dezorganizării): deși subiectul pare inițial a păstra orientarea spre un subiect și referința la o problematică, direcția efectivă de comunicare a discursului se pierde. El trece de la o temă la alta, derivată din cele deja expuse, fără a se mai reîntoarce la direcția de comunicare principală, prefigurată inițial. Această alunecare excentrică a discursului, din aproape în aproape, e în principiu distinctă de saltul de la o temă la alta, fără o derivare evidentă sau constatabilă, ce se întâlnește în fuga de idei maniacală; care se datorează vitezei crescute a derulării ideății și hipermobilității atenției, conducând la asocieri superficiale, de asonanță sau sonoritate.

În toate manifestările menționate este evidentă relaxarea urmăririi și realizării obiectivului informațional a mesajului, printr-o adecvată sinteză a unor secvențe lingvistice succesive. Subiectul nu mai realizează o echilibrată elaborare și o legătură eficientă a expresiilor folosite, pentru realizarea unei intenții informative clare și adecvate. În ciuda abundenței cuvintelor conținutul informațional exprimat e redus, „scena” procesului informațional fiind ocupată de instrumentalitățile lingvistice ce ar trebui să fie folosite în așa fel încât nici să nu fie sesizate.

Tulburările menționate mai sus sunt însă deseori flancate de tulburări ale „cursului gândirii”, resimțit în fundalul subiectivității conștiente: -Accelerarea sau încetinirea cursului ideativ, uneori cu blocarea derulării acestuia, însoțită de un „gol mental”; eventual cu reluarea ideății în altă direcție;- Ideăție intruzivă, neașteptată, resimțită ca „străină” și perturbatoare, care interferează cu ideăția proprie; uneori pot apare izbucniri bruște a unor multitudini de idei amestecate și necontrolabile (mentism);- Ecoul gândirii, spațializarea gândirii (plasarea ei în anumite zone ale corpului sau în afara acestuia), sonorizarea gândirii spațializate.

Dezorganizării ideo verbală poate fi centrată și pe tulburări logico semantice și de semnificație. Așa sunt:

* Tangentiabilitatea; Aceasta se referă la un răspuns evaziv, care, deși indică înțelegerea întrebării, nu oferă un răspuns explicit, clar și la obiect. Subiectul se poate exprima aluziv, prin considerații generale care au doar o vagă legătură cu subiectul în cauză. Vorbirea e caracterizată de obicei de către alții ca metaforică, “flou”, vagă, aluzivă, digresivă, intervenind și perturbarea conținutului semantic, răspunsul fiind sărac în conținutul său de semnificație.

* Incoerența ideo-verbală depășește clar planul perturbării unui obiectiv comunicațional. Predomină anomalii logico gramaticale și semantice, care se manifestă în chiar interiorul a ceea ce ar trebui să fie o propoziție cu subiect și predicat. Se pierde coerența de „text comprehensibil” a exprimării pacientului; putându-se ajunge la haosul verbal ce a fost etichetat ca “salată de cuvinte”.

Pe lângă dezorganizarea ideo-verbală sesizabilă situațional prin „acte de limbaj,,”, aceasta se exprimă și în texte, în utilizarea limbajului în universuri de discurs supraindividuale; nivel la care se impun tulburări ale articulației dintre semnificant și semnificație.

În cadrul limbajului curent, semnificantul concret - fie că e un cuvânt, o expresie scrisă, o imagine iconică sau un simbol - trimite spre o clasă intensională de semnificații generale, abstracte. În normalitate, în exprimările lingvistice ale expunerilor și discursurilor, articulația între semnificantul-concret și semnificația abstract generală e echilibrată. În condițiile desorganizării, cuvintele, expresiile, imaginile iconice, rămân obiecte concrete, care nu mai trimit niciunde, retrăgându-se în poziția de “obiecte manipulabile” (ca în perspectiva în care, textele și picturile pot fi distruse, arse). Privitor la limbajul schizofrenilor s-a formulat că, uneori aceștia par să se joace cu cuvintele, să le manipuleze ca pe niște obiecte sau jucării. E alterată capacitatea de generalizare, abstractizare, analiză, sinteză.

Pe de altă parte abstracțiile, generalizările, pot căpăta o caracteristică vagă, dar de care subiectul se agață și se preocupă persistent. El se cramponează de noțiuni ca Adevărul, Eternitatea, Binele, pe care le resimte ca entități reale dar vagi și inaccesibile. Preocuparea, atracția, fascinația față de abstracții lipsite de conținut și determinare, este una din specificitățile desorganizării schizofrene.

O altă manifestare a dezorganizării în plan lingvistic se corelează cu faptul că, mare parte din cuvintele și expresiile limbajului uman sunt plurisemice, semnificația lor precisă fiind condiționată de contextul lingvistic situațional, de “jocul lingvistic” în care sunt angajate. În dezorganizarea ideo-verbală putem întâlni utilizarea neadecvată semantic contextului a unor cuvinte; sau, un joc al descompunerii cuvintelor și de recompunere a expresiilor din propriile constituente, ajungându-se astfel la un univers incoerent de semnificații. În acest context pot apărea și “neologisme”; adică cuvinte și expresii inventate de către pacient... care au doar pentru el o semnificație, specială. Poate fi vorba uneori chiar de exprimări complexe, de figuri simbolice aparte sau de un nou cod lingvistic, cu care pacientul dublează limbajul natural.

Dezorganizarea vorbirii și gândirii în modalitatea **des-ordinii incoerente** se manifestă și în texte și redactări lingvistice elaborate ca expuneri scrise, artistice sau științifice. Într-un eseu scris de un schizofren se pot întâlni, pe lângă simptomele deja menționate și.. utilizarea concomitentă a mai multor coduri semantice și.. dezordine generalizată, vizibilă în aspectul grafic al producției: literele pot fi scrise cu dimensiuni variate și puse în pagină în direcții multiple, unele expresii sau figuri se detașează incomprehensibil de rest sau se repetă stereotip etc. În textele mai elaborate, nu sunt respectate regulile de compunere și argumentație, de ordonare ierarhică a părților, prin care semnificația transmisă să poată fi descifrată adecvat și comprehensiv de către lector.

Dezorganizarea în direcția semnificațiilor se exprimă uneori printr-o pronunțată “detașare” a individului de ambianța socio-culturală, cu “plutirea” sa într-o lume a abstracțiilor vagi, înclinată cumva spre transcendență; fascinație față de abstracții,.. care diferențiază dezorganizarea din schizofrenie de toate celelalte perturbări psihice. Interesul față de abstracții vede de conținut a schizoizilor e și o formulă de izolare socială, de retragere din participarea la viața cotidiană pragmatică. În perioada de debut a schizofreniei unii tineri se arată interesați de științe și practici esoterice, de yoga, de mișcări doctrinare sectare. Uneori subiectul începe să elaboreze singur un sistem interpretativ al lumii.. în centrul căruia el se plasează, trăind un sentiment de grandiozitate solipsistă

Dezorganizarea ideo-verbală însoțită de preocuparea față de abstracții vede, induce și un pronunțat deficit de narativitate coerentă și expresiv comunicantă, colorată și atractivă.

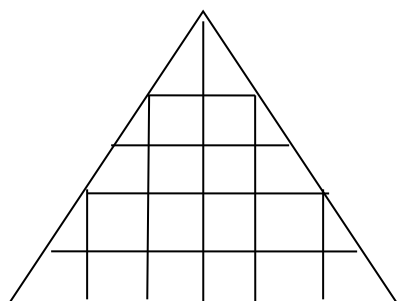
Autismul - pe care Bleuler îl considera specific schizofreniei - era cel al unei detașării globale de ambianța fizico umană cotidiană, concretă, a existenței firești a persoanei. El exprimă și o distorsiune abstractă a logosului cultural, cu plutirea în incoerența unor semnificații vag structurate, în mijlocul unui haos sufletesc greu definibil... ce tinde spre vid mental.

Dezorganizarea ideo verbală pe care o constatăm la nivelul expresivității și comunicării ideo-verbale situaționale, se răsfrânge asupra întregii structuri intelective și psihice a persoanei identitare, perturbând desfășurarea oricărei gândiri și narativității. Ea afectează implicit autonarativitatea și autoreprezentarea de sine a subiectului; și, în consecință, trăirea și exprimarea delirului Delirantul dezorganizat tinde să devină, pentru el însuși, o instanță cu o identitate abstractă, prezentă într-un discurs impersonal și incoerent, într-o lume narativă haotică. Pe fundalul unei narativități dezorganizate, temele delirului ajung să vizeze un sine fluid, neincorporat, marcat de caracteristici vagi, uneori simbolice. Propriul corp, ca pol esențial al identității, e reprezentat – pe fondul unei depersonalizării specifice - ca „ceva,, ce poate fi penetrat, deformat, devitalizat, redus la abstracții științifice, integrat în câmpuri energetice, electromagnetice și informatice mobile, teleportat etc. Propriul nume poate fi cuprins în formulări și comportamente marcate de dezorganizare.

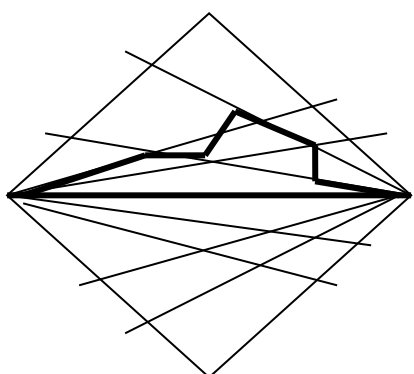
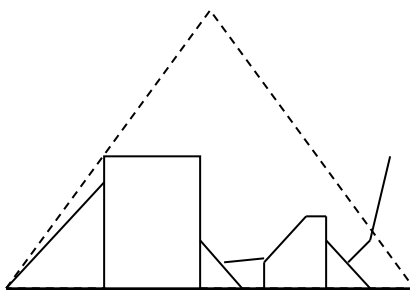
Schizofrenul dezorganizat nu mai e capabil să memoreze corect evenimentele trăite, să le relateze adecvat altora, să expună public și să-și autoreprezinte coerent secvențe ale propriei biografii. În acest context, autoreprezentarea de sine, resimțirea propriei identități biografice, e intens deformată deficitar; și la fel autoproiecția de sine în postură de personaj delirant. Delirul paranoid schizofren, marcat de o specifică depersonalizare autistă și de dezorganizare ideo verbală, are un profil particular.

Casetă 86

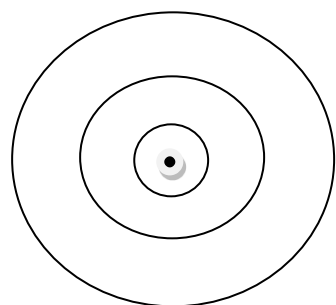
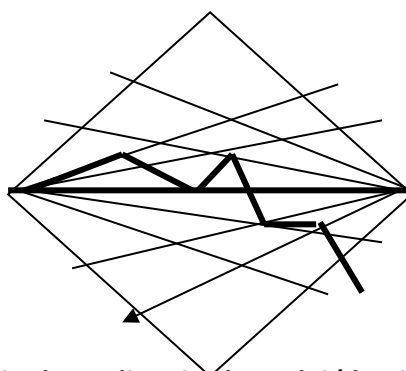
Modele ale dezorganizării (pierderea structurii și coerenței câmpului psihologic)



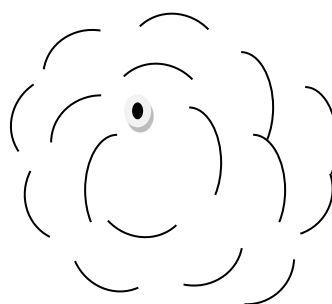
a) O structură care se prăbușește



c) Pierderea direcției drumului (deraiere)



d) Dezintegrare prin pierderea forței de atracție a nucleului unui câmp concentric



Procesul dezorganizării poate fi studiat în mare măsură după modelul perturbării “coerenței centrale” a psihismului persoanei, la nivel identitar și a funcționării sale active în diverse arii.

Dezorganizarea comportamentală, care e descrisă în schizofrenie, constă în manifestări bizare, stridente și incompreensibile pentru simțul comun. Se au în vedere următoarele eventualități (cu exemplificări după Andreasen): - Comportamentul e neobișnuit sau fantastic (de exemplu poate urina într-o zaharniță, își pictează cele două jumătăți ale corpului în culori diferite sau omoară purcelași zdrobindu-i de zid). - Modul de a se îmbrăca și înfățișarea sunt nefirești. (de ex., își rade capul pe jumătate, poartă haine groase în mijlocul verii etc.). – Comportament social și sexual e nepotrivit (ex. se poate masturba în public, defechează în vase necorespunzătoare, cade în genunchi și se roagă sau strigă când e în mijlocul unui grup de oameni, se așează brusc în poziție yoga sau face propuneri sexuale deplasate unor străini). - Comportament agresiv și agitat ce apare fără motiv și imprevizibil etc.- Dezorganizarea la nivelul comunicării expresive mimico-gestuale, care este implicată și în perturbarea relațiilor interpersonal sociale. Se poate înregistra: amimie, manifestare emoțională inadecvată situațional, grimase și gesturi bizare, nejustificate, de neînțeles sau lipsite de obiectiv. De obicei pacientul nu oferă explicații pentru astfel de manifestări expresive corporale.

Mare parte din ceea ce e înregistrabil semiologic ca expresivitate și comportament dezorganizat, se cere înțeles și ca afectare a motivației, argumentării și justificării sale; procese care se desfășoară de fapt într-un plan al psihismului ce implică cogitația ideo verbală. Apoi, nu trebuie ignorat că însăși „dezorganizare ideoverbală” se desfășoară la nivelul unui „comportament comunicațional,.. direct sau indirect.

Alte comportamente marcate de dezorganizare se corelează cu simptome ale polul schizofreniei deficitare, așa cum ar fi: inactivitatea (abulia), pasivitatea și opoziționismul relațional, detașarea și areactivitatea la evenimente și solicitări. În contextul dezorganizării comportamentale au mai fost comentate ambivalența și catatonie.

Ambivalența constă într-o raportare intențională și manifestare indecisă, cu interminabile oscilații față de opțiuni opuse, în raport cu situațiile, alții, proiectele proprii etc.; ea se corelează strâns cu nehotărârea și indecizia obsesivilor, ce se poate manifesta uneori grav, monstruos. Se pot întâlni în acest teritoriu obsesiv desorganizant: - Rumiții interminabile privitoare la eventualități de acțiune, fără ca subiectul să se poată decide și opri la conturarea unui proiect.-

Luarea unei decizii de acțiune și întocmirea unor planuri, dar cu mare dificultate în demarare.- Acțiunea e începută dar e părăsită în diverse faze ale sale; eventual se încearcă și o variantă contrarie, care este și ea oprită...apoi totul se repetă: - Acțiunea începută e oprită sau e derivată spre o acțiune colaterală, uneori pierzându-se în direcții secundar.- Finalizarea și reluarea repetată a stereotip - a aceleași acțiuni, cu sentimentul neterminatului.

Bleuler privea ambivalența și din perspectivă afectivă, conducând la o inversiune atitudinală față de părinți; precum și ca tendință de a aborda realitatea mereu prin poli opuși. Minkowski a dezvoltat această temă prin tema „simetrizării gândirii”, a geometrizării sale abstracte; privată de sinteza elanului vital, orientată și creatoare.

Catatonie e un sindrom psihomotor în care alternează de obicei: - o inhibiție psihomotorie de model stuporos, cu - o stare de agitație stereotipă, în spațiu autodelimitat. Pacientul e relativ detașat de ambianță; totuși, poate uneori răspunde paradoxal la stimuli sau la comenzi din partea altora; poate prezenta chiar momente de sugestionabilitate crescută, fenomene mimetice de „ecou psihic”, opozitivitate sau menținerea unei posturi imprimante.

Pe parcursul sec XX, catatonie a fost mult timp comentată – în tradiția lui Kraepelin – ca o formă clinică a schizofreniei (dezorganizate); caz în care, ea poate fi însoțită de un delir halucinator bizar, cu fenomene de transparență/influență, dezorganizare ideo-verbală și în plan mimico expresiv... și depersonalizare anonimantă. În descrierile clasice ale sd. cataton se întâlnesc și simptome care ulterior au fost identificate în autismul dezvoltat: fixarea pe detalii, reacții la schimbarea bruscă a ambianței, mișcări spontane de a atinge obiectele din preajmă, reacții paradoxale la stimuli minori.

Tabloul clinic al sd cataton se intersectează însă și cu cel al depresiei inhibitate stuporoase, ce se poate însoți de negativism; în depresia stuporos catatoniformă însă, trăirile subiective și expresivitatea mimică sunt specifice, ..lipsesc fenomenele de ecou psihic sau sugestionabilitatea crescută. - Alte asemănări pot fi găsite în grupajul unor simptome relațional expresive, ce au fost tradițional descrise în manifestările majore ale histeriei (tb.disociative) din perioada sa de glorie: Manifestări manieriste, patetice, ca posturi, gesturi și comportamente teatrale, hiperafectate și hiperexpresive. În sfârșit, sd cataton se intersectează și cu stuporul reactiv.

Sintetic vorbind, Sd cataton exprimă un model aberant de raportare la situații, corelat în mare măsură cu pasivitatea agențială, față de situații problematice, periculoase, inclusiv relaționare. El se intersectează însă – la fel ca și ambivalența – și cu sd dezorganizant.

Dezorganizarea - care e semiologic comentată predominant în plan ideo verbal și în plan comportamental expresiv -, e un deficit psihic structural ce **afectează ansamblul psihismului, în toate ipostazele sale.** Adică, atât în planul raportărilor situaționale actuale; incluzând funcțiile de receptare perceptiv semnificantă și cele de acțiune realizatoare, (în raport nu doar cu situațiile trăite ci și cu proiectele, preocupărilor și relaționările în carele sunt incluse);.. cât și în planul structurii identitare a persoanei de fond. Adică, a organizării instanței identitare a persoanei coerentă cu sine diacron, delimitată și centrată de nucleul cogitant și agențial al sinelui. Iar această afectare, **transpune întreaga persoană în direcția condiției psihotice, într-o variantă specială de depersonalizare dezorganizant anonimizantă globală, diferită de sd dep.der standard și de procesualitatea delirului primar.** Menționata afectare globală pe care o induce dezorganizarea, ar putea fi comentată cel mai comprehensiv prin referință la funcția de ordin general a *coerenței centrale*, ce susține toate structurile psihismului specific uman.

Întâlnirea 8, 14 iunie 2023

8/ Expunere: Simptomatologia negativă a psihozelor în perspectivă fenomenologică. Scala BSARS și EASE

A/

În ultima perioadă, psihopatologia clinică – ghidată de DSM-III-5 – a comentat psihozele ca exprimând tulburări cu o simptomatologie de intensitate crescută – „clinică,, – în care e perturbată „testarea realității”.. și se manifestă sindroame din seria: delir, halucinații necriticate, dezorganizare ideo-verbală și comportamentală și manifestări „negative,, (alogie, avoliție, anhedonie, asociabilitate). S-a încetățenit deasemenea, partajarea simptomatologiei psihotice în pozitivă + (delirant halucinatorie și de dezorganizare ideo verbală) și negativ deficitară - . Această abordare s-a dezvoltat între coordonatele unei abordări comportamentaliste, care nu acorda o importanță deosebită trăirilor subiective. În paralel cu modul de abordare susținut de DSM-III-5, s-au dezvoltat însă și alte abordări psihopatologice, care acordă importanță și trăirilor subiective. În această direcție, psihopatologia fenomenologică a dezvoltat o serie de cercetări sistematice de studiere a schizofreniei deficitare, mai ales în fazele sale prodromale și schizotipale; reușind să recupereze importante contribuții tradiționale, mai ales în schizofrenie; boală pe care Bleuler a descris-o ca fiind caracterizată prin „autism dezorganizant,, - trăirile delirant halucinatorii apărând în plan secund. Fenomenologia pune un accent deosebit asupra centrării psihismului specific omului, pe trăirile „sinelui,, (self-ului) intențional reflexiv (echivalent al tradiționalului eu conștient (conceptul de „sine,, nu este utilizat în DSM-5)

Simptomatologia schizo-, reunită în avoliție, alogie, apatie, asociabilitate anafectivă, a preocupat clinicienii ce au redactat DSM-5 predominant în manifestările sale expresive și comportamentale, înregistrabile pentru un diagnostic reproductibil, cu ignorarea perspectivei subiective. În acest sens sunt ele descrise în cunoscuta scală a lui Andreasen și în

DSM-5. Psihopatologul de orientare fenomenologică Scharfetter a încercat inventarierea trăirilor subiective prin care schizofrenii deficitari își resimt perturbarea sinelui identitar. El s-a ghidat după jaloanele propuse de Jaspers privitoare la deficiența ego-identității (cu sine, de-a lungul timpului), ego-delimitării (de alții și lume), ego-consistenței (coerenței) și ego-agenției (sentimentul de a fi autorul propriilor trăiri active), la care a adăugat ego-vitalitatea. El a reținut, în acest sens, exprimări ale schizofrenilor precum precum:

“Nu mai știu cine sunt...am părăsit trăsăturile și figura ce-mi aparțineau...mă simt vulnerabil fără protecție...mă amestec cu alții...părți din mine sunt în afara mea...mă simt dezagregat, nu mai sunt o unitate...eu nu mai sunt deloc, nu mai exist...nu mai sunt viu, sunt fără viață etc.”

Trăirile subiective astfel circumscrise se agregă în direcția unei simptomatologii depersonalizante, ce se manifestă în contextul dezorganizării psihismului, conjugându-se cu menționatele simptome schizo- din DSM-5. E de subliniat că în schizofrenie în general și în cea negativă în special, simptomatologia specifică sd. dep/der standard – care în prezent e plasat în clasa tulburărilor disociative – este și ea deseori prezentă, resimțită subiectiv, hiperreflexiv și ruminativ. Pacientul se simte detașat de lume, „sub un clopot de sticlă”, neaderent și nerezonant față de alții și sine. Dar gândirea pacientului e marcată acum de dezorganizare, bizarerii, ciudățeniei, tulburări semantice și de gândire, centrate pe abstracții, sentiment de devitalizare corporală, gol mental.

În schizo- s-ar putea vorbi de o depersonalizare în primul rând obiectivă (și nu,,predomnant subiectivă,,- ca în sind Dep/Der dsociativ -); ce se exprimă prin grave deficiențe ale sinelui intențional reflexiv, care centrează unitatea, coerența și delimitarea identității persoanei, a autonomiei agenției sale; deficit care se exprimă în planul funcțiilor motivațional volitive, intelectual-cognitive și afective, de atașament, și emotivitate, sociabilitate și dispoziționale; și care condiționează o existență neasertivă situațional. retrasă într-o lume proprie, incoerentă și stranie, lipsită de relief și identitate, de adeziune și participare la viața interpersonal comunitară.

Simptomatologia deficitară din schizofrenie a fost tradițional comentată la pacienții azilari cronicizați, la care ea era mixtată cu simptome halucinator delirante și cu o pronunțată dezorganizare ideo-verbală. Nu poate fi exclusă în aceste cazuri instalarea unei efective deteriorări generale a persoanei, ca și consecință a procesului psihopatologic și al alienării azilare. Stare deficitară care i-a sugerat lui Kraepelin eticheta de “demență precoce”. Se ridică însă problema simptomatologiei negative a schizofreniei în formele marginale și incipiente ale tulburării, până când procesul dezorganizării încă nu și-a exercitat efectul; iar pacientul nu a avut de suferit consecințele deprivării instituționale.

O anumită atenție față de formele incipiente sau cu simptomatologie puțin exprimată („paucisimptomatice”) de schizofrenie, s-a manifestat de fapt pe întreg parcursul secolului XX; dată fiind perspectiva interpretativă introdusă de însuși Bleuler (care accepta „schizofrenia simplă,” și chiar pe cea „latentă,”) și dezvoltată de Kretschmer. Aceștia susțineau ideea posibilei tranziții între psihoza schizofrenă de intensitate clinică, personalitățile dizarmonice corespunzătoare și caracteriologia persoanelor normale, inclusiv a celor creatoare. La nivelul Tulburărilor de Personalitate (TP) s-a diferențiat - în conformitate cu polarizarea dintre schizo + și schizo- - între o variantă paranoidă – orientată mai mult spre interpretări de suspiciune anormală; și o variantă a TP schizoidă, orientată spre simptomatologia deficitară; caracterizată predominant prin retragere socială, detașare și indiferență generalizată, cu preocupări abstracte, bizare. Alături de acestea două, DSM III-5 (și ICD-9,10) au introdus categoria „schizotipiei”, ce reunește trăsături din ambele, plus tulburări perceptivă, ideatică și relaționale aparte. Dincolo de aria tulburărilor de personalitate, într-o abordare originală - în care și-a focalizat atenția pe cazuistica unor schizofreni paucisimptomatici nedeliranți – „heboizi” -, psihopatologul fenomenolog Blankenburg a comentat o situație aparte; și anume, cea în care pacientul apato abulic era chinuit de o atitudine autoanalitică hiperreflexivă, cu incapacitatea de a înțelege sensul actelor firești (ale „axiomelor”) din comportamentele vieții cotidiene (a se îmbrăca, spăla, a mânca etc.); și cu dificultatea de a le executa, fără un mare efort. Această „pierdere a axiomelor vieții cotidiene”, pe lângă interpretarea sa fenomenologică, și-ar găsi o parțială interpretare în deficitul filtrului atențional informativ și a coerenței centrale aperceptive, sintetică, a funcțiilor executive.

Mai recent, în această direcție s-au organizat cercetări din perspectiva vulnerabilității și a stărilor prodromale din psihoza schizofrenă, la cazuri din spectrul familial al schizofrenilor. E vorba în primul rând de studiile școlii din Bonn privitoare la “tulburările bazale” evidențiate prin scala BSABS, care decelează simptome subiective la persoanele cu risc crescut. La acestea s-au descris simptome negative de tipul unui sindrom anergic, cu oboseala, scăderea puterii de concentrare, a motivației, a capacității de decizie, a celei de a se bucura, diminuarea sentimentelor și a nevoii de contact; iar în plan cognitiv, distractibilitate, perseverare, ideație intruzivă și interferențială, blocajul gândirii, dificultăți de receptare a semnificațiilor, pierderea memoriei de lucru, a deprinderilor cutumiere, fascinația de către detalii. Dar și trăiri referențiale, derealizare, sentimentul modificării propriului aspect în oglindă etc. Ansamblul simptomelor menționate perturbă raportarea subiectului la problemele vieții de zi cu zi.

În perspectiva depersonalizării e interesantă continuarea acestor cercetări de către școala din Copenhaga cu scala EASE. Aplicarea acesteia decelează cazuri în care subiectul tinde să își piardă nucleul intern al identității (sinelui), sentimentul că propriile trăiri și gânduri sunt “ale sale”. El se simte anonim, nonexistent, profund diferit de alți oameni; sau, prezintă o hiperadaptabilitate, cu conformare perpetuă la opiniile altora. Scade sentimentul participării efective, prin propria sa identitate, la evenimente actuale. Lipsește sentimentul de “prezență” a sa în situații, într-o manieră în care individualitatea sa să se impună. Subiectul se simte cu limite fragile, vulnerabil la influențe exterioare multiple, cu care se identifică; parcă ar fi apersonalizat.

Pe acest fond apar experiențe corporale descrise și în sd.dep/der.st și în clinica schizofreniei : autocontemplare îndelungată în oglindă cu sentimentul unor schimbări morfologice și cu impresia că unele părți ale corpului îi sunt străine; experiențe de spațializare și dezintegrare corporală. Apoi, tulburări ale demarcației proprii, confuzia cu alții, anxietate la contact corporal, sentimentul de pasivitate la expunere. Se adaugă tulburări ale cursului gândirii, reducerea inițiativei gândirii. În sfârșit, pe acest fundal de tasare și anulare a structurii identității personale, uneori poate apare un sentiment special de centralitate, de megalomanie magică, de grandiozitate solipsistă, preocupări filosofice și religioase sterile. Această ideație aparține sugerează conturarea unui echivalent de „lume delirantă” – „lume dereistă” - în care subiectul,

fără a fi cuprins ca personaj într-un scenariu narativ aberant, se simte totuși proiectat într-un univers ideatic uman abstract și fragmentat. Se menține astfel o urmă a tradiționalului autism descris de Bleuler, ca existență a subiectului într-o lume bizară, abstractă, detașată de viața cotidiană.

Chenar 103

Vidul sufletesc în psihopatologie și cultură

Pacienții cu sd. depersonalizant descriu o incapacitate de a se emoționa autentic, o monotonie și un gol sufletesc cenușiu, o “amorțeaală afectivă”. Anafectivitatea – emotivă, de atașament, dispozițională – se regăsește apoi în multiple condiții psihopatologice. Dar ea se întâlnește și în larga arie a normalității..

Stările de vid sufletesc au fost descrise în ultimele secole, mai ales în jurnale intime și literatură, sub forma plictisului. Subiectul resimte că nimic nu mai e pentru el atractiv, nimic nu mai are rost...totul e cenușiu....timpul se scurge fără relief...totul pare zadarnic.....el se simte înconjurat de un gol de semnificații ...de monotonie și inutilitate.....nu mai știe ”cu ce să-și umple timpul”.....În consecință, recurge la diverse “distracții”, stimulente, droguri. Dar plictisul îl invadează până în marginea disperării, a suicidului.

Golul sufletesc al plictisului depersonalizant a fost comentat și de unii psihopatologi și filosofi. De ex. Minkowski, în analizele sale, face trimitere la conceptualizarea engleză din sec. XIX a stărilor de “spleen”, înțelegând ca o melancolie aparte, în care timpul prezent nu se mai impune ca atractiv, prin situații la care subiectul să adere și în care să se implice. Dediferențierea temporală e de tipul zădărniciilor celor lumești comentat în Eclesiastul; dar fără flancarea printr-un Dumnezeu al rosturilor adânci. La mijlocul sec. XX personalistii și existențialiștii au corelat acest gol sufletesc al plictisului cu alienarea “neautenticității existențiale”. Psihopatologul vienez Frankl a comentat în marginea sa o “nevroză noogenă”, trăită de oameni care și-au pierdut dimensiunea spiritual-culturală a existenței. Descrieri și comentarii pătrunzătoare se găsesc apoi în opera lui Cioran, care atașează acest sentiment de “cădere din timp” a umanității contemporane, care și-a încheiat “proiectul temporalității istorice” în care a fost aruncată, “odată cu alungarea din Rai și cu blestemul muncii”. Autorul româno-francez face și semnificative asociații între acest gol sufletesc și iluzia fericirii pe care o promite munca, din mitul lui Prometeu.

Comentariile lui Cioran – dar și ale lui Heidegger - trimit însă și spre *acedia* călugărească, ce se referă la vidul sufletesc resimțit în mănăstiri, în după amiezele de duminică când, obosiți de prea multe rugăciuni și tentative de apropiere de Dumnezeu, călugării se simțeau părăsiți de acesta. Iar lipsa legăturii cu “supraesențialitatea ființială” a persoanei dumnezeirii, induce sentimentul abisal de vid antropologic. Într-un sens mai specific, vidul sufletesc din *acedia* se opune preaplinului sufletesc resimțit în condiția extazului. În legătură cu trăirea “plinătății minții”(mindfulness) s-au realizat în ultimul timp multe studii

Trimiterile culturale menționate sugerează că simptomatologia vidului sufletesc e rezultatul deficitului disfuncțional a unei dimensiuni speciale a psihismului uman – a orientării spirituale a acestuia. Psihism capabil de extaz și de aspirația contopirii cu o ființialitate transcendentă de tip personalist. Parametrii disponibilității pentru dispoziții extatice - și a trăirilor ce sunt astfel promovate – au ajuns probabil să fie înscrise în structuri funcționale cerebro-psihice, ce tind să se actualizeze la diverși indivizi umani, în variante normale și aberante, care ne pun în față cu vidul depersonalizant.

Profilul psihopatologic ce rezultă din scalele BASB și EASE este, desigur, și un construct al autorilor ce le-au elaborat. Dar o dimensiune deficitar negativă a sinelui identitar și a autonomiei agenției se profilează destul de clar, în spatele - sau mai bine în direcția - tabloului clinic al schizo- din DSM-5.

Tabloul asteno-energic subliniat de școala din Bonn (oboseala, scăderea puterii de concentrare și decizie, de a se bucura și a se relaționa social) și pierderea nucleului identitar invocat de școala din Copenhaga (sentimentul că propriile trăiri nu mai sunt „ale sale”, pasivitate, reducerea inițiativei gândirii, diluarea delimitării) toate indică o depersonalizare devitalizantă și anonimizantă, dediferențiată, care nu e doar subiectivă ci și obiectivă; și care privează subiectul de însăși funcționarea și afirmarea structurii sale identitare de fond, mnestică biografică și caracterială, înrădăcinată în propriul corp și delimitată social, coerentă și centrată de sinele său agențial, intențional reflexiv.

Privită din această perspectivă, simptomatologia schizofreniei deficitare (schizo-) apare destul de pregnant ca o depersonalizare obiectivă, devitalizantă și anonimizantă. Diferită de varianta strict subiectivă a sd. dep/der/st. Deși, la fel ca în aceasta, se menține o hiperreflexivitate neproductivă în raport cu vidul și amorțeala sufletească; ce etalează acum un psihism evident incoerent, fără suport într-o identitate cât de cât consistentă.

Deteriorarea personalității se poate produce și în urma unor suferințe organice cerebrale ce conduce la demență, cu pierderea memoriei identitare, a capacității de orientare în timp, în raport cu succesiunea evenimentelor, în recunoașterea persoanelor și orientării în spațiu ambiental, în actualitatea trăită. Procesul dezorganizării psihice și a deficitului intențional, de atașament și de reactivitate – de tip autist - față de ambianță, ce se petrece prin procesualitatea psihotică schizofrenă, poate fi orientat în aceeași direcție; dar pe alte căi. Și, în consecință, cu alte stații psihopatologice intermediare. Oricum, alterarea identității și autonomiei agenției, conduc la demontarea părților constitutive ale persoanei, a articulării și funcționării lor într-un subiect care să se raporteze intențional la o lume umană, în conjuncție intersubiectivă cu alții.

Odată ajunsă la acest nivel deficitar, psihopatologia are puține cuvinte de spus despre psihismul uman. Dar parcursul specific de până la acest nivel al schizo -, evoluția sa în direcția

atingerii și parcurgerii orbitei psihotiforme, sunt profund edificatoare pentru a medita asupra structurii psihismului uman.

B

Instrumentul EASE, ce abordează profilul psihopatologiei schizomorfe deficitare.

Profilul psihopatologic al pacienților abordabili prin instrumentul EASE este cel al unei depersonalizări anonimizante - a unei cazuistici din spectrul patologiei schizofrene -, marcată de dezorganizare globală și apato abulie devitalizantă, solitudine, solipsism (în direcția schizofeniei simple a lui Bleuler sau a defectului schizofren apato abulic). Majoritatea simptomatologiei sd. de depersonalizare/derealizare standard sunt prezente, dar cu o altă coloratură decât cea din varianta disociativă (din DSM-5); precum și față de cea care afectează delirant identitatea (biografico caracterială narativă) a persoanei, conducând spre „transpersonalizarea delirului primar,, (în sensul lui Jaspers).

E vorba de un pacient lipsit de sentimentul unei centralității firești, printr-un sine agențial care să fie asertiv în situații – mai ales interpersonale -, înțelegând și rezolvând adecvat problemele situaționale ce afectează subiectul în cadrul vieții cotidiene; și integrându-le progresiv în durată identității sale biografice. Sine (nuclear și minimal) care să-i susțină o identitate (cu sine), un punct de vedere propriu, o delimitare specifică, o perspectivă originală, integrată într-o lume comunitară variată, accesibilă din multiple perspective. Subiectul se simte deficitar (în raportarea sa la situații, lume și alții), neintegrat într-o lume comunitară firească, neautonom, trăind constant sentimentul că „nu e cineva anume,, , că nu e „personalizat,, într-un mod determinat.

Pe fundalul menționat mai sus, se pot identifica multiple deficiențe în arie cognitivă, executivă, relațională și personalistică, cu constante simptome din serie desorganizantă.

Instrumentul EASE prezintă cinci grupaje simptomatice, referitoare la : 1/ Funcții cognitive și curs ideativ 2/Prezență situațională. 3/Corporalitate; 4/ Demarcație; 5/ Orientare existențială. Ansamblul simptomatologiei reunite în aceste grupaje configurează profilul psihopatologic a unei cazuistici marcată de o depersonalizare deficitară, de dezorganizate și apato abulie hiperreflexivă, de lipsă de asertivitate și identitate. (Privitor la expunerea ce urmează, subliniem că specificul psihopatologiei pe care scala EASE o circumscrie, se evidențiază începând de la Grupajul sindromatic 2).

În continuare se va face o scurtă trecere în revistă a majorității itemilor instrumentului.

Grupajul simptomatic 1/ Curs al gândirii și cogniție.

Inițial sunt avuți în vedere tradiționalii itemi care descriu perturbări ale cursului gândirii; pe parcurs se accentuează și se dezvoltă unele aspecte:

Sunt avuți în vedere următorii itemi : 1. Interferența gândirii (g). 2/ Pierderea ipseității g.- gândurile apar subiectului ca anonime, parcă nu ar fi ale sale 3/ Presiunea g.; 4/ Blocajul g.; 5/ Ecoul g.; 6/ Rumiții; 7. Perceptualizarea (sonorizarea) g. – acesta e un simptom asupra căruia autorii insistă ,ca fiind important (alături de alte perturbări ale integrării schemei corporale, ca infrastructură a sinelui minimal); 8 Spațializarea g. (tot un item considerat important); 9/ Ambivalența (autorii atrag atenția ca DSM-III-5 și instrumentele adiacente acestuia ignoră problematica ambivalenței, care pentru Bleuler era unul din simptomele de bază ale schizofreniei); 10/ Discriminarea deficitară a intenției (e unul din multiplele simptome pe care instrumentul le relevă ca specifice acestei direcții de patologie în care psihismul își pierde structura ordonată, clară, distinctă și eficientă); 11/ Reducerea inițiativei g. (e și acesta unul din simptomele ce marchează deficitul de inițiativă și intenționalitate ale acestor pacienți). 16/ Atenție diminuată (de fapt e vorba de perturbare sistemelor de filtre atenționale spontane, ce se manifestă în diverse arii ale funcționării psihismului); 13. Deficitul memoriei de scurtă durată (acest item a fost intens studiat și de neuropsihologi, în schizofrenie, ca stând la baza perturbării funcțiilor executive); 14/ Tb ale percepției timpului

....; 15/ Tb în continuitatea acțiunii; 16/Perturbări ale exprimării intențiilor; 17. Tb ale limbajului expresiv. Ultimii itemi ar merita o abordare mai detaliată, care e realizată de autorii acestui instrument, în alte scale de evaluare.

Acest prim grupaj simptomatic al instrumentului subliniază interesul instrumentului pentru trăirile subiective – și nu expresiv comportamentale – despre care se pot obține informații doar printr-un dialog empatic cu pacientul, dirijat ținut, dar acceptând exprimări metaforice.

Esența deficitului psihopatologic studiat de instrument – deficitul sinelui nuclear, intențional reflexiv, asertiv, cu incapacitate de a experimenta lumea prin situații adecvat trăite și nestructurarea unei identități personalistice clar delimitate și colaborative cu alții – se manifestă la acest prim grupaj doar indirect ; pe când în celelalte grupaje, el se exprimă mai explicit.

Grupajul simptomatic 2/ -Prezența situațională - se referă la „sine,, (tradițional etichetat ca „ eu conștient de sine,,); deci, la conștiința de sine (prereflexivă) din experiența situațională („ipseitate,,), evaluând deficitul de „prezență,, a subiectului în situație, printr-o suită de itemi.

1/Diminuarea simțului eului bazal. Pacientul resimte un sentiment generalizat de vid interior, de lipsă de nucleu interior, de identitate, sentimentul de a fi anonim, ca și cum ar fi inexistent sau profund diferit de alte persoane..... Acest item include și un sentiment subiectiv de „supra-adaptare”, adică nevoia de a se acomoda la opinia sau punctul de vedere al celorlalți, legat de sentimentul dominant de a nu avea propriul punct de vedere interior („innere Haltung”; „Haltlosigkeit)... Lipsa sinelui de bază poate fi asociată cu o imagine de sine pervaziv negativ , pe care subiectul o descrie ca un fel de „rușine” eternă, sau „sentiment de inferioritate. Debutul poate fi în copilărie sau în adolescență. Exemple:

Este ca și cum nu fac parte din această lume; Am un sentiment straniu fantomatic de parcă aș fi de pe altă planetă. Sunt aproape inexistent

Simt că nucleul meu interior, identitatea mea cea mai proprie , a dispărut.

Un sentiment de gol total mă copleșește frecvent, ca și cum aș fi încetat a exista.... parcă.. „am pierdut contactul cu mine'. mă simt simt ca și cum as fi un vid, care este nemișcat, în timp ce lumea înconjurătoare este în mișcare”

2/ Perspectiva distorsionată a persoanei întâi. Gândurile, sentimentele și acțiunile sunt resimțite ca impersonale, anonime, executate mecanic...propriile gânduri parcă nu ar fi generate de sine (dar nici nu sunt atribuite altcuiva)..Subiectul resimte : Parcă sunt un lucru fără subiectivitate, neînsuflețit...- sau : .Subiectul se ia constant ca obiect de reflexie (între gândurile, percepțiile, acțiunile sale și sinele său nuclear, e un fel de distanță experiențială).....sau: Sinele e resimțit ca având o locație specială (cvasispațială).

4/ Prezență diminuată. O capacitate scăzută de a deveni afectat, incitat, mișcat, motivat, atras, influențat, atins, atras sau stimulat de obiecte, oameni, evenimente și stări .
..... Pacientul nu se simte pe deplin participant sau pe deplin prezent în lume; el poate simți o distanță față de lume, care poate fi însoțită de schimbări ale percepției lumii. (acest item include atât stări hipohedonice fizice și sociale, cât și lipsa apatică a sentimentelor).

El poate afirma: „Totul îmi este total indiferent.”;sau: un sentiment generalizat nespecificat (cvasi-perceptual) de distanță față de lume sau un sentiment de barieră între sine și lume (un sentiment de a fi închis într-o „cutie de sticlă ” sau de a fi în spatele unui geam)....Sau de exemplu, culorile sunt estompate; obiectele sunt îndepărtate) sau marcate de tulburări perceptivă mai specifice, sau derealizare (adică totul pare a fi ireal, lipsit de viață, mecanic).

6 Hipererreflexivitate. O tendință ocazională, excesivă sau omniprezentă de a se lua pe sine, părți din sine sau aspecteale mediului ca obiecte de reflecție intensă. Pacientul suferă de obicei de o pierdere a naivității, clemenței și ușurinței. Există o creștere a tendinței de a reflecta asupra propriei gândiri, sentimente și comportament, precum și incapacitatea de a reacționa și de a se comporta spontan și fără griji; o tendință de a monitoriza excesiv viața

interioară, în același timp interacționând în lume („introspecție simultană ”)

7 Divizarea eului

8/ Autopercepția din afara corpului (depersonalizare disociativă) Pacientul afirmă că uneori se simte ca și cum ar fi „în afara” lui însuși, ca un fel de dublu, care îl privește sau observă pe el sau pe alții. Experiența trebuie să aibă caracterul „ca și cum” (subtipul 1), adică pacientul nu sepercepe de fapt din exterior, ci doar își imaginează făcând acest lucru pentru „ochiul său interior”; un fel de experiență „în afara corpului”.

9/ Confuzia de identitate. Un sentiment ca și cum pacientul ar fi altcineva. Exemple :

„Mă simt ca și cum aș fi propria mea mamă ”.

Un pacient a putut pentru scurt timp să se simtă ca și cum ar fi o altă persoană , la care s-a întâmplat să segândească.

Un pacient s-a simțit ca și cum ar fi un câine.

.....

15/ Pierderea simțului comun. Este o pierdere sau o lipsă de înțelegere automată, prereflexivă a sensului evenimentelor, situațiilor, oamenilor). Subiectul poate să nu înțeleagă regulile (tacite) de conduită sau interacțiuni umane sau poate deveni excesiv de intrigat sau preocupat de probleme semantice. Lipsește naturalețea lumii și a altor oameni, iar asta duce de obicei la o anumită hiperrefectivitate

.....

17/ Anxietate ontologică. Un sentiment pervaziv de nesiguranță, slăbiciune, inferioritate, indecizie, toleranță scăzută la anxietate, anxietate persistentă de grad scăzut (fără

obiect) sau un sentiment subtil, omniprezent, de ceva amenințator iminent. Stilul de viață al unei persoane cu insecuritate ontologică este mai degrabă preocupat de autoconservare decât de auto-realizare. Lumea și ceilalți nu sunt trăite ca baze existențiale sigure invariabile, ci ca enigmatice, nesigure sau amenințătoare. Pacientul are un sentiment omniprezent de a fi expus și o nevoie de a se proteja sau de a se ascunde. Asemenea sentimente de insecuritate ontologică sunt aproape întotdeauna asociate cu un sentiment de identitate profund perturbată, ambivalență, pierderea dovezilor naturale sau hiperreflectivitate

.....

19 inițiativa diminuată

20/ Hipohedonia. Scăderea capacității de a experimenta plăcere în mod general sau recurent în legătură cu stimularea perceptivă sau intelectuală „fizică” imediat înconjurătoare [de exemplu, anhedonia socială este notată în altă parte (2.4)].

21/ Scăderea vitalității. Un sentiment generalizat sau frecvent recurent de oboseală mentală sau fizică inexplicabilă, scăderea vitalității imediate, scăderea energiei, spontaneitate, „elan”.

Grupajul simptomatic 3/ Corporalitatea: Itemii sunt următorii;

1/ Sentimentul de schimbare morfologică; părți ale corpului sau întregul corp par a se schimba, sunt altfel

2/ Privirea neobișnuită în oglindă; Aceasta poate fi frecventă...pentru a observa schimbări...sau pentru a se recunoaște (uneori nu se mai recunoaște în oglindă) ..alteori se sperie de imagine sa în oglinda și o ascunde ec.

3/ Înstrăinarea corporală. Corpul în întregime sau unele părți ale sale sunt simțite ca lipsite de viață, străine, izolate, separate, dislocate, inexistente

4/ Nepotrivire psihofizică..Corpul e resimțit ca nepotrivit, prea mare sau prea mic, sau cu o

nepotrivire între psihic și corp, ca și cum ar fi deconectate, sau nu-și aparțin împreună.

5/ Dezintegrare corporală. Sentiment de dezintegrare sau dizolvare corporală, ca și cum ar fi căzut și rupt în bucăți sau ar fi dispărut

6/ Spațializarea experienței corporale

7/ Experiențe kinestezice

8/ Tulburări motorii

9/ Experiență mimetică de imitare (echomimie etc))

Grupajul simptomatic 4 / Demarcație..tranzitivism

1/ Confuzia cu celălalt. Pacientul se experimentează pe sine și pe interlocutorul său ca și cum ar fi amestecați sau întrepătrunși; în sensul că își pierde simțul "ale cui sunt,, gândurile, sentimentele sau expresiile, sentiment neplăcut, care provoacă anxietate.

2/ Problematizări față de propria imagine speculară. Un sentiment de incertitudine cu privire la cine este cine sau cine este unde, atunci când se uită în oglindă sau la imaginea sa reflectată în ceva (de exemplu în geamurile magazinelor), sau la poze și tablouri

3/ Amenințarea contactului corporal. Un sentiment de anxietate sau neliniște extremă când stă aproape sau e atins de altul (chiar și de o persoană apropiată) sau când e îmbrățișat. Contactul corporal e resimțit ca amenințător pentru autonomia și existența personală. Relațiile sexuale pot fi insuportabile.

Într-o variantă accentuală, e resimțit un sentiment de dispariție personală, anihilare sau

încetare a existenței, atunci când subiectul e expus la un contact apropiat cu altul, de exemplu în timpul unui act sexual.

4/ Dispoziție pasivă (deranjantă). Un sentiment difuz sau o dispoziție de a fi cumva într-o poziție pasivă, periculos expusă, la cheremul lumii, într-o manieră nespecificată și lipsită de concretețe. Este un fel de a fi oprimat de ceva negativ care se poate întâmpla iminent, fără nicio specificație tematică..... Pacientul nu are experiențe concrete sau idei delirante despre influențele externe, dar se simte ca și cum ar fi fost oarecum constrâns de lumea exterioară

5/ Alte fenomene tranzitiviste. Simptomele se referă se referă la sentimente de demarcare corporală inadecvată (inclusiv față de obiecte neînsuflețite); un sentiment pervaziv de a fi cumva „prea deschis sau transparent” sau având o “piele extraordinar de subțire”, fără bariere...prea expus influențelor exterioare. Cazurile de percepție sporită, în care pacientul se plânge de o barieră insuficientă împotriva stimulilor senzoriali (în principal optici), ar trebui să fie de asemenea punctate aici.

Grupaj simptomatic 5/ Orientarea existențială„Se are în vedere sensul raportării globale la lume a unui subiect lipsit de sine nuclear și de identitate biografică caracterială, care, deci, nu poate dezvolta o convingere de tip delirant (într-o nouă identitate... fictivă... de personaj dintr-un scenariu aberant, într-o lume fictivă). Sunt menționați următorii itemi;

1/ Fenomene primare de referință....Subiectul simte o legătură imediată între el însuși și evenimente externe sau alte persoane, o legătură care nu este explicată sau mediată de o atitudine paranoică sau altă stare dispozițională

2/ Sentiment de centralitate. Sentimente trecătoare de a fi centrul universului

3/ Senzația că propriul câmp experiențial e singura realitate ce există. Un pacient a avut uneori o senzație trecătoare de parcă ar exista doar obiectele din câmpul său vizual. Alții oameni și locuri nu păreau să existe.

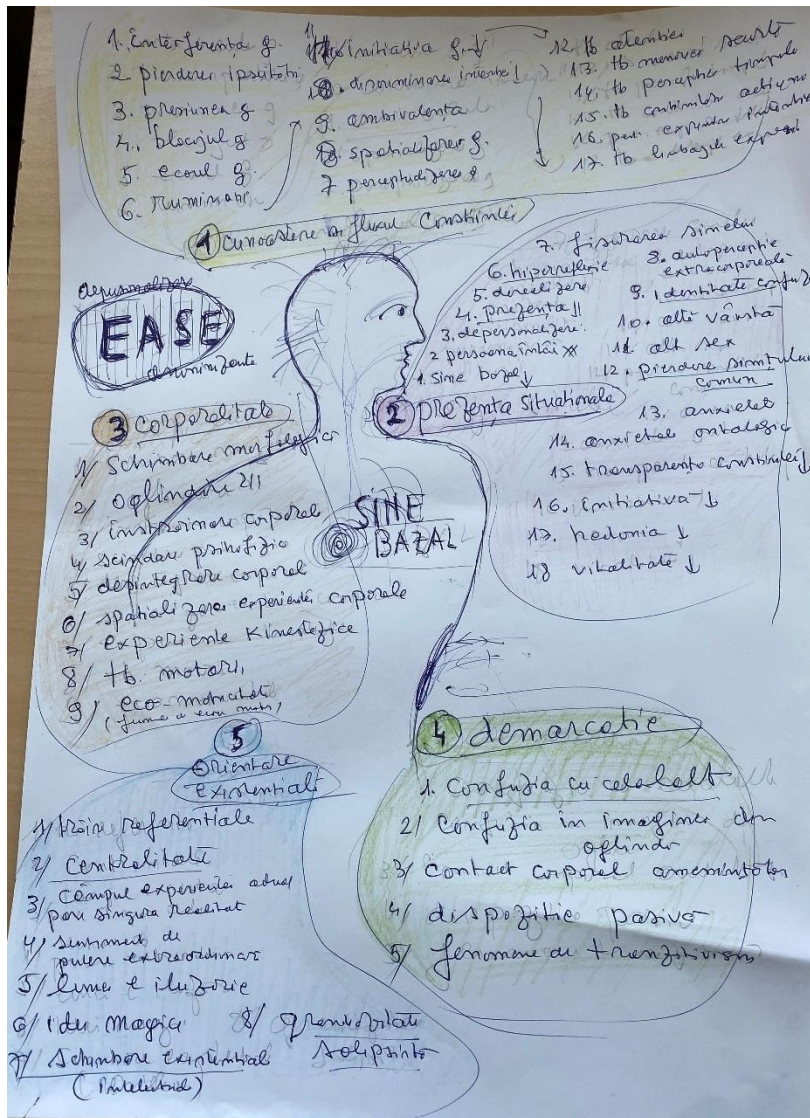
4/ Sentimentul de a avea o putere creativă extraordinară, de a avea o putere perceptivă specială asupra aspectelor ascunse ale realității sau ale propriei minți, asupra altora.

5/ Parcă lumea experimentată nu e cea reală, ci e una aparentă, iluzorie

6/ Idei magice ce implică o cauzalitate suprafizică, legate de experiențele subiectului

7/ Sentiment de schimbare existențială sau intelectuală profundă – de tipul „metanoiei„- cu teme filosofice, religioase, spirituale, psihologice,..

8/ Grandiozitate solipsistă Pacientul, în vorbire sau comportament, manifestă un sentiment de superioritate față de semenii săi, asociat de obicei cu sentimentele sale de a poseda înțelegeri sau abilități extraordinare (5.4). Alții sunt văzuți ca niște proști ignoraanți care urmăresc doar aspecte materiale (superficiale) ale existenței. Această atitudine are adesea o colorare ușor manieristă.



9/ Expunere: ”Lumea psihotică schizomorf deficitară,, abordată prin instrumentul EAWE (diferită de „lumea delirantului,,)

25 06 2023

A. Considerații de ordin generic

EAWE e un instrument de abordare clinico fenomenologică a unei cazuistici din spectrul schizofreniei, înțeleasă în tradiția autist-dezorganizantă a lui Bleuler. Orientarea psihopatologică e neofenomenologică, dezvoltată după anul 2000, în mare măsură reactiv față de abordarea comportamentalistă din DSM-III-5. (Manual care exclude din discursul său conceptul de sine -self-, urmașul „conștiinței eului persoanei,, din abordarea lui Jaspers). Neofenomenologia urmează în mare tradiția lui Husserl, Heidegger și Merleau-Ponty, colaborând parțial cu cognitivismul - sprijinit de filosofia minții –, dar punând accent pe ceea ce relevă trăirile subiective (ale perspectivei „persoanei întâi,,).

Opțiunea pentru abordarea inițială a lui Bleuler a schizofreniei ca „autism dezorganizat - cu marginalizarea delirului -, s-a impus și dată fiind tendința din a doua jumătate a sec XX (mai ales a psihiatriei americane) de a suprapune schizofrenia „tulburărilor delirante bizare,,. Totuși, în aceeași perioadă s-a conturat și o sistematizare a psihopatologiei psihotice (schizofrene) între un pol pozitiv (schizo +) și unul negativ (schizo -). Autorii scalei revendică tocmai cazuistica de spectru schizofren deficitar (de diverse intensități și în variate faze evolutive) care se agregă spre menționata extremitate negativă. Aceasta e însă înțeleasă și comentată

nu ca în DSM-III-5 (prin grupajul simptomatic alogie, avoliție, anhedonie, asociabilitate etc.); ci, printr-o globală depersonalizare/derealizare deficitară trăită subiectiv, marcată de dezorganizare; care conduce spre o persoană anonimă, neassertivă, devitalizată. Se mai cere precizat că grupul de studiu ce lansează EAW, a propus în prealabil (2005), pentru o cazuistică similară, instrumentul EASE, care decupează alte aspecte fenomenologico simptomatice. Astfel încât, cele doua scale pot fi considerate ca și complementare. Dar, ambele instrumente se evidențiază printr-un statut special în domeniul scalelor de evaluare, ele nepretinzând că evaluează cantitativ condiția de moment a unei persoane afectată de o tulburare anume; ci că, evidențiază un grupaj de aspecte psihopatologice din spectrul schizofren menționat, bazându-se pe o anumită opțiune interpretativă, fenomenologică, a psihismului persoanei.

Centrarea psihopatologică a scalei e pe sinele intențional reflexiv nuclear („ipseitate,„) ce susține trăirile actuale, situaționale, nemijlocite ale subiectului; cu **plasarea în plan secund a sinelui identitar, biografico caracterial (și social) al persoanei, bazat pe narativitate**; dimensiune psihică ce se plasează în fundalul raportărilor situaționale și a relaționărilor interpersonale, fiind cel mai pregnant manifestat în psihopatologia Tulburărilor de Personalitate – dar și în cea a delirului.

Pentru proiectul central al instrumentului – care vizează psihopatologia psihotică – consecința acestei opțiuni de accent, e evitarea invocării simptomatologiei uzuale a delirului, ce implică direct persoana identitară și narativitatea; deci, a condiției delirante specifice în care subiectul ajunge să fie convins, în manieră absolută, că : - *are o nouă identitate – de stare și relațională – care-l transformă într-un personaj dintr-un scenariu narativ fictiv, plasat într-o „lume delirantă,„ în care se relaționează cu variate alte personaje și cu entități mai mult sau mai puțin fictive.*

Totuși instrumentul scoate în evidență unele aspecte formale distorsionate ale acestei dimensiuni identitare de fond. Care, însă, depășesc narativitatea specifică domeniului; cantonându-se la nivelul trăirii reflexiv-formale a sinelui, angajat în variante distorsionate a „felului-de-a-fi-în-lume,,. Așa ar fi: - resimțirea centralității, - a autoevaluării, - sentimentul (atmosferic) de nefamiliaritate cu lumea, - cel de schimbare (de sine, de tip metanoia)..precum și - unele aspecte de relaționare (agențială) xenopatică neprecizată („paranoie ontologică” sentiment de influență generică) etc.

Instrumentul EAWE evidențiază detaliat aspecte ale dezorganizării, mai ales în plan lingvistic; dar și în alte instanțe ale psihismului, cum ar fi cel perceptiv sau interpersonal (tulburările cursului ideativ sunt evidențiate în EASE). Dezorganizarea lingvistico semantică condiționează, de altfel, hiponarativitatea acestei cazuistici. Aspect ce se repercutează direct asupra capacității sale de a integra trăirile evenimentțiale într-o istorie biografică coerentă; și în consecință, edificarea identitar biografică a persoanei (fapt ce nu subliniat de către autori).

E important ca, odată cu utilizarea instrumentului EAWE să nu fie ignorată diferența între cele două ipostaze menționate ale sinelui intenționat reflexiv: **a/cea situațională și b/cea identitară**: Existența de-a-lungul cursului vieții a oricărui om (aflat în mijlocul unei socio culturii istorice organizată prin norme, valori, logos și practici instituționalizate) se realizează prin implicarea sa, împreună cu alții, în:

- Situații evenimentțiale actuale, pe care sinele său nuclear situațional, intenționat reflexiv („ipse,,) le rezolvă, prin capacitatea sintetic apercceptivă a funcțiilor sale perceptive, executive și cogitative; evenimente care, odată trăite...

..se transpun în structura diacronă a memoriei biografico-caracteriale, în dimensiunea sinelui identitar, narativ al persoanei.

Iar aceste evenimente pot fi ulterior reactualizate narativ, atât de către subiect – care le extrage din memoria personală -; cât și de către alții –, care le cunosc din

participarea lor la ele - sau din relatarea altora. Transpunere narativă care, mută subiectul în condiția de *personaj*.

Atât în raportarea situațională cât și în dimensiunea diacron-identitară a persoanei, sinele intențional reflexiv (autogenerativ și sintetizator) se manifestă coerent și persistent, centrat și delimitat de situații, alții și lume în general, susținut de o funcție apriorică generală a „coerenței centrale ierarhice,,.

Chenar

Aspecte ale delirului (reamintite, pentru comparația cu demersul EAWE)

Raportarea clinică la delir merită să se mențină constant în atenția evaluatorilor cu EAWE, deși acesta evită abordarea unei cazuistici efectiv sau pregnant delirante. În delir disfuncția vizează însă direct, tematic-identitar, sinele (eul) biografico caracterial (și social), pacientul fiind convins că s-a preschimbat, ajungând într-o nouă stare identitară (relațională și situațională)..transformat într-un *personaj dintr-un scenariu fictiv*, în corelație cu o lume delirantă, populată cu personaje și entități fictive, cu care interacționează după regulile narativității (modelul Don Quijote). Delirurile pot fi etichetate prin tematica lor (astfel de teme nu apar în EAWE):e.g.

Sunt convins – în mod absolut că sunt.. (că mă aflu în condiția relațional situațională de):

....- Om bolnav care va contamina întregul continent...om infestat de viermi care circulă sub piele...emit un miros dezgustător care-i îndepărtează pe toți...sunt un om diform (urât) respingător pentru oricine...om înșelat sexual de partenerul de viață cu sute de persoane din localitate...om iubit de stele de cinematograf gata să facă orice pentru a fi împreună...am descoperit perpetuum mobile (esența adevărului,...leacul cancerului)...sunt posesorul adevăratei credințe, astfel că cer ca toți să mă urmeze pentru o sinucidere colectivă...

....Sunt stră-strănepotul lui Napoleon (actualii mei părinți oficiali sunt falși)...sunt cavalerul rătăcitor Don Quijote de la Mancha (și nu nobilul de țară Quijano)...voi fi ales președinte ONU pentru a opri toate conflictele de pe mapamond....sunt alesul lui Dumnezeu ca să scap omenirea de diavol.....Dumnezeu a hotărât să mă transforme din bărbat în femeie pentru ca, prin unire, să repopulăm omenirea decăzută....

Sunt persecutat și urmărit de colegi, vecini, partide politice...Mafie..SRI..Masoneria internațională.. extraterestrii...duhuri...spirite...energi...voci.. diavol, care mă posedă...mă supraveghează...mă dirijează....

....Sunt o nulitate..nu merit să fac umbră pământului...sunt vinovat pentru toate războaiele omenirii...nu mai am organe, inima nu-mi mai bate.. sunt mort...voi trăi în eternitate...

EAWE, deși nu abordează narativitatea tematică a stărilor delirante, e atent la perturbările trăirilor sinelui identitar, în raportarea reflexivă a acestuia la sine, în atitudinea (generică) față de alteritate (alții și lume), - inclusiv față de senzația de intruziune agențială a alterității, abordată însă generic și nu factual -, în ceea ce privește sentimentul preschimbărilor existențiale (de tip metanoia), a centralității și raportării de ordin generic (netematic) la lume.

B. Prezentare rezumativă a itemilor instrumentului

Primele doua clase de itemi – 1/ Spațiu și obiecte; și 2/ Timp și evenimente; – parcurg într-un fel aria raportării situaționale a subiectului la lumea prezentă pentru el aici și acum; raportare care, în mod normal constă din implicare sa într-o situație problematică pe care o descifrează perceptiv ca afectându-l... urmată de rezolvarea executivă a acesteia, în perspectiva propriilor proiecte și preocupări....

...Dar, cazuistica vizată de instrument, trimite spre persoane care prin psihopatologia lor nu mai pot realiza firesc și eficient trăirea sintetică a acestei centrări - de primă instanță – pe un eveniment situațional (dată fiind depersonalizarea lor dezorganizantă); subiectul fixându-se de fapt pe fragmente, pe elementele constitutive ale situației evenimentiale.. și acestea distorsionate. În acest context sunt comentate și halucinațiile.

CAPITOLUL 1/ SPAȚIU ȘI OBIECTE, ne trimite spre un psihism ce ajunge să perceapă lumea fragmentat (1.15), cu tb de recunoaștere a obiectelor (1.16), cu sinestezii – în sensul interferenței confuze a domeniilor senzoriale (1.17) și pierderea limitelor dintre sine și lumea fizică (1.18).

Cea mai mare parte a capitolului se referă la percepția vizuală – de fapt vizuo-spațială. Aceasta poate avea diverse intensități (crescută, scăzută, schimbătoare, 1.1, 1.2) poate fi fragmentată (1.4), implicând: fragmentarea obiectelor, descompunerea unor scene, captivarea de detalii izolate; apoi,(1.5) dezorganizarea sau perturbarea stabilității obiectelor (contururi dezorganizate, lipsa sesizării conceptuale), perturbări ale formei, mărimii sau calității obiectului vizat cu.. variații formale (de

culoare, mărime, dimensiuni) (1.6) – incluzând micropsia, macropsia, dismegalopsia, metamorfopsia sau alte distorsiuni.

Un item intercalat printre cei menționați (1.3) este rezervat pentru tradiționalele tb. ale iluziei, halucinațiilor, pseudohalucinațiilor vizuale. Dar tema nu e dezvoltată; și, desigur, fără aluzii la corelarea eventuală cu vreo tematică delirantă (nu e comentată aici tema percepției unor detalii suprasemnificate - „saliency”,)

Sunt apoi inventariați itemi pentru: (1.7). Tulburări ale distanței perceptive față de anumite obiecte, a relației spațiale relative dintre acestea, în estimarea distanței în general. – (1.8); Experimentarea distorsionată a spațiului (ca atare): diminuarea orientării în perspectivă și topografică, pierderea integrării sau structurării spațiale, a dimensionalității, experiența unui spațiu infinit, inversarea raportului figură fond, experiența afectivă a spațiului

Urmează patologia din domeniul senzorialității auditive, menționându-se pe scurt iluziile, halucinațiile și pseudohalucinațiile în acest domeniu (1.10.1...2...3) – mult mai pe scurt decât o fac cărțile de semiologie psihiatrică, care insistă asupra celor audio-verbale în corelația acestora cu delirurile paranoide; sunt comentate în continuare diverse modificări ale calității percepției sonore, problema localizării acesteia, modificări ale intensității sunetelor, ale detașării lor de fundal, recurența stimulilor auditivi. Apoi, pe scurt, tb în aria altor simțuri: tactil, gustative olfactiv, condensate într-un singur item (1.13); precum și problematica sinesteziei (1.14). E notată problema separării sau izolării percepțiilor senzoriale (1.15), tulburările în recunoașterea sau identificarea unui obiect perceput (1.16), pierderea granițelor cu lumea fizică sau a demarcării de aceasta (1.17)

Privind în ansamblu acest prim capitol, se poate constata că, itemii avuți în vedere detaliază analitic variate distorsiuni formale ale percepției obiectelor și spațiului trăit situațional; dar nu se opresc deloc asupra nivelului „percepției situației evenimentțiale însăși și a semnificației sale,,. E ca și cum, *un om ce se află într-o situație în care:*

... casa sa a luat foc...sau..... i se transmite mesajul că i s-a îmbolnăvit un copil...sau...răspunde la întrebările unui examen.....contemplă o piesă de teatru.....poartă o dispută în contradictoriu cu un oponent...etc...

e atent la forma, mărimea, culoare, obiectelor și sunetelor din jur, la apropierea sau depărtarea acestora în spațiu, la conturul lor etc...

....dar nu integrează și nu subordonează toate aceste aspecte (în interrelațiile lor și în raport cu sine) în raport cu semnificația de ansamblu a situației actuale pe care el o trăiește.

Deja din acest prim capitol se impune cu evidentă faptul că, e avută în vedere o cazuistică specială (din spectrul schizofren) aflată deja într-o condiție psihică deficitar-distorsionată, subiectul trăind cu dificultate sinteza integrativă spontană a raportării la situațiile problematice,fapt care subminează inserția sa spontană în lumea simțului comun al „axiomelor cotidianității,,.

(Blankenburg sugera că în schizofrenie se realizează psihopatologic spontan întreg demersul complicat al „punerii între paranteze,, a vieții cotidiene, pe care-l sugera Husserl ca necesar filosofului care, ar vrea să treacă de la „atitudinea naturală,, la „reducția transcendențială”... urmând ca ulterior, filosoful sau omul de știință să parcurgă drumul invers, pentru a se reintegra în viața sa de zi cu zi de cetățean...

deja pacienții investigați cu primul Capitol din EAWÉ ar putea fi comparați cu un cercetător impregnat de cunoștințe teoretice care studiază la microscop microorganisme, dar nu se mai poate extrage din această condiție sa, pentru a reveni, dându-și halatul jos și părăsind microscopul cetățeanul de zi cu zi, cu soție, copii și problemele din gospodărie).

CAPITOLUL 2/ TIMP ȘI EVENIMENTE, se concentrează pe modificări psihopatologice ale sentimentului temporalității. Acesta poate fi resimțit ca : - derulându-se rapid sau încet (2.1), - cu discrepanțe între timpul interior și cel exterior (2.2), - cu perturbări ale organizării temporale (2.3), - cu resimțirea unui timp blocat, fragmentat, dezarticulat, infinit, izolat, cu trăiri stranii. Se menționează apoi dezorientarea în timp, sentimentul de a fi blocat în prezent, sentimentul că ,, orice se poate întâmpla,,...

Un aspect important e semnalarea trăirii anormale a anticipării (2.4)...care însă se întâlnește, cu anumite caracteristici specifice de anormalitate și în anxietate și manie (aspect ce nu e amintit în instrument). Se au în vedere apoi experimentări particulare, inedite, ale viitorului - inclusiv premoniția - și trecutului, care poate fi resimțit dezarticulat, intruziv în prezent, cu erodarea distincției dintre trecut și prezent. Opțiunile instrumentului sunt circumscrise de o cazuistică ce are particularități specifice în dinamica acestor trăiri, (fără amintirea perturbării raportării la viitor și trecut în manie și depresie). Cea mai importanta particularitate e însă aceea că, nu se urmărește articularea dinamic biografică dintre trecutul experimentat și prezent, faptul că experiențele trăite edifică într-un anumit fel identitatea diacronă a persoanei, cu unele sensibilități sau vulnerabilități; fapt ce e amplu comentat de psihopatologia traumelor biografice, începând cu psihanaliza și încheind cu reacția de stres posttraumatic și psihozele disociative.

În acest capitol se exprimă explicit opțiunea autorilor pentru fenomenologia lui Husserl și analizele sale în direcția temporalității trăite; care comentează prezentul nemijlocit ca și flancat constitutiv de *protenție* și *retenție*. Desigur că această abordare de model configuraționist (gestaltist) rămâne și în prezent sugestivă; dar ea s-ar cere completată cu perspectiva care, între timp, a articulat fenomenologia de hermeneutică – vezi Ricoeur -; încadrând această nemjlocită „percepere executivă situațională actuală,, prin fundalul identitar a persoanei biografico-caracteriale, ce e organizat narativ-mnestic, asigurând sentimentul de permanență a duratei existenței personale (dintre naștere și moarte).(Între cele două axe – cea sincronă a trăirii situației prezente și cea diacronă a duratei biografice - plasându-se rețeaua propriilor proiecte și preocupări, corelată relaționărilor interpersonale pe axa intim public)

Capitolul 3 și 4 din EAWE conturează treptat, tot mai pregnant, universul de depersonalizare/derealizare (Dep/Der) ce marchează cazuistica avută în vedere.

CAP.3/ALTE PERSOSANE: Itemii propuși în această secțiune scot în relief deficitul de relaționare empatică și de atașament intimant al cazuisticii studiate, de „acordare,, cu celălalt și introjectare a acestuia în propria structură psihică, caracteristici similare cu cele din autismul developmental (AD). Spre deosebire de acesta însă, suntem acum în prezența unor persoane cu abilități lingvistice obișnuite, cu trăiri subiectiv-reflexive nuanțate, uneori abstracte și speculative, hiperanalitic reflexive; trăiri ce pot fi descrise în marginea unui interviu bine condus. Desigur, se cere avut în vedere și prezența concomitentă a tulburărilor dezorganizante în planul

limbajului discursiv conceptual, cu perturbarea relației între semnificant și semnificație.

Primul item menționat e deficitul înțelegerii sociale, a acordării interpersonale (3.1): pierderea bunului simț social, a sincronicității corporale proprio-ceptive, a înțelegerii comunicării nonverbale. Se identifică apoi „sentimentul de îndepărtare de alții,(3.2) și strategii particulare de a-i înțelege (e.g. algoritmic 3.3); dar și multiple alte deficiențe și particularități de relaționare neadecvată și insuficientă; – tb de demarcare față de alții, ce reia și dezvoltă un item prezent și în EASE (3.7) cu multiple variante: excesiv de familiari sau nefamiliari, par a fi deghizați sau amenințatori etc.;, probleme cu privirea (ce poate fi resimțită ca intruzivă, atât a altora cât și cea proprie, sentimentul expunerii prin ochii proprii.. 3.8) – de subliniat că în AD privirea în ochi a celuilalt e evitată, neglijată; depersonalizarea altora (ce apar ca morți, ireali ca mecanici (3.9)Ș unele persoane par dominate de o singură caracteristică (3.10)...sau apar hiperreale (3.11);.. schimbări în tonul sau înfățișarea celorlalți (3.12)...oamenii par să comunice ceva special, dincolo de ceea ce comunică efectiv (cu semnificație de ostilitate.. sau sugerând grandiozitatea subiectului sau o semnificație metafizică 3.13)Ș – se manifestă astfel și la acest nivel perturbarea trăirii semnificațiilor, care analizată în Cap. următor (Limbaj) prin dezarticularea semnificației de semnificant,..temă a semnificațiilor aparte ce reapare și în ultimele două Cap.-; ultimul item se referă la: răspunsuri comportamentale anormale ale celorlalți (3.14..șapte variante..)

Toate deficiențele menționate de comunicare și relaționare cu alții, empatică, de atașament și intimitate, cu lipsa de acordare reciprocă și rezonanță afectivă, indică o cauzistică a unor persoane care nu realizează – sau pierd - capacitatea unei firești și constitutive relaționări cu alteritatea, a comuniunii și împărtășirii cu aceasta..; dar, într-o altă perspectivă decât se realizează aceasta în AD. Totuși e important a se

menționa că multe din perturbările de sinteză perceptivă analizate în Cap 1 – mai ales cel vizuale – gravitează în jurul unei tb. care în autism se manifestă pregnant dar simplu și univoc : centrarea pe detalii ne semnificative cu dificultăți în a percepe ansamblul semnificant, ca o figură ce se detașează pe un fundal accesibil (și pe care cognitivismul a studiat-o prin modelul perturbării „funcției coerenței centrale perceptivă,,). Chenar...)

CAPITOLUL 4/ se referă la LIMBAJ., în esență la aspecte ale dezorganizării în plan lingvistic; care de obicei sunt descrise în cadrul schizotipiei. Limbajul comunicațional-conceptual e acum decupat destul de rigid, astfel încât tb. ale cursului gândirii nu sunt incluse (ca în tradiționala dezorganizare ideo-verbală) ele fiind comentate în instrumentul EASE, în primul capitol al acestuia. Iar în perspectiva dezorganizării, în cap 1/ din EAWE au fost deja comentate variate aspecte ale dezorganizării în plan perceptiv; cele corelate trăirii temporalității în Cap 2/; iar cele relaționării interpersonale în cap 3/ (dezorganizarea în plan motivațional comportamental nu e abordată de autori în cele două instrumente).

În acest Cap.4 sunt trecute în revistă tb. clasice ale dezorganizării lingvistice, cu unele detalieri și cu strădania de a evidenția cât mai mult din aspectul subiectiv fenomenologic a tulburării (spre deosebire de DSM-III-5 și scalele Andreasen, centrate pe aspectul comportamental înregistrabil): ; 4.1 -Tb de bază ale înțelegerii limbajului standard: - disocierea sonoritate/semnificație, - distragerea atenției prin posibilități semantice multiple și prin cuvinte individuale; 4.2 - dificultăți ale înțelegerii aspectelor emoționale/expresive ale vorbirii; 4.3 - modificări specifice ale sensului cuvintelor (centrare asupra sunetelor..determinare semantică neconvențională...cuvinte arbitrare/absurde...limbajul. pare viu, cvasifizic...referințe lingvistice egocentrice.. 4.4 - alegerea neconvențională a cuvintelor, tonului,

gramaticii... discursul criptic, telegrafic, agramat... cuvinte „Stock,, neologisme manierisme; 4.5 / tulburări ale fluenței.. indisponibilitatea cuvintelor... dezorganizare discordanță între semnificația intenționată și cea exprimată; 4.6./relevanță perturbată deraiere..răspunsul tangențial; 4.7 - perturbarea angajamentului (scopului)... aprozodie... echolalie...vorbirea se simte autonomă; 4.8- experiența anormală a abstractului și concretului...până la... discurs hiperabstract; 4.9 -inefabilul exprimării lingvistice... uneori pentru că experiențele sunt neobișnuite și greu de exprimat.. dar și sentiment general de neadekvare a limbajului; 4.10 alienarea autodescrierii : vorbește despre sine ca și cum ar vorbi despre altcineva...

EAWÉ nu comentează limbajul scris, domeniu în care apar aspecte suplimentare, prin particularitățile și bizareriile punerii în pagină (ordine, direcție a scrisului, mărimea literelor, semne simbolice aparte, ideosincrazice, utilizarea unor coduri multiple - altern sau concomitent -, elaborarea de noi limbaje etc. Un astfel de interes ar fi mutat însă accentul de la „trăirea,, nemijlocită a fenomenului lingvistic în direcția narativității, care are particularități de elaborare și manifestare, implicând hermeneutica și de statut ontologic aparte.

Instrumentul EAWÉ scoate în relief multiple aspecte deficitare ale practicării limbajului comunicațional la pacienții din spectrul schizofren.... dar nu subliniază faptul că ele conduc și la un defect prozodic, a capacității narative , descriptive, de relatare, povestire, de autodescriere a experiențelor proprii, corelată desigur și deficienței comunicaționale; și astfel la fragilizarea autonarativității. Iar acest defect, subminează însăși consistența propriei structuri identitare (biografico caracterială)

CAP 5/ e intitulat ATMOSFERA și are în vedere caracteristicile de ansamblu care marchează și învăluie constant existența curentă a subiectului. Depersonalizatul deficitar și dezorganizat care e cotate prin EAW, nu trăiește, desigur, între parametrii vieții cotidiene ai existenței obișnuite, din lumea comunitară curentă. Dar, el nu se plasează nici în „lumea delirantă”, - în care pacientul-personaj se simte cuprins în intrigi și scenarii neobișnuite, în relație cu entități și persoane-personaje ce alunecă spre ficțiune; și care e plină de „evenimente speciale”, în derulare sau expectate, care se desfășoară după regulile cauzale ale basmelor, ale narativității fantastice. Lumea depersonalizatului e însă una săracă în conținut, în evenimente, vidă, „derealizată”, dar totuși cu unele accente particulare, ce pot fi comentate ca o „atmosferă”, persistentă ce învăluie constant existența pacientului. Atmosferă stranie, nefamiliară, ireală, aflată mereu în schimbare, greu definibilă.

Caracteristica de bază a acestei atmosfere corespunde a ceea ce tradițional s-a numit „derealizare”,(1.1) în multiplele semnificații ale noțiunii: - de plasare „după un clopot de sticlă”,...scăderea intensității, substanțialității lumii,...desanimarea ei...falsitate..pierderea atractivității...calitate statică, încremenită,..parcă toți se comportă ca roboții, totul apare nou și ireal etc. 5.2 - Geometrizarea lumii... totul apare încrăcit și ordonat, dispărând calitățile obișnuite și pragmatice; 5.3 - Animarea lucrurilor inanimite ; 5.4 - Obiectele și lucrurile par mai izbitoare, intense și solicitante; 5.5 -5.6 - Sentiment de Deja Vu Jamias Vu. 5.7 – Perplexitate, confuzia realităților, hiperreflexivitate, hiperelaborare... confuzie și fuziune între diverse tărâmurii și universuri abordate, cu diverse modalități experiențiale (prin percepție, reprezentare, imaginare, gândire....interferențe ireale...incoerență dezorientantă... hierconștientizare analitică... lipsă de spontanitate, hipereflexie (nu mai poate aborda lucrurile spontan, prereflexiv, lăsând să opereze filtrul atențional periferic)..5.8 – Atribuirea anormală a sensului (subiectul impune el însuși un sens

lucrurilor...sau se simte obligat să le atribuie un anumit sens...se relevă un sens nou al lucrurilor, situațiilor...sensurile proliferază...5.9 – Forme anormale de sens...concretizarea fizică a unei semnificații abstracte....clasificare anormală...; 5,10 – conștientizarea intensificată a tendințelor (de ex, a frecvenței crescute a unor fenomene); 5.11 – Simțul anormal al relațiilor cauzale..acțiunile sau evenimentele par controlate de forță sau voință externă...par prestabilite sau amplificate; 5.12 – „Paranoia ontologică,, ...subiectul are sentimentul că e privit tot timpul, de peste tot...nespecificat „parcă tot universul e concentrat cu privirea asupra mea,,....5.13 Subiectivism: diminuarea independenței ontologice a lumii experimentate.....obiectelor și oamenilor le lipsește o existență independentă...dubla realitate a existenței, atât a lumii reale cât și a uneia ideosicrazice, personale (delirante).... sentimentul subiectului că personal poate influența realitatea fizică.....sentimentul că induce mișcări în obiecte și oameni, că acestea se mișcă după el.. îl imită;.....5.14 - Starea de spirit revelatoare...(Apofantis): lumea pare a avea calități deosebite...e stranie, suspectă....percepții autoreferențiale (par a se referi la el...anunțându-l de ceva..(cu semnificație ostil-paranoiacă sau grandioasă sau metafizică...necunoscută...ciudățenie nespecificată)...5.15. – Experiențe cvasi mistice ...uniune mistică cu lumea....simplă ființă, existența e lipsită de o esență conceptuală...; 5.16 - Experiența sfârșitului lumii...5.17. Anomalii ale dispoziției afective: ..indiferență, amorțeală....sentiment că e blocat și nu se poate exprima...anxietate nespecifică cu teama de anihilare...iritabilitate, neliniște furie....euforie detașată....disperare, demoralizare, deznădejde..cu particularități ale persistenței acestor dispoziții...incongruența emoției sau afectului (în raport cu situația...reciproc incongruente).

Trăirile inventariate în Cap Atmosfera, deși nu exprimă în mod direct convingeri identitare delirante dintr-un scenariu narativ fictiv, se corelează cu cadrul formal

distorsionat care pregătește sau susține delirul propriu-zis, cel instituit prin procesualitatea delirului primar (în sensul lui Jaspers). Analizele acestei secțiuni atrag atenția în mod special asupra perturbării trăirii semnificațiilor – dincolo de modificarea acestora odată cu perturbarea limbajului; și ele se corelează cu perturbările dispoziționale din ultimul Capitol.

CAPITOLUL 6 al instrumentului e intitulat ORIENTARE EXISTENȚIALĂ ..el se referă la atitudini generale ale subiectului în raport cu lumea și cu sine - prin anumite poziționări atitudinale intenționat reflexive; trăiri globale de autoevaluare a propriei existențe, care se referă nu la conținut (la aspectul faptic, determinat conjunctural, narabil, sau pe care-l exprimă tematica delirului),.. ci la modalități de raportare bazale, formale, generice ale felului său de a-fi-în-lume ca ființă conștientă de sine. Cuprinde 10 clase de itemi.

6.1 Respingerea societății sau a convenției ; dezinteres față de societatea umană.....prin comportament și atitudine.. atitudine ce poate fi nu doar de nerespectare a convențiilor, ci de opunere activ-deliberată față de aceasta...sau prin considerarea sa, ca fiind excepțional și unic, fidel doar propriei sale individualități;..

6.2 – Atitudine de a fi excesiv de deschis față de o mare varietate de posibilități....poate exprima o atitudine conform căreia „ de fapt nimic nu contează cu adevărat,,...sau, o libertate conceptuală totală, conform căreia „totul e permis,,;...6.3 - Poate manifesta neîncredere, scepticism curios față de orice;....6.4 ..-

Manifestarea unei certitudini absolute și indiscutabile;....6.5..- Sentimentul de a fi special, superior....cu o cunoaștere aparte..extraordinară...cu o datorie mesianică....sau, grandiozitate spirituală și abilități excepționale....6.6. – Vinovăție sau responsabilitate imposibilă ..6.7 - Sentiment de pierdere a libertății sau individualității

6.8 – Aderarea de reguli abstracte pe care le urmează indiferent

de conjunctură...6.9 - Resimțirea unei preschimbări intelectuale, spirituale (de model metanoia).. 6.10 – Sentiment de centralitate universală...„universul e centrat în jurul propriului sine..totul se învâрте în jurul meu,, (și nu doar sentimentul că ,, e privit de univers,, ca in paranoia ontologică).

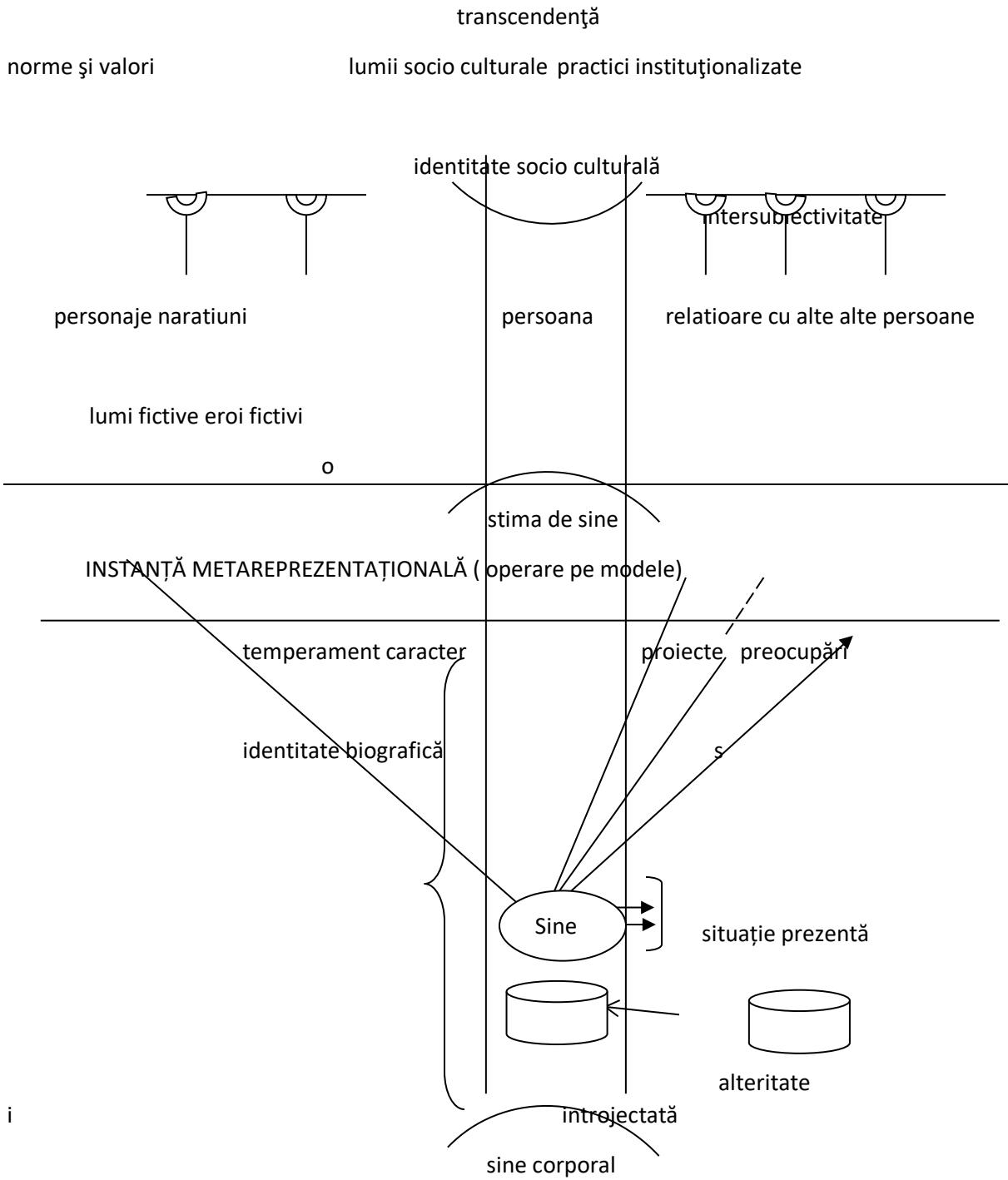
Caracteristicile inventariate mai sus ale unor poziționări sau atitudini excentrice, distorsionate, ale felului de a-fi-a-subiectului-în-lume, pot fi privite ca și condiții de posibilitate formale ale unor manifestări existențiale psihopatologice globale, (ce pot fi dispoziționale: euforic maniacale, depresiv vinovate, anxios fobic paranoide), care includ însă și delirul; dar care acum sunt abordate la o cazuistică la care predomină depersonalizarea deficitară anonimizantă, desorganizantă. Ele se articulează strâns cu tulburările analizate în Cap. Atmosferă; și cu parametrii generali ai psihopatologiei depersonalizant/derealizante, ce e decupată prin acest instrument.

7/ ANEXĂ FINALĂ (trei CHENARE)

Instrumentele EASE și EAWЕ presupun o înțelegere a funcționării psihismului ca desfășurat între 2 axe(Ch.1): - 1/cea a prezentului situațional trăit; și: - 2/cea a fundalului diacron al identității biografico caracteriale; între care se desfășoară evantaiul proiectelor și preocupărilor proprii și a relaționărilor interpersonale, pe diagrama intim/public. Simptomatologia depersonalizantă deficitară – dezorganizantă anonimizantă decupată de aceste 2 instrumente sunt în mare măsură comentabile prin perspectiva disfuncției „coerenței centrale,, studiată de cognitivism în perturbările perceptive ale autiștilor (Ch. 2,3,4)

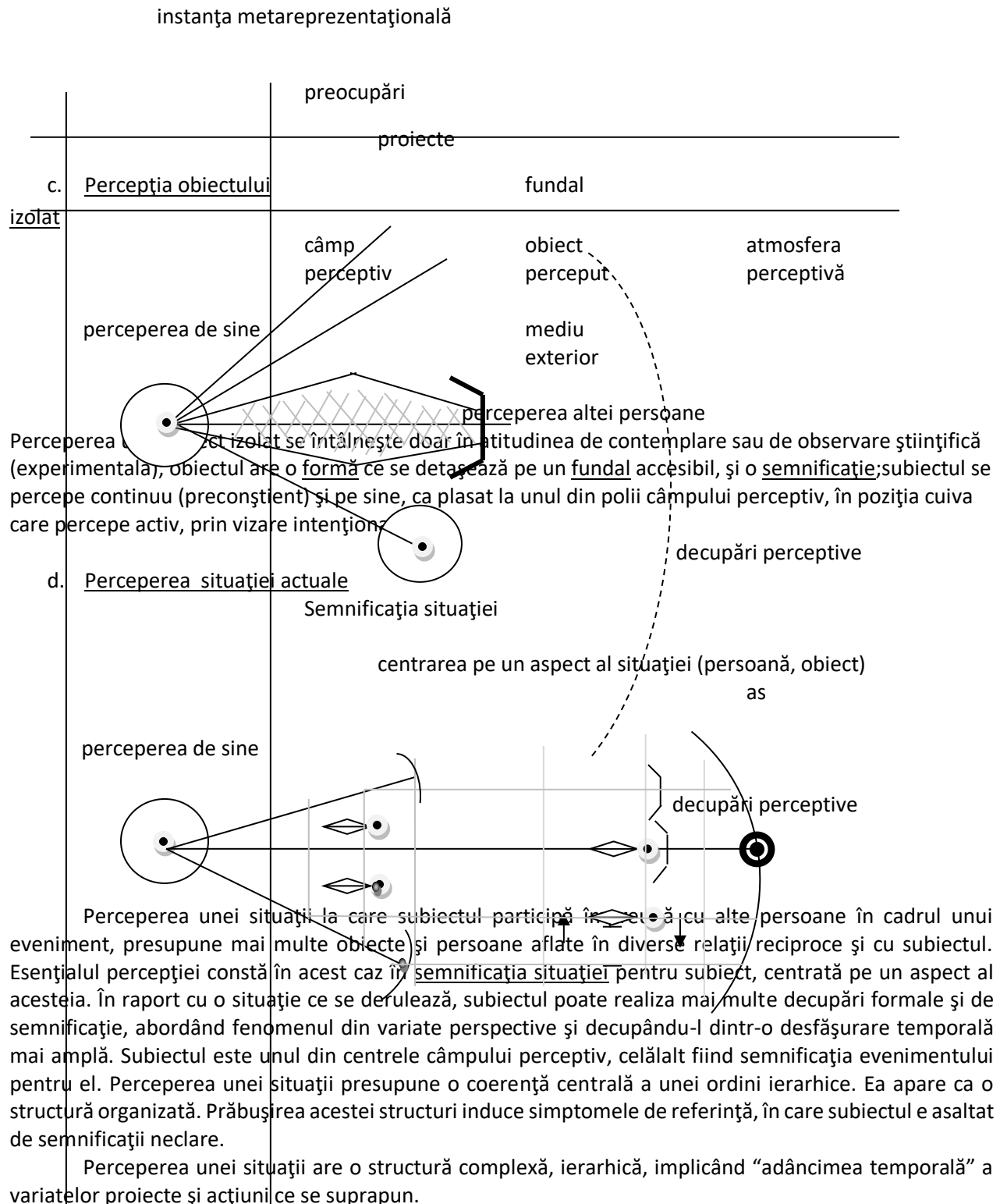
Chenar 1

Modelul lui Ey dezvoltat; psihismul uman înglobează instanța proiectelor, cea metareprezentatională, intersubiectivitatea și transcendența



Chenar 2

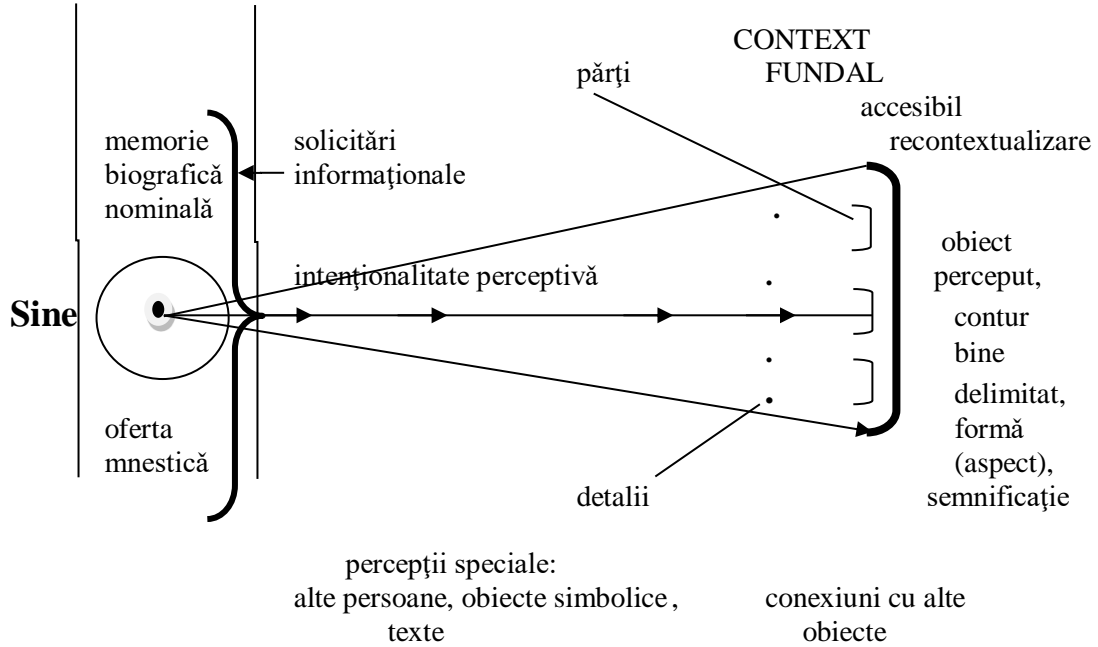
Percepția obiectului în raport cu percepția situației actuale (ca "trăire a prezentului")



Chenar 3

Deficiența funcției coerenței centrale perceptivă în autism

Caracteristici standard ale percepției



Deficiența “coerenței centrale perceptivă” în autism

