

Anexa I

PSIHOPATOLOGIA PSIHOTICĂ CENTRATĂ PE DELIR

Această arie a psihopatologiei afectează identitatea resimțită și reprezentată a persoanei și are în centrul său un proces de depersonalizare/transpersonalizare. Raportarea la situațiile actuale e afectată de tulburări de resimțire a semnificațiilor și de halucinații.

1. Sindromul de depersonalizare-transpersonalizare și orbita psihotiformă

O zonă specială a psihopatologiei cumulează o suită de manifestări care tradițional au fost denumite **psihotice**. Prezența acestora se corelează cu importante deficiențe în înțelegerea și raportarea circumstanțială a subiectului la lumea sa specific umană, afectând mai ales și în mod esențial instanța identitară a persoanei – plasată la un pol opus celui a raportării actuale la situațiile cotidiene comunitare. Începând cu Jaspers, psihopatologia psihotică a fost corelată și cu sindromul depersonalizării – al trans-personalizării instituită prin delirul primar –, cu afectarea identității diacrone, a delimitării, coerenței și centrării agențiale a eului conștient, a sinelui persoanei.

Conceptul de **psihoză** s-a conturat în sec XIX, în paralel cu constituirea semiologiei și nosologiei psihiatrice pe baza studierii atente și îndelungate a pacienților internați în azile. El s-a impus în paralel cu termeni ca cei de halucinație, delir, paranoia, depersonalizare. Psihoza se referea pe atunci la condiția generică de tulburare mentală evidentă și accentuată, care justifica internarea în azil, deoarece pacientul nu mai era în stare să se autoadministreze singur. În sistematica lui Kraepelin centrul nosologiei era constituit de trei grupaje psihotice etichetate ca endogene: Boala maniaco depresivă, Demența precoce paranoidă (schizofrenia) și Paranoia (parafrenia) delirantă. Psihiatria din sec XX a rămas în principiu la aceeași structură nosologică, conceptul de

psihoză menținându-se central. Psihoza a fost caracterizată - inclusiv în DSM-III-5 – prin deficiența în „testarea realității”- și, consecutiv, a neconștientizării condiției sale psihologice aberante (deficit de *insight*); cu necesitatea internării. (Dar mania și depresia din tulburarea bipolară nu a mai fost incluse în clasa psihozelor). În ultima sa ediție, DSM-5 introduce în capitolul dedicat schizofreniei cinci „sindroame psihotice”: deliruri, halucinații necriticate, dezorganizare ideo-verbală, și comportamentală (incluzând catatonie) și simptomatologie negativă. Capitolul include șapte categorii nosologice: Schizofrenia, Tb Schizofeniformă, Tb Schizotipală, Tb Schizoafectivă, Tb Delirantă persistentă, Tb Psihotică scurtă, Tb Psihotică în cadrul consumului de substanțe și a suferințelor organice. Cu toată diversitatea entităților categoriale etichetate ca psihotice, în ultimele decenii acest concept și-a păstrat și un profil generic, avându-se în vedere studierea „**primului episod de psihoză**” și „**stările prodromale ale psihozei**”, fără precizări categoriale. Se consideră apoi că și alte tb psihice **pot aluneca spre o condiție psihotică** – de ex TOC, Tb dissociative, TP Borderline și TP schizotipală. În plus, proiectul de studiere dimensională a tulburărilor psihice dezvoltat în SUA de către NMHI în paralel cu DSM-5, se preocupă de **spectrul psihotic** (ultima sinteză din 2021 configurează acest spectru prin cinci dimensiuni, ce includ și depresia și mania); iar o serie de programe studiază **simptomatologia psihotică în populația generală** (van Os).

Chiar dacă o fundamentare a condiției psihotice rămâne încă în dezbatere, psihopatologia clinică menține problematica acestei instanțe – sau orbite - aparte, spre care psihismul persoanei identitare poate aluneca. În plus, orice analiză psihopatologică relevă faptul că, **trecerea spre psihoză vizează deficitul disfuncțional al structurii identitare, biografico caracteriale a persoanei, la nivelul articulării situaționale a acesteia cu lumea sa specific umană, prin problematica raportărilor actuale, prin relaționări și proiecte;**

deficit pe care – așa cu sugera Jaspers - sd. depersonalizare/derealizare îl inițiază și îl susține.

Sindromul de depersonalizare/ derealizare – sd dep/der –este unul esențialmente subiectiv, fără manifestări corporale, expresiv comportamentale sesizabile. El a fost descris spre sfârșitul sec XIX și constă în faptul că, subiectul resimte că și-a pierdut identitatea cu sine (Eu=Eu) și se distanțează și detașează de lume, alții și sine. Pacientul nu se mai simte solidar cu propriul său corp, trecut, prezent, viitor, cu identitatea sa oficială și cu realizările proprii; având uneori impresia că-și poate vedea și trupul din afara sa. Iar lumea îi apare străină, distanțată, „după un clopot de sticlă”, oamenii ca nereali, acționând ca păpuși, ca la teatru; sau „parcă ar vedea lumea din jur dintr-o altă lume”, paralelă. În DSM-5 acest sindrom e descris amănunțit și inclus în Cap. Tb disociative.

Caseta 60

Dimensiunea corporală a identității persoanei.

Identitatea psihismului personal are și o dimensiune corporală, bazală, care o susține și o poartă pe cea biografico caracterială și pe cea socio culturală (Chen...). Un om – o persoană – există în primul rând, prin faptul că s-a născut biologic și își trăiește viața de ființă biologică, până la moarte. Desigur, referințele la existența sa se pot lărgii, prin narativitatea celor din jur, inclusiv post mortem. Dar, în esența ei, existența personală e trăită de către persoana conștientă ca „incorporată,, ea având o serie de caracteristici de unicatitate și „individuație,, prin specificitățile organismului său biologic. Corpul uman are apoi și un aspect expresiv propriu, prin care el e identificabil de către alții și de comunitatea sa socială. Specificitatea umană a psihismului persoanei se elaborează și se diferențiază pornindu-se de la fundal său biopsihologic, ce are la bază propria sa corporalitate; centrată de un „proto-sine,, pulsional proactiv, moștenit din biologie. De-a-lungul întregii vieți, acest corp propriu al persoanei, e principalul instrument de raportare efectivă a subiectului la lumea sa înconjurătoare, situațională. Prin organele corpului său subiectul percepe lumea ambientală; și prin instrumentalitatea sa corporală, acționează asupra acesteia, inclusiv lingvistic și în plan cultural. La acest nivel, psiho-corporalitatea sa funcțională e continuu protezabilă; în sensul că, în cadrul vieții socio-culturale limitele corpului sunt dublate de îmbrăcăminte și alte „instrumente,, învăluitoare și funcționale - inclusiv casa în care locuiește și mașinile cu care se deplasează. Privirea și auzul său sunt servite, amplificate deasemenea continuu, de instrumente-artefacte; la fel ca și prehensiunea și deplasare (inclusiv d.p.d.v. medical, corpul uman e protezabil, chiar și funcțional - prin dializă renală de ex.). Pe de altă parte, corpul este resimțit de subiect ca „sediul,, al sufletului, al minții sale; nucleu al sinelui subiectului, al „agenției,, sale. Subiectul plasează identitatea persoanei sale în propria corporalitate; și la fel memoria, amintirile intime, secretele. Corporalitatea este apoi resimțită ca sediul al agenției sinelui său. Această „centralitate,, corporală a nucleului identitar al sinelui, e fundamentală pentru organizarea spațio temporalității psihismului propriu. De la „toposul,, limitelor propriului corp începe „spațiul trăit,, al persoanei, dimensiunile de aproape și departe, orientarea, calculul distanțelor în acțiunile și relaționările sale etc. Acestă localizare a sinei

Acest sd.dep.der.st. din DSM-5, înțeles ca afectare dediferențatoare a identității personale în raportările sale diverse la lume (inclusiv la sine) - poate fi în DSM-5 ar putea fi considerată una standard „de referință” pentru sensul generic al acestui sindrom. xxx Prin această circumscriere, se evidențiază afectarea unui topos special al structurii psihismului persoanei, prin care se realizează mai mult decât întrețeserea dintre instanța bio-psiho-corporală și cea specific antropologică a identității personale. Mai precis, e vorba de zona de articulare a instanței identitare cu însăși implicarea sa participativă la lumea sa specific umană, prin intermediul situațiilor prezente, prin proiecte și preocupări, prin relaționări cu alții. Sd depersonalizării/ derealizării ar putea fi considerat ca un deficit psihopatologic ce constituie punctul de plecare a două axe sindromatologice, orientate spre orbita psihotiformă; una cu punctul de plecare în dedublarea disociativă, cealaltă, în cea obsesiv/compulsivă.

Prima axă pornește de la sentimentul dedublant (exprimat în tb. disociative), al afectării identității mnestic-biografice în contextul unei relaționări sumisive față de alții; a manipulării identității agențiale prin posesiune (de spirite) și, în general, al fragilității identitare resimțite (dublă personalitate, sugestionabilitate crescută, cameleonism, transpunerea facilă a identității în condiția de personaj narat). Persoana histrionică („histerică” în limbaj tradițional) e impresionabilă, atentă la tot ce se întâmplă în jur, fiind ușor influențată de coniecturi și de alții. În plus, ea are o crescută capacitate narativă,

putând excela în relatări mitoman-confabulate despre sine, privitor la evenimentele excepționale - deseori neverosimile - trăite personal. Această maleabilitate de **a-și plasa identitatea în scenarii fictive cvasi-ireale, dar narabile public, e însă diferită de trăirea nemijlocită a unei metamorfoze identitare, ca în delir.** Această condiție deficitar disfuncțională de model externalizat, menține însă pacientul pe coordonatele vieții cotidiene, din care uneori se extrage, dar după model hipnic.

Pornind de la acest referențial psihopatologic dedublat al identității ce cultivă ipostaza de „personaj” s-ar putea avea în vedere, orientarea în direcția deficitului psihotic propriu-zis, ce se realizează după coordonatele ”**procesului delirant primar**“ a lui Jaspers. Orientare spre delir, care și ea e centrată pe o ipostază de personaj a identității personale, dar dintr-o altfel de perspectivă. Subiectul trăiește acum un sentiment de „centralitate”; inițial senzitiv relațională,..apoi cu impresia referențială,.. că totul se învâрте în jurul său, că i se transmit mesaje secrete..ce anunță că „i se va întâmpla ceva” ieșit din comun. Urmează senzația unei preschimbări identitare ...dar și a celorlalte persoane, a lumii din jur....ajungându-se la o „**trans-personalizare**” **delirantă deficitară**, la adoptarea unei noi condiții identitare, deseori etichetată ca „vrăjire”.Transformare resimțită a identității propriului sine, ce se metamorfozează într-un **personaj central** dintr-o intrigă aberantă; trăită prin derularea unui **scenariu fictiv dintr-o „lume delirantă**„, ce funcționează după parametrii narativității culturale. Percepția realității date e și ea deformată, resimțită ca desfășurându-se pe o „**scenă aparte**”- pe care se derulează intriga aberantă pe care o trăiește. Deformarea perceperii ambientale e atât formală cât și ca semnificații, apărând ca iluzii, **neoformații halucinatorii**, sentimente de transparență influență, de supraveghere, manipulare. Condiția dispozițională e cel mai des una deficitar ostilă, anxios-fobic-paranoidă; dar ea poate fi și una de unicitate aparte, însoțită uneori de grandiozitate și de elafie expansiv ergică. Dispoziția euforic maniacală și cea depresivă se pot infiltra în acest proces,

marcând avansul spre delir pe trasee paralele cu calea regală a „delirului primar” paranoid.

O metamorfoză identitară ca cea delirantă, presupune faptul ca persoana normală să-și resimtă constant identitatea.. nu doar ca unitară și ca aparținându-i agențial,.. ci și ca ocupând o anumită poziție în lumea sa socio culturală, cu definite relaționări, statute și atitudini ale altora în raport cu sine și problemele sale. E vorba de mai mult decât resimțirea unei anumite autoevaluări, a unei stime de sine scăzută sau crescută, ca în depresie și manie. În delir, subiectul se resimte integrat în anumite scenarii mundane, ca erou central; scenarii pe care, împlinindu-le, el își definește identitatea biografică. Tematica delirurilor gravitează în jurul unor astfel de convingeri, în care subiectul resimte că se relaționează uneori cu personaje istorice și supranaturale. El ajunge să se simtă **„cineva” – un personaj – cu o identitate aberantă.**

Cea de a doua axă traversează dedublarea specifică din patologia obsesiv compulsivă, în care subiectul se resimte neunitar, cu o relaxare a coerenței sale psihice, a centrării și delimitării sale; atât ca identitate personală, cât și ca agenție și manifestare activ realizatorie. În TOC el trăiește cu sentimentul dedublant că „nu mai controlează autonomia agenției sale”. Agenție din care derivă, fără intenția sa, gânduri și intenții nedorite, ce se repetă obsesiv; fără a fi însă induse xenopatic. Obsesivul tinde mereu, reflexiv, spre un control amănunțit al situațiilor, relaționărilor și a propriului comportament; iar în plus, are sentimentul invadării sale dinspre exterioritatea spațială,.. prin dezordine și prin contaminare. Apropierea de psihoză se realizează uneori prin confuzia dintre gândire și realitate... prin incertitudine și plutirea într-un plan al eventualităților... cu sentimentul pierderii autocontrolului. În TPOC se evidențiază relaxarea coerenței centrale la nivelul elaborării și realizării acțiunilor cu scop, ca preambul a dezorganizării comportamentale. Această cale spre psihoză nu mai e centrată pe condiția de personaj a identității subiectului, ci

pe însăși afectarea coerenței acestuia, ținută parțial în frâu în TOC, de autocontrolul agențial și situațional.

Totuși – în spectrul obsesiv – se comentează și alunecări de la ideație repetitivă din TOC spre îngustarea prevalentă a preocupărilor, (hipocondriace, dismorfofobice etc.) în marginea unor deliruri monotematice; cazuri în care raportările la situații își îngustează disponibilitățile, constituindu-se un fel de „prezent continuu”.

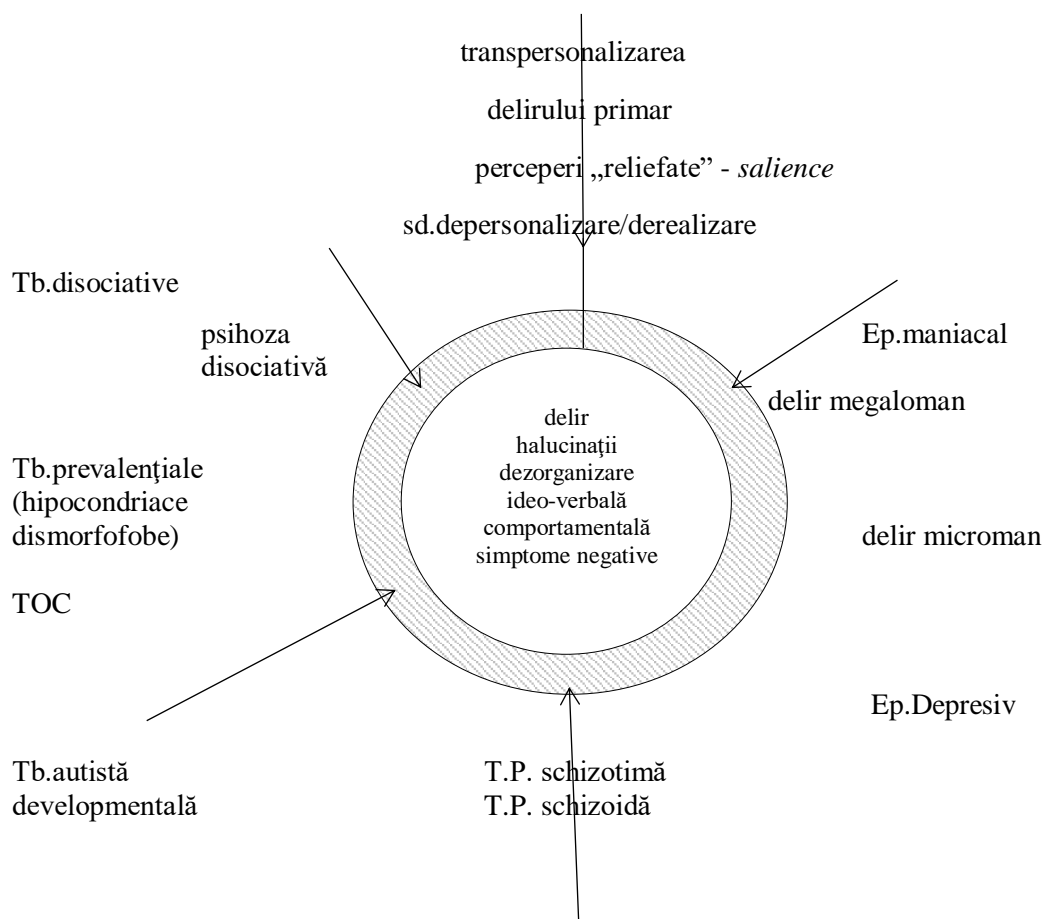
Drumul specific spre psihoză ce e inițiat de relaxarea coerenței psihice din TOC și TPOC conduce însă spre **dezorganizarea psihismului**. Aceasta e sesizabilă în primă instanță mai ales în arie ideo-verbală – de ex a vorbirii și comunicării - și comportamentală - cu marcată ambivalență apragmatică. Dar ea se manifestă și direct în planul structurii identitare; conducând mai departe, în direcția unei depersonalizări deficitare, anonimizante, exprimată prin **simptomatologie psihotică „negativă”**. Se instituie un vid sufletesc și o apatie indiferentă..o alogie - cu urme de gândire abstractă, sterile,.. anhedonie, ..asociabilitate. La această simptomatologie negativă se ajunge pe un drum în care, centrarea, delimitarea și coerența identitară se diluează până la dispariție, într-un fel de haos psihic. E o altă direcție decât cea a alunecării spre identitatea de personaj fictiv din varianta delirantă. Acum, subiectul ajunge să resimtă, doar vag, **că a ajuns un „nimeni,, cu un psihism vid și dezorganizat**.

Începutul de manifestare a modelului dezorganizant menționat, poate fi plasat însă și în psihopatologia autismului developmental. În aceasta, se constată nedeveloparea suficientă a abilităților de relaționare interpersonală – emotiv empatică și verbală (fapt ce are drept consecință neachiziționarea competenței mentalizării - ToM); precum și insuficiența „coerenței centrale perceptivă” și a unor „funcții executive” adecvate. Cazul autismului - ce a fost interpretat și evoluționist ca nedeveloparea unor structuri neuropsihice care susțin competențe mentale specific umane - este important de reținut, deoarece el a ocazionat multiple cercetări neurocognitive în acest domeniu de psihopatologie.

În cadrul orbitei psihotiforme cele două axe se întretaes frecvent.

Caseta 61

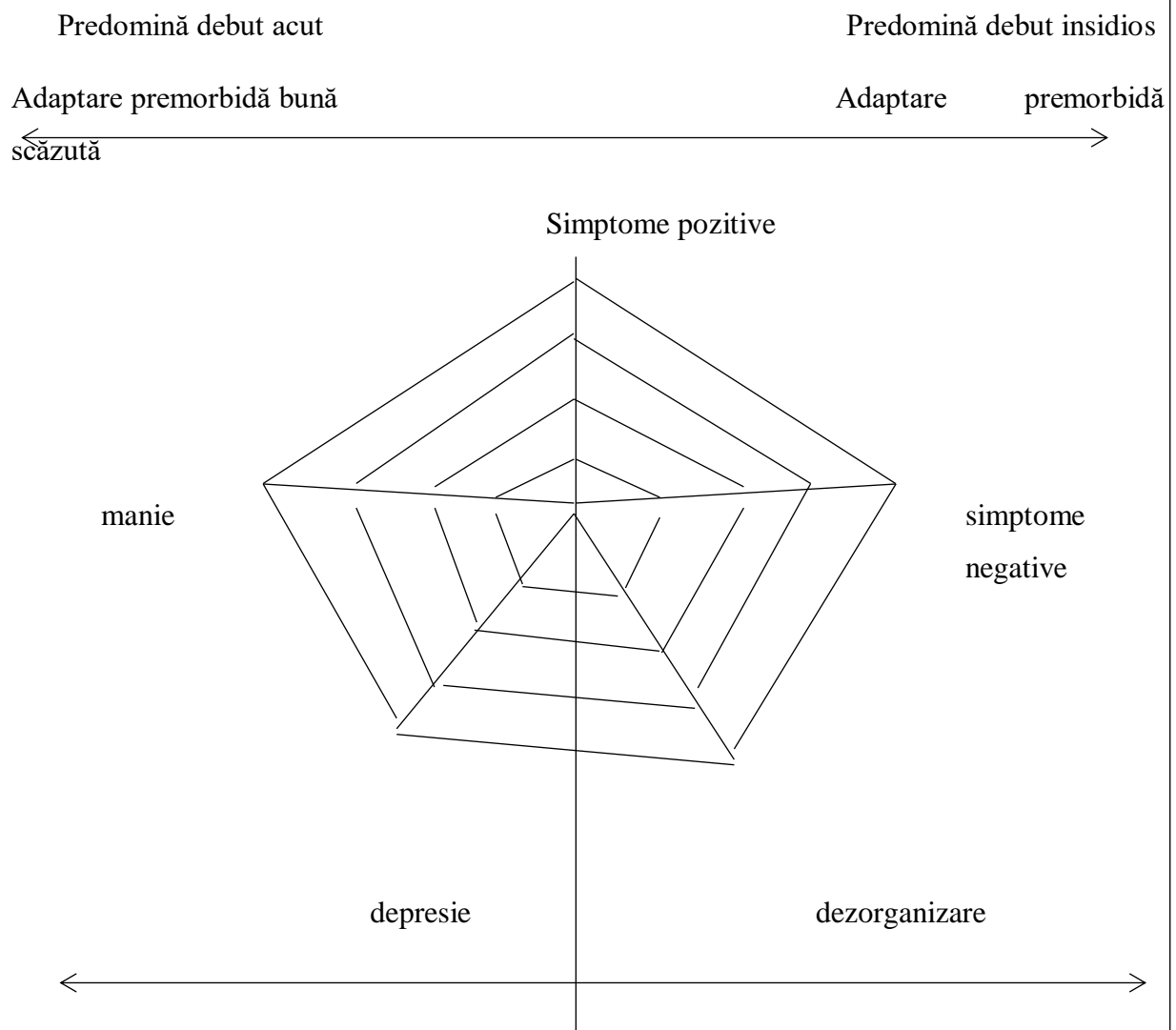
Orbita psihotiformă (O.P.) exprimă o alterare a condiției identitare



Sindromul delirant se manifestă în multiple contexte nosologice. Delirurile monotematice persistente se pot dezvolta lent progresiv, mai ales la persoane vulnerabile, uneori favorizate de un context reactiv și de o moderată modificare dispozițională; unele forme, mai ales centrate pe corporalitate, sunt plasate nosologic în spectrul TOC; dar, formele grav depersonalizante de TOC se pot apropia de psihoză și în alte variante (fuziunea gând/acțiune etc.). Alunecarea spre OP se poate realiza, în mod specific, și din direcția Tb disociative (cu transă și posesiune); tradiționala cazuistică a Parafreniei s-ar corela parțial cu această direcție. Alte alunecări se întâlnesc în patologia dispozițională Maniacală și Depresivă. Varianta tradițională a psihozelor halucinatorii sunt centrate pe tematica paranoidă de persecuție, însoțite de halucinații (predominant auditive), fenomene de transparență influență. Dezorganizarea participă la aceste variante prin deformări ale percepției exterioare -*salience*- și a receptării informațiilor mnesticobiografice (tulburări ale cursului gândirii). Tb dezorganizării ideo-verbale și comportamentale ne conduc spre tabloul tradițional al patologiei schizofrene. Acesta e marcat și printr-o

Caseta 62

Conceptul de SPECTRUL PSIHOTIC a fost adoptat și în RdOC (în cadrul studiilor NIMH) care propune un model cu 5 dimensiuni - Taminga, 2021



La deficitul psihopatologic ce caracterizează orbita psihotiformă se poate ajunge, pe lângă căile mai sus menționate, și prin disfuncțiile deja comentate ce se produc în structura identitar caracterială, la nivelul angrenării cadrelor dispoziționale externalizate și internalizate, în vederea angajării în proiecte și preocupări. Distorsiunile rigide de la acest nivel induc afirmarea endogenă a stărilor maniacale și depresive; care, de la o anumită intensitate și rigiditate, decontextualizează psihismul persoanei în raport cu situațiile în manieră cvasipsihotică. Acest model se poate conjuga cu cel al delirului primar.

Psihopatologia ce face referință la „orbita psihotiformă” se cere diferențiată de cea în care intervine perturbarea lucidității vigile, ce alternează cu somnul ce include visele. Această oscilație circadiană e un model adaptativ moștenit din biologie, permițând refacerea zilnică în urma efortului performativ, atât energetic cât și informațional (prin reorganizarea circulantă a datelor mnestică, proces care stă și la baza viselor). Psihopatologia vigilității și cea confuzo onirică – delirium - se întâlnește mai ales în suferințele general organice, toxice sau cerebrale. Consumul unor substanțe psihoactive poate reduce sau crește nivelul vigilității; iar unele substanțe pot induce distorsiuni perceptivă ce se reîntâlnesc și în sd. dep/der. Alte modificări cantitative - dar și calitative – în acest domeniu, apar în stări de oboseală, monotonie, emoții, tensiune performativă, creativă, extatică.

Dacă psihopatologia psihotică e centrată pe deficitul disfuncțional al dimensiunii psiho-antropologice a identității persoanei, iar modelul biologic

al oscilațiilor veghe/somn e implicat direct mai ales în perturbarea raportărilor situaționale la lume, se cere subliniat că, în ambele direcții, subiectul se manifestă prin specificitatea sa de a fi o **persoană conștientă**. Faptul că psihismul uman are o solidă implementare în cel biologic și se sprijină – în cele din urmă – pe funcționalitatea encefalului, nu anulează însă particularitățile antropologice, care pot și trebuie să fie studiate odată cu abordarea psihozelor.

2/ Depersonalizarea ca detașare dediferențiantă a persoanei de lume și orizontul psihopatologiei psihotice

9.1.Scurt istoric și circumscriere actuală. Între noile sindroame psihopatologice care s-au delimitat spre sfârșitul sec.XIX se numără și sindromul de depersonalizare derealizare (sd dep/der) ce constă din trăirea subiectivă a sentimentului pierderii identității și detașării de realitate. Krishaber (1873) îl caracteriza ca „o stare în care apare senzația că gândurile și actele scapă persoanei sau îi devin străine”. Termenul s-a impus prin monografia „La dépersonalisation” a lui Dugas (1894, 1911) a cărei definiție era: „O stare morbidă ce presupune pierderea sensului identității personale și sentimentul de straniețate sau irealitate a propriei lumi și a propriilor acțiuni”. Sd dep/der a fost integrat pe atunci de Janet în largul concept nosologic de „psihastenie” care reunea tulburările anxioase fobice, astenice, obsesiv compulsive și ruminativ ambivalente, considerat fiind ca datorându-se „scăderii tensiunii psihice” cu diminuarea „funcției realului”. (Psihastenia cuprindea în esență tulburări „nevrotice” dar și unele marginale „psihozelor”). La începutul sec. XX Jaspers evocă depersonalizarea în sensul unei tulburări bazale a identității personale, implicată în derularea „delirului primar” odată cu dispoziția delirantă, bazată pe trăiri referențiale, de straniețate și centralitate (pierderea identității precede și e implicată în transformarea identitară delirantă). Ulterior Sd. dep/der a continuat

să fie invocat în instalarea formelor nucleare de psihoză schizofrenă – Langfeldt – și în bufeurile psihotice; dar, prezența sa a fost remarcată și în foarte multe contexte clinice, anxioase, depresive, de epuizare, în migrene, epilepsie, în tulburările disociative din cadrul nevrozei isterice a sec XX etc. Spre sfârșitul acestui veac, comentarea sindromului a fost restricționată de către viziunea comportamentalistă a DSM-III-5 la tulburările disociative. Prezența Sd. dep/der – evaluată prin scale - a fost identificată însă în continuare în variate stări psihotice și nepsihotice, inclusiv în unele sindroame reactive (reacția de stres posttraumatic) și organic cerebrale.

Sd. dep/der este d.p.d.v. semiologic unul strict subiectiv, fără simptome comportamentale specifice identificabile clinic; iar referința directă e la resimțirea de tip autoperceptiv a propriei identități într-o condiție particulară: de detașare și nearticulare, de nerezonare în raport cu sine, lumea, alții și situația. Propriul sine e resimțit ca existent, dar ca lipsit de identitate, amorf și neimplicat, raportat la o lume dediferențiată și ireală. Descrierea sa în DSM-5 e următoarea:

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 acțiuni (se pot include alterări perceptive, 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 exemplu 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. Apoi, 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. Pe lângă variate distorsiuni ale trăirii spațiale a lumii se manifestă și anomalii ale trăirii temporalității, cu sentimente de „deja vă,” „jamais vecu”, impresia suspendării timpului sau a ancorării în eternitate (nu se mai diferențiază clar între prezentul trăirii situației actuale, temporalitatea ancorării în variate proiecte și durata identității personale; sau cea a coexistenței cu alții, structurile temporalității publice calendaristice etc). Subiectul se resimte interior gol, trăind un „vid sufletesc” copleșit de plictis, de „urât”..nu mai știe cu ce să-și umple timpul.

Sd.dep/der așa cum e descris el în prezent în Capitolul Tb.disociative din DSM-5 și în ICD-11 ar putea fi considerat ca o variantă standard (Sd. dep/der/st). Opțiunea DSM-5 de a include sd dep/der doar în cap Tb disociative e una metodologică, cu prezentarea unei variante în care trăirile subiective sunt pregnante; chiar acest manual indicându-i prezența posibilă în alte contexte clinice. De fapt **sd. dep/der semnalează deficitul unei alunecări a psihismului persoanei într-o direcție psihopatologică aparte, cea a dediferențierii identitare în direcția orbitei psihotiforme**, fiind implicat esențialmente în procesul evoluției spre psihoză.

În perspectiva derivării din structura normală a psihismului persoanei conștiente, în cazul sd. dep/der trimiterea evidentă e la **instanța identitară** a

acesteia; desigur, în raportarea sa fundamentală și globală la situații, alții, sine și la lumea umană în general (lume bazată pe logos, operare cu entități fictive, norme, valori, narativități teoretice, vizarea transcendenței etc.). Identitate personală, ce e în mare măsură mneștică - bazată deci pe narativitatea logosului, fiind inserată în propria corporalitate, circumscrisă și delimitată social; și organizată în jurul unui sine agențial, intențional și reflexiv. Sine care, centrează propria minte, mediind subiectului sentimentul identității sale cu sine.... prin care se răspunde la întrebarea: „Cine și cum sunt eu ?”...„individuat”,...ca subiect unic și irepetabil ? Identitate proprie **individuată**, ce e resimțită de către orice subiect uman dat ca o dimensiune specifică,.. ea stând în spatele raportărilor sale la situații, alții, lume și transcendență. În acest sens e semnificativ faptul că, referința cea mai pregnantă ce se face în cazul depersonalizării la o trăire din aria normalității e cea la *acedia* călugărilor din religiile monoteiste; care, epuizați de rugăciuni către persoana supremă, ajung uneori să trăiască vidul sufletesc, plictisul dureros al pierderii contactului cu Dumnezeu.

În sd dep.der subiectul păstrează sentimentul unei existențe globale – a sa, a lumii, a altora – dar deficitară și dediferențiată,..a unui sine deconectat de lume, retras „în sine”. Lipsește sentimentul normal al familiarității și conexiunii cu realul – lumea - ca fiind deja (cel puțin parțial) dată și știută.. în principiu cunoscută. Fundal în raport cu care apare și se diferențiază noutatea și prezența străină. Apoi, în sd. dep/der st. lipsește acea deschidere receptantă a orientării spre realitate, interesul care să implice acordarea, conexiunea și atașamentul său rezonant, implicarea sa participativă la situații, alții și lume. Aspecte ce au fost etichetate ca „sentimente existențiale” (Radcliff). Iar dispoziția afectivă ce se impune, e cea de detașare neimplicantă, chinuitor indiferentă.

Psihopatologia psihotică spre care ne introduce sd. dep/der, configurează variante aparte de raportare și implicare ale subiectului în lumea sa specific umană, secundare acestei desprinderi dediferențiatorii, mai ales pe coordonate

spațio temporale și organizaționale (ale coerenței centrale). Prin acest filtru al depersonalizării psihotice... transpersonalizante, se instituie manifestările ce sunt comentate în cadrul sindroamelor delirante, halucinatorii, de transparență/influență, de dezorganizare și ale deficitul psihic anonimizant. În capitolul de față va fi doar schițată această traiectorie, prin selecția câtorva aspecte pregnante. Dată fiind

Caseta 63

Identitatea psihismului personal

Psihismul persoanei se prezintă ca având o structură identitară de fond, centrată de un sine (eu) intențional și reflexiv, coerent și delimitat în raport cu alții și cu lumea. Această structură identitară se plasează în fundalul raportărilor situaționale actuale, a proiectelor de acțiune și a preocupărilor de clarificare a relaționărilor, bazându-se pe durata biografică. Subiectul resimte cu o evidență de necomentat că, biografia și corporalitatea îi aparțin, că el însuși e autorul gândurilor și actelor sale, fiind diferit de alții și de lume ($Eu=Eu$). Conturul eului identitar se configurează pe parcursul ontogenezei, odată cu maturarea experiențială, a autopercepției, a relației de atașament și a percepției celorlalți, în jur de trei ani; când se instituie și capacitatea mentalizării (intuirea perceptivă a intențiilor altora în situație).

Pentru nucleul identitar al persoanei se pot diferenția trei instanțe: a) un nivel al corporalității psihobiologice (deja comentat pe scurt); b) unul al duratei biografice caracteriale; și c) unul al circumscrierii sociale (prin nume, origine, locație, sex, vârstă, statut familial și profesional, opere, avere). Identitatea biografico caracterială se constituie prin integrarea mnestică imaginativă a succesivelor evenimente și perioade de viață, trăite de subiect împreună cu alții, în nișa sa ecologică culturală. Trăirea evenimentelor, integrarea lor mnestică și actualizarea, toate presupun mediul lingvistic al narativității critice. Iar actualizările nu sunt doar funcționale și reprezentative; ci ele stau și la baza relatărilor făcute altora despre sine; verbal sau în scris. Identitatea biografică, autoreprezentarea și autoafirmarea sa ca personaj, implică deci lingualitatea narativității. Acest ax identitar biografic, susținut de memorie și imaginar, are o fațetă reflexiv subiectivă, care oferă persoanei răspunsuri la întrebări precum: - cine sunt?; - cum sunt (ca fire și valoare)?; - în ce situație mă aflu? Tot prin această reflexivitate subiectul resimte că „el însuși este autorul gândurilor, deciziilor și actelor sale”; și că se diferențiază de alții, chiar dacă colaborează și împărtășește idei cu cei apropiați, acceptând sugestiile acestora. Subiectul resimte în permanență că propriul corp, trecutul și trăirile sale „îi aparțin”. Această identitate resimțită rezultă dintr-o intuiție primară, ea nefiind rezultatul unui raționament explicit; și ea însoțește subiectul de-a lungul evenimentelor la care participă și în scenariile în care e implicat ca personaj. Tot axul identitar e cel care susține stima de sine și idealul de sine, modelele și idealul personalistic spre care aspiră. Baza psihologică a sentimentului de identitate cu sine o reprezintă memoria biografică și imaginarul. Reamintirile sunt parțial funcționale; manifestându-se însă și ca reprezentări (uneori „eidetice”), reverii marcate de imaginar sau trăiri oneiroide. Tot datele mnestice stau la baza relatărilor sau narațiunilor despre sine, verbale sau scrise. Subiectul își poate proiecta identitatea în biografii sau romane cu implicații autobiografice.

În cadrul existenței sale sociale, persoana identitară se manifestă continuu ca un personaj, angrenat în variate roluri, statute și scenarii. Unele din acestea sunt structurale, ca de ex. cele de sex, vârstă, statut familial (căsătorit, divorțat, părinte, văduv), cele profesionale, civice etc. Altele sunt statute și roluri circumstanțiale, ca de ex. cele de om suferind, bolnav, părăsit, rejectat, înșelat, iubit, admirat, vinovat, creator etc. Participarea la variate evenimente, proiectate sau reactive, pot fi de asemenea privite

strânsa interconectare între sindroamele psihotice, pentru capitolele următoare se recomandă o lectură circulară.

9.2. Sd dep/der în afara și în marginea psihozelor. Sd dep/der st. ne relevă, deci, un deficit specific al funcționării și autopercepției structurii identitare a subiectului, ce se referă la o de-diferențiere și des-articulare a acesteia în raport cu situațiile actuale, cu proiectele în care e angajat, alții, sine și lume în general. El e, într-o importantă măsură, și un sindrom dispozițional aparte. **Sd dep/der.st. exprimă o dispoziție de detașare (de tip observațional, neimplicat) și neconectare existențială globală a persoanei;** cu lipsă de deschidere, interes, familiaritate, adeziune față de lumea sa umană specifică în general (și corelativ față de sine). Lume care-i apare ca aplatizată și dediferențiată – spațio-temporal și organizațional - el resimțindu-se (de asemenea) ca lipsit de un contur specific, de „individuație” proprie. Prin acest profil de specifică trăire antropologică, sd. dep/der se deosebește fundamental de alte tulburările dispoziționale afective - anxioase, depresive -. cu care e frecvent comorbid. În plus, în sd. dep/der lipsesc total manifestări psiho-bio-corporale și comportamentale observabile.

În tulburările anxioase sd. dep/der coexistă frecvent cu Atacul de Panică. Sentimentul inconsistenței și nefamiliarității cu lumea și cu o ambianță ce apare ca fictivă, însoțește în aceste cazuri pe cel al angoasei părăsirii lumii, al iminenței morții, aneantizării sau a căderii în abis – eventual, pe cel că lumea se prăbușește asupra sa sufocându-l. Pentru un subiect ce alunecă spre neființă, desprinderea și detașarea sa de familiaritatea cu lumea poate fi resimțită ca o etapă inițială. În afara paroxismului AP însă, în tulburarea dispozițională din A G, subiectul ce se menține pe orbita lumii sale, e tensionat psihomotor, hipervigil, cu atenție distributivă investigatorie și furtună neurovegetativă; aspect pregnant diferit sd.dep/.der. st.

Când sd. dep/der st. se conjugă cu depresia, subiectul e desigur trist, rupt de implicarea sa în situațiile prezente; și anhedonic, fără speranță, orientat spre

sine, trecut, suferință, vină, moarte. Detașarea de lumea prezentă și anhedonia - simptome comune celor două sindroame - se potențează acum reciproc. În depersonalizare subiectul, autoanalitic reflexiv, e chinuit însă 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). Apoi, spre deosebire de sd.dep/der, în depresia majoră (standard) subiectul e inhibat psihomotor și instinctiv, cu spasme pe organele interne, bradipsihie, orientat centripet, necomunicativ. Sd. dep/der se poate însă mixta cu depresii mai puțin intense, de exemplu în tabloul clinic comentat în sec.XIX în Marea Britanie ca vid și plictis al „spleen”-ului.

În afara conjuncției cu tb. dispoziționale internalizate ale depresiei și anxietății, sd. dep/der se manifestă destul de evident în tulburările ce induc o dedublare a sinelui identitar. Astfel sunt tulburările disociative, în ambele fiind afectată trăirea identității resimțită global, însoțită de o relaxare a raportării la lume. Sd. dep/der are însă o poziție aparte, unică, în această categorie de tulburări, fiind în multe privințe diferit de toate celelalte tb disociative. Spre deosebire de acestea, în el se exprimă o repliere lucid reflexivă și analitică asupra propriei persoane și situații, de care depersonalizatul se simte detașat; pe când în majoritatea tulburărilor disociative se întâlnește o hipovigilantă de tip hipnoid, nereflexivă. Apoi, în sd. dep/der nu se exprimă nici o raportare relațională sumisivă; poziționare care e specifică tulburărilor disociative...așa cum e și sentimentul de posesiune din transă. (Se poate reaminti la acest nivel că lungă tradiție a patologiei hysterice – din care cea disociativă descinde - a corelat constant această tulburare cu posesiunea de spirite, gravitând apoi în jurul magnetismului animal și manipulării hipnotice, condiții tipice pentru sumisiunea indusă relațional). Ar fi de amintit și că „psihozele disociative” în care sd.dep/der e frecvent întâlnit, invocă explicit resimțirea unei dedublări - sentimentul pacientului că în interiorul psihismului său se află o altă persoană

care-l dirijează. Psihopatologia ar mai putea analiza „detașarea” disociativă de realitate etichetată tradițional ca hipnoidă, în raport cu „demundenizarea” psihotică prin alunecarea într-o „lume delirantă”.

Sd. dep/der se întâlnește și în psihopatologia dedublantă cu simptomatologie obsesiv compulsivă (TOC și TPOC). Așa cum deja s-a menționat, la începutul sec. XX când acest sindrom era încă recent identificat și descris el a fost comentat în cadrul „psihasteniei” lui Janet, alături de simptome astenice, anxios fobice și obsesiv compulsive. Ulterior, pe întreg parcursul sec. XX, elemente ale sd.dep/der. au fost constant identificate alături de simptomatologia TOC, mai ales în variantele „grave” marginale psihozei. Manifestările în direcția sd.dep/der sunt mai evidente în varianta „psihastenă”, ce se manifestă prin îndoială funciară, indecizie, ambivalență, ruminății, ritualuri, ceremonialuri, incertitudine de sine, abulie, vid interior, plictis. S-a insistat în această direcție și asupra unei trăiri pe care Janet o numea „sentiment de incompletitudine” (sentiment straniu al neterminatului”), comentată și în prezent prin sentimentul 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. În patologia TPOC se întâlnește apoi o tendință spre pierderea centrării, coerenței și delimitării unei persoane active, ce-și propune continuu realizarea de obiective. În acest sens pledează și exagerata tendință la hipercontrol, cu o raportare interpersonală distantă și oficială, adeziune excesivă față de activități; dar printr-o muncă standardizată, impersonală. Subiectul se identifică cu normele și regulile statului și rolului său oficial, cu munca suprapersonală, tinzând spre un perfecționism anonim. Iar **în afara perioadelor de muncă oficială, el resimte un gol sufletesc și o stare de plictis continuu, expresie a pierderii nucleului său individuând originar.**

9.3. Sd. dep/der pătrunzând în orbita psihotiformă pe filieră depersonalizantă, deficitar ne-relațională. 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 psihoză (delir); caz în care se produce o mutație dinspre identitatea persoanei normale spre o nouă identitate, psihotică (delirantă). Depersonalizarea se întâlnește, așa cum s-a menționat deja, în patologia considerată tradițional ca „nevrotică”, anxioasă, depresivă, astenică (de epuizare), histerică, obsesională, reactivă (Reacția de stres posttraumatic). Dar ea era invocată de Jaspers și în modelul clasic al delirului primar, unde e însoțită de sentimentul de straniețate și centralitate referențială. Ajungerea la psihoză ar putea fi înțeleasă – se sugera atunci - ca un proces de „depersonalizare trans-personalizantă” a nucleului identitar al persoanei, ce alunecă pe orbita convingerii într-o nouă identitate, delirantă. Sd. dep/der.st. ar funcționa ca intermediar între nevroză și psihoză.

Inițial psihopatologii nu au acordat atenție acestei idei. Totuși, d.p.d.v. psihiatric, sd. dep/der. st. a fost în continuare întâlnit frecvent atât în variate tulburări etichetate tradițional ca nevrotice, reactive sau organice, cât și în psihoze – mai ales în cele scurte (bufeuri delirante) și în perturbări dispoziționale (e.g. unele episoade depresive). Când Jaspers a comentat procesualitatea delirului primar (1913), el considera că tulburarea de bază a psihozei (delirante) – și a recent descrise-i pe atunci schizofrenii (1911) - constă dintr-o patologie a eului conștient (al persoanei), perturbat în identitatea sa diacronă, în coerența, limitele și centrarea sa prin propria-i agenție. Pe atunci însă conceptul psiho-antropologic de persoană și cel de eu conștient – sine (eu) intențional reflexiv – erau doar vag conturate. O psihologie egologică (fenomenologic), una a „sinelui” (*self*-ului) și una a relațiilor interpersonale (inclusiv intrapsihice), s-a dezvoltat mai consistent doar spre sfârșitul sec XX. Pe de altă parte, în aria psihopatologiei clinice conceptul bleulerian al schizofreniei ca autism dezorganizant, a avut și el un impact particular asupra înțelegerii psihozelor. Deși în sec XX nucleul patologiei psihotice a gravitat

constant în jurul unei schizofrenii centrată pe un delir bizar, autismul s-a impus și el, treptat, ca o problematică psihopatologică majoră; iar dezorganizarea – ca deficit al „coerenței centrale” manifestată în diverse arii psihice, dar predominant ideo-verbal -, a fost studiată sistematic, în perspectivă developmentală și procesuală. Faptul a condus spre finele sec XX la o înțelegere a psihozelor ca exprimându-se printr-o simptomatologie grupată în trei clustere:- pozitiv (delirant halucinator); - dezorganizant; și - deficitar.

În acest context, la începutul sec XXI s-au dezvoltat interesante cercetări asupra variantei bleuleriene de psihoză (schizoformă), prin studierea predominant fenomenologic-cognitivă a unei cazuistici centrată de o depersonalizare reflexiv deficitară, fără o simptomatologie paranoid relațională pregnantă. Această patologie se manifestă deseori în faza prodromală a psihozei (schizofrene) și la persoane vulnerabile pentru psihoze.

Unul din autorii orientați în această direcție, H. 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 în fazele prodromale ale psihozei, se referă în mare măsură la perturbări resimțite la nivelul cursului ideativ (Ch.) din intimitatea subiectivității, care exprimă un deficit al autonomiei agenției proprii. Subiectul resimte: interferența gândirii, ideație 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 un „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 se corelează cu sd dep/der st., în sensul detașării, neimplicării constatative, a lipsei de inițiativă și mai ales de sinteză psihică participativă. Tulburările formale de gândire și deficitul de inițiativă, par a anunța iminența unei perturbări deficitare dezorganizante. Aceste tb bazale ar putea fi considerate ca o avantcameră, atât pentru dezorganizarea psihică cât și pentru sindromul de transparență/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 – de tip depersonalizant - a insuficienței sinelui; dublată de hiperreflexivitate. Aplicarea scalei EASE decelează cazuri în care subiectul resimte că își pierde nucleul intern al identității, că propriile trăiri și gânduri nu mai 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 ale resimțirii și perceperii corporalității 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 resimțite a identității personale, poate apare uneori un sentiment aparte de centralitate, de megalomanie magică, de grandiozitate solipsistă, preocupări filosofice și religioase sterile. Această idee stranie sugerează conturarea unui echivalent de „lume delirantă” – lume ”dereistă” - în care subiectul, fără a fi cuprins ca personaj într-un scenariu aberant (delirant), se simte totuși angajat, în raport cu un univers ideatic uman abstract și fragmentat. Se menține astfel perspectiva tradiționalului autism.

Profilul psihopatologic ce rezultă din scalele BSABS 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 direcția tabloului schizofreniei deficitare; parțial distinctă de psihoza delirant paranoidă. Studiile menționate mai sus – care relevă o tendință spre deficit anergic și de coerență a psihismului - cu lipsă a sentimentului de identitate, de prezență situațională, de centrare personalizantă și de intenționalitate asertivă a trăirilor - au avut în vedere o cazuistică care, deși era orientată spre schizofrenie, avea o propensiunea redusă spre relaționarea interpersonală; fiind preeminent orientată în direcția unei schizofrenii simple, dezorganizate, negative (autiste – în limbaj tradițional). Dar în psihoze se întâlnește frecvent și o cazuistică orientată clar în direcția delirului (paranoid mai ales), centrată pe convingerea că alții – diverse instanțe ale unei alterități de tip personalistic - îi sunt ostili, vreau să-i facă rău și îl supraveghează continuu, inclusiv de la distanță prin diverse mijloace. Atât profilul predominant delirant halucinator cât și cel predominant dezorganizant deficitar al psihozelor, se originează în sd.dep/der. st.

9.4. Paranoidia și sindromul de transparență influență. Convingerea delirantă paranoidă, centrală în psihopatologia psihotică delirantă - dar corelată și cu Tulburările de personalitate și Reacțiile senzitiv relaționale și paranoide -, constă dintr-o credință aberantă, de neschimbat prin argumente, că alții i-au făcut sau intenționează să-i facă ceva rău subiectului; că aceștia îl supraveghează și îl influențează continuu, inclusiv de la distanță și prin mijloace supranaturale.

În psihopatologie, în contextul trăirilor depersonalizante orientate psihotic, convingerile paranoide de supraveghere pot depăși însă chiar și pragul limitelor interioare ale sinelui, prin care subiectul simte că se delimitează și se diferențiază de ceilalți, nu doar în exterior ci și intrapsihic. Se petrece în aceste cazuri o prăbușire a structurii de „relaționare intrapsihică” pe diagrama intim/public (Casetă 49). Subiectul ajunge să resimtă că instanțe de tip personalistic străine – dușmani, instituții, spirite, extraterestri -, pot pătrunde în mintea sa până în interiorul nucleului agențial al sinelui său; la nivelul intimității sale agențiale ultime, unde se generează gândurile și deciziile sale, cunoscându-le și manipulându-le. În aceste cazuri, ideația intruzivă, mentismul, barajul și golul mental (din fundalul cursului ideativ), mișcările involuntare, etc., nu mai sunt resimțite ca spontane și anonime – așa cum opiniau pacienții din studiile efectuate la Bonn și Copenhaga; ci sunt atribuite instanțelor persecutorii.

Sindromul de transparență/influență constă în convingerea certă a subiectului delirant că intimitatea sinelui său – gândurile, deciziile, trăirile emotive, senzațiile corporale – sunt la discreția unei alterități, 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.(Casetă 49). Odată cu acest sindrom suntem plasați chiar în centrul acelei procesualității psihotice care transformă persoana normală în personaj delirant.

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

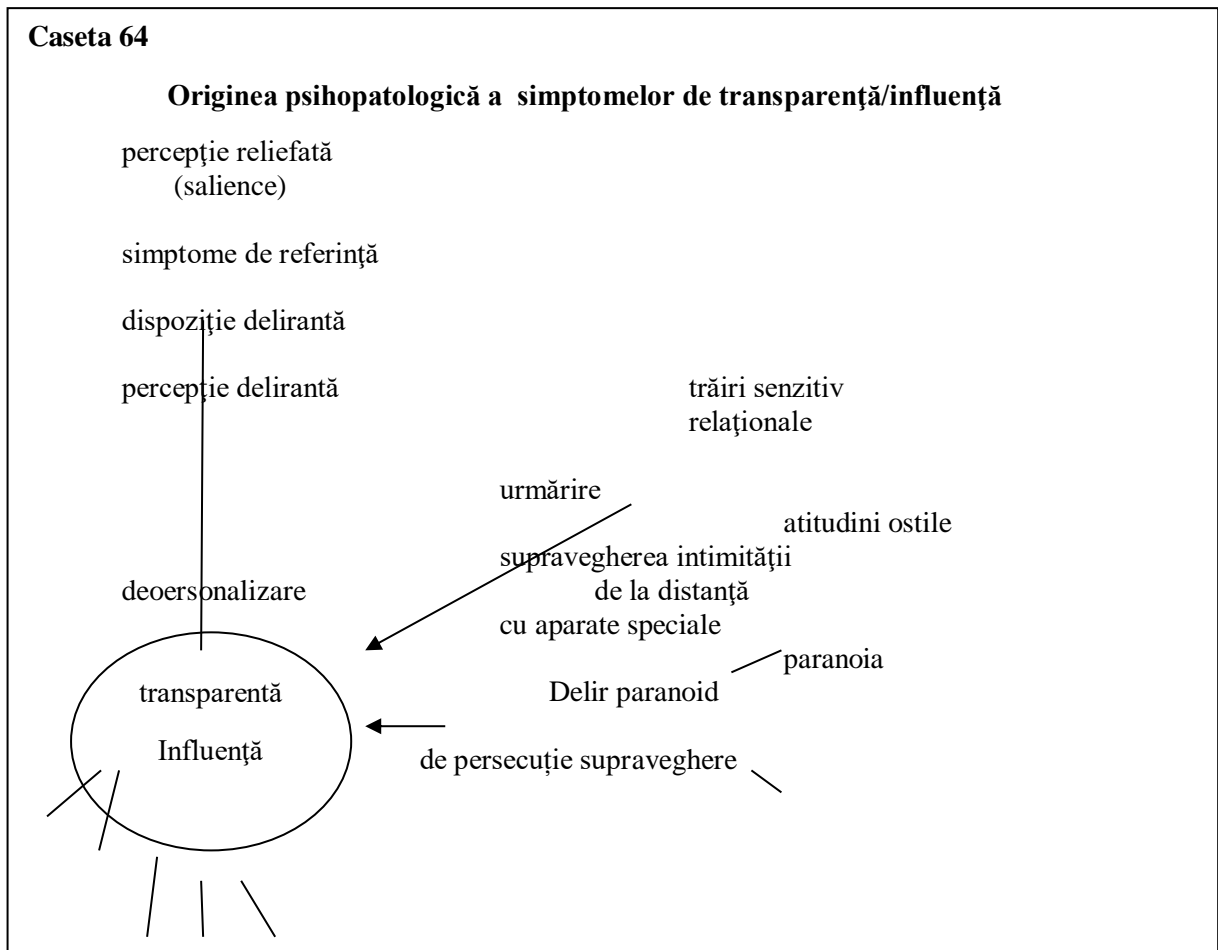
Simptomele de influență vizează în primă instanță gândirea (și vorbirea): blocarea gândirii (g); retragerea g. (rezultând un gol mental cu reluarea gândirii în altă direcție); inserția, impunerea g. (sunt introduse în cap, în

minte, gânduri noi, străine, care nu aparțin subiectului); influențarea, dirijarea, contrafacerea g. Influențele din exterior (xenopatic) 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).

În ansamblu, subiectul cu simptome de transparentă influență se simte aflat complet la dispoziția altora; cunoscut, 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). 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 (Casetă 48). Centralitatea delirului paranoid impune subiectului, plasat într-o poziție de pasivitate, 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. Odată cu varianta psihotică a depersonalizării delirante, această limită e transgresată, pătrunzându-se în interioritatea psihismului intim al sinelui nuclear; în chiar toposul în care subiectul resimte că propria-i ideație e generată. E vorba de nivelul aflat la baza derulării cursului ideativ, plasat în „spațiul interiorității intime”; zonă în care se desfășoară pentru subiect, amintirile, reprezentările, în care sunt păstrate secretele. La acest nivel se manifestă și tulburările formale de gândire identificate în prodromul schizofreniei (Casetă 70).

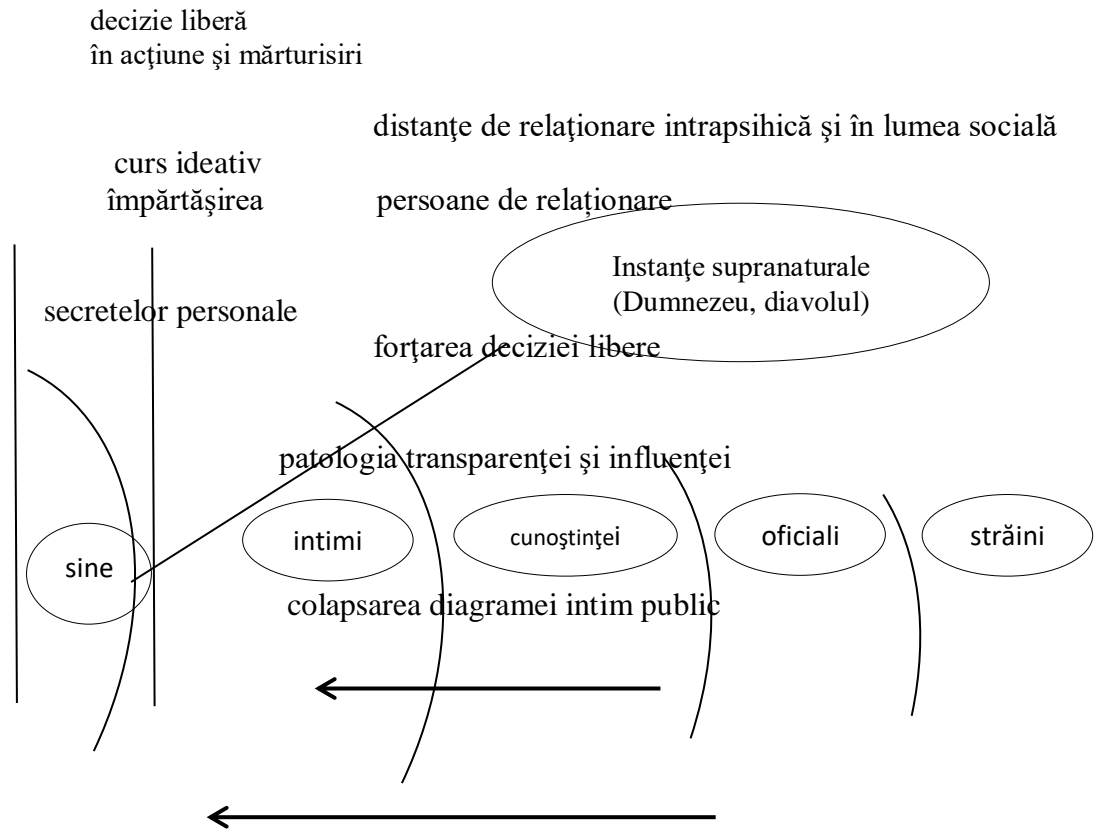
Privitor la simptomele de influență, o etapă prealabilă a lor ar putea fi considerată în psihopatologie trăirile dissociative de transă cu substituire, în care subiectul resimte că o parte din autonomia și identitatea sa au fost preluate de o instanță personalistă străină (inclusiv spirite). În normalitate, trimiterea ar putea

fi făcută la sugestia posthipnotică. Dar în patologia dissociativă și în hipnoză, subiectul e pasiv, conștiența sa e redusă după un model cvasihipnic, iar reflexivitatea autoanalitică nu e activă. Pe când în sindromul psihotic 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 ideății chiar în zona intimă a originării în sine a propriilor gânduri, atitudini, opinii. De-diferențierea psihică ce ne conduce spre deficitul delirant paranoid cu simptome de transparență/influență, face ca intimitatea să fie resimțită ca fiind sub control străin. Se petrece acum o gravă perturbare a



Caseta 65

Normalitate și patologie în controlul intimității



- Transparență : cunoașterea de către străini a gândurilor intime prin intuire, ghicire, citire, răspândire (iradiere, difuzare, împrăștiere), sonorizare (în urma spațializării și exteriorizării lor), supraveghere (supervizare îndeaproape)
- Influență : asupra gândirii și vorbirii : blocarea gândirii (g), retragerea g., inserția, impunerea g., influențarea, dirijarea, contrafacerea g.; asupra deciziilor, inițierii acțiunilor, mișcărilor, a emoțiilor, a senzațiilor corporale

structurii de relaționare intrapsihică pe diagrama intim/public. Tulburare pe care pacientul o receptează autoanalitic reflexiv, în stilul obsesivului.

Nu e imposibil să se identifice printre experiențele de viață normale, domenii care ar putea fi considerate un 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 excepționale 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 în raport cu persoanele ce se află cu subiectul 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 nici la geneza propriilor intenții, dorințe, decizii. Deci, la „agenția generării propriei ideai”, în inima interiorității sinelui identitar.

O a doua perspectivă care apropie sindromul de transparență/influența 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 un Dumnezeu a toate puternic (și de alte forțe supranaturale), fac parte din structura normală a sinelui nuclear al oamenilor ce-și desfășoară existența într-o comunitate umană culturală. Ele sunt două nivele limită ale structurii sinelui identitar, în cadrul relaționărilor sale intime cu alteritatea; două porți ale unei deschideri speciale spre aceasta. Dar în ambele direcții funcționează în normalitate anumite filtre procedurale. Minusul psihopatologic prăbușește acest nivel de control personal neconștient; astfel încât accesul la intimitatea în care se generează gândurile și deciziile se petrece nefiltrat, scăpată de sub orice control al subiectului.

Simptomele de transparență/influență ocupă un loc aparte în simptomatologia psihopatologică. Practic, ele nu pot fi plasate printre tulburările perceptivă; deși fac parte din trăirile nemijlocite, certe, pe care subiectul le resimte în raport cu alteritatea. Un aspect tangențial instanței perceptivă ar fi, totuși, corelația acestei trăiri cu autopercepția continuă a propriei corporalități. De asemenea depersonalizarea, cu toată evidența nemijlocită a convingerilor subiectului privitoare la pierderea identității sale, nu se încadrează clar între convingerile delirante. Cât privește simptomele de transparență influență, psihopatologii britanici le comentează separat, menționând că ele pot constitui trăiri ce se impun uneori ca punct de plecare pentru elaborarea unor scenarii delirante (așa sunt ele prezentate ele și în instrumentul SCAN ce însoțește ICD-10 -1992, redactat de Wing). Psihatrii din SUA consideră însă aceste simptome ca indicând bizareria unor deliruri de tip schizofren.

Mare parte din simptomele de transparență influență au fost integrate la mijlocul secolului trecut de psihiatrul german K. Schneider, împreună cu altele - din aria cursului ideativ și halucinațiilor auditive - într-un grupaj al “simptomelor de prim rang” pentru diagnosticul schizofreniei în raport cu

ciclotimia” (SPR-Sch). Acest grupaj cuprinde: voci care comentează; voci care discută și argumentează; sonorizarea gândirii; inserția gândirii; retragerea gândirii; înregistrarea gândirii; controlul vorbirii; controlul acțiunii; percepție delirantă. 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 chiar specifice schizofreniei, întâlnindu-se și în conjuncție cu alte sindroame, de ex. în cadrul bipolarității, bufeurilor psihotice etc.; iar mai recent, ele sunt considerate chiar extrem de frecvente în „psihozele disociative”, Grupajul sindromatic e însă semnificativ pentru vulnerabilizarea de tip psihotic a delimitării sinelui nuclear, mai ales în perspectiva autonomiei agenției sale, a relaționării cu alții și a inițiativei acțiunilor.

3/ Delirul

10.1 Scurtă încadrare clinică și circumscriere a sindromului delirant.

Delirul s-a diferențiat ca sindrom în sec. XIX, fiind introdus în semiologia psihiatrică împreună cu noțiunile de halucinație, psihoză, paranoia, depersonalizare. Vechile cadre nosologice ale maniei și melancoliei (depresiei) au ajuns să fie descrise în sec.XIX și ca neînsoțite de idei delirante. În această perioadă delirul - cazuistica centrată predominant pe convingeri aberante delirante și etichetată ca "paranoia"- a fost abordat și în variante sistematizate, cu evoluție prelungită și fără deteriorarea personalității. La cumpăna dintre sec. XIX și XX. această „paranoia sistematizată” a fost diferențiată de Kraepelin de grupajul "psihozelor paranoide", cu debut în tinerețe și evoluție deteriorativă, pe care le-a încadrat - împreună cu alte sindroame precum catatonie - în grupajul "Demenței paranoide precoce". Noul mega-cadru nosologic a fost ulterior rebotezat de către Bleuler ca "schizofrenie", entitate clinică caracterizată de autor predominant prin dezorganizare ("Spaltung") și autism – cu plasarea delirului halucinator în plan secund; și care putea avea și variante nedeteriorative, chiar latente. La începutul sec.XX Jaspers a diferențiat delirul propriu zis („psihotic” din schizofrenie) de "stările deliroide", care se plasează în continuitatea preocupărilor prevalente ale personalităților particulare, sau în tulburări dispoziționale maniacale sau depresive. Acest „delir (psihotic) primar” a lui Jaspers a fost considerat ca instalându-se printr-un „proces psihopatologic” ce constă dintr-o depersonalizare aparte, marcată de un sentiment de „centralitate referențială stranie”; urmată de o „transpersonalizare” cu transpunerea într-o "altă lume" fenomenologică, deficitar delirantă, de tip narativ. Pe parcursul sec.XX patologia delirantă a fost abordată predominant în cadrul schizofreniei paranoide, cu a sa evoluție deteriorativă; consemnându-se însă în continuare – în tradiția lui Kraepelin – și deliruri paranoiac-parafrene (cu dublă contabilitate); precum și deliruri în contextul episoadelor maniacale și

depressive, în bufeuri delirante scurte și în variante monotematice sistematizate. Către sfârșitul secolului s-a comentat tot mai frecvent o cazuistică „schizoafectivă” (maniacală, depresivă) ce includea uneori și un delir bizar; fiind studiate din nou mai metodic psihozele predominant delirante, sub eticheta de: Tulburare Delirantă Persistentă. Delirul a fost comentat, din sec.XIX până în prezent, și în cadrul suferințelor organice (generale și cerebrale), infecțioase, febrile, toxice, lezionale; cazuri în care deseori se poate conjuga și cu stări de “delirium”, ce implică denivelarea vigilității conștiente cu dezorientare și trăiri oneiroide de model halucinator, predominant vizual. În ultima ediție DSM-5 delirul e comentat - în marginea schizofreniei - ca un principal sindrom psihotic, alături de halucinațiile necriticate, dezorganizare ideo-verbală și comportamentală și o simptomatologie deficitară, negativă.

Pentru delir, înțeles ca sindrom, s-a ajuns deja la începutul sec.XX la o definiție destul de clară și comprehensivă ce se folosește și în prezent: **Delirul reprezintă o convingere de neclintit a pacientului - care nu poate fi schimbată prin dovezi și argumente - într-o idee falsă, aberantă; convingere care-l separă de viața și lumea comunitară.** Cea mai frecventă tematică era considerată, începând cu sec.XIX, cea paranoidă, centrată de idei persecutorii; dar s-au identificat și multe alte teme, cum ar fi cea de gelozie, erotomană, de supraveghere, delirul hipocondriac, dismorfofob, de vinovăție și nimicnicie, de grandiozitate și creativitate, delir fantastic narativ sau cu tematică religioasă etc.

În perspectivă psihopatologică delirul a fost constant studiat, mai ales prin doctrina cognitivă a perturbării raționamentului (a „inferenței raționale”) considerată ca o principală condiție a sa. Dar a rămas până în prezent insuficient de clar un aspect central: **la ce se referă, în esența sa, ideea delirantă ?** Un răspuns, furnizat de inventarul temelor delirante, ar putea fi acela că: **Ideea delirantă se referă la convingerea aberantă a pacientului într-o nouă identitate.** Adică, **asumarea** deficitar disfuncțională de către subiect a unei noi **condiții identitare de fond, cea de personaj implicat într-un scenariu**

neobișnuit; cu relaționări particulare, dintr-o realitate fictiv-narativă, trăită de un psihism trans-personalizat. Scenariu care se desfășoară într-o dimensiune meta-reprezentatională, ce se infiltrează în scena pe care se derulează situațiile vieții cotidiene, comunitare. O circumscriere formală cât mai nuanțată a condiției delirante e însă necesară, inclusiv prin trimiteri cazuistice. Și aceasta, mai ales datorită multiplelor contexte nosologice în care el se manifestă; în variate modalități și intensități, mai mult sau mai puțin corelat cu alte sindroame psihotice.

Se mai poate comenta, de la început, și o ambiguitate a delirului din perspectiva exigenței „delirului primar”. În forma sa pură și tipică, nemixtată cu alte sindroame, delirul s-ar exprima cel mai pregnant în modalitatea sa monotematică, în continuitatea unei ideții supraevaluate dezvoltată la persoane particulare și fragile; cu îngustarea progresivă a deschiderii de raportare la lume și centrarea pe un scenariu identitar aparte, așa cum ar fi convingerea de stare hipocondriacă, de gelozie, de persecuție, dismorfă etc. Dar această variantă ne plasează doar la limita delirului psihotic propriu zis, la care se ajunge prin menționata bulversare „procesuală” transpersonalizantă a delirului primar; care conduce însă spre un tablou psihopatologic însoțit de obicei de halucinații, transparență/influență, dezorganizare, simptome deficitare, autism; și care plasează subiectul ca personaj dintr-o lume delirantă, ce o înlocuiește pe cea a vieții cotidiene.

10.2. Modelul Don Quijote. Cu mult înainte ca delirul să fie circumscriș și comentat clinic de psihopatologi în secolul XIX, el a fost în mod pregnant ilustrat în cultura Occidentală prin romanul Don Quijote a lui Cervantes. În acesta e descrisă istoria nobilului de țară Quijana, cititor pasionat de romane cavalierești, care în plină vârstă matură consideră că s-a transformat identitar într-un cavaler rătăcitor, asemănător cu cei din cărțile pe care le citea, atribuindu-și titlul de Don Quijote. El reinterpretează lumea prin prisma noii sale identități de erou

fictiv, inclusiv prin distorsiuni perceptuale: o mârtoagă devine pentru el un cal celebru, un lighenaș de bărbier – „coiful lui Lambrinos”, un hangiu – castelan, morile de vânt – balauri etc. Condiția de cavalier rătăcitor pe care și-o asumă îl împinge pe Don Quijote la multiple comportamente excentrice, spre hazul și comentariul continuu a celor din jur, care-l consideră nebun. În disputele sale cu persoane cultivate, Don Quijote argumentează cu fervoare „realitatea” eroilor de romane cavalierești, faptul că astfel de eroi au existat „în carne și oase”, el fiind acum unul dintre aceștia. După multe peripeții, plecări și reîntoarceri în satul său natal, el e readus acasă de vecinii săi (invocându-se o vrajă); și revine, în sfârșit, la identitatea sa de fond.....Murind apoi liniștit ca și „Quijana cel bun”...

Unul din aspectele particulare ale romanului este acela că, în el se face referință și la tipărirea primei părți a isprăvilor lui Don Quijote încă din timpul călătoriilor sale; astfel încât, în însăși interiorul romanului, cei pe care-i întâlnește îl recunoșteau pe erou după cele citite. Iar spre final, Don Quijote ajunge el însăși să răsfoiască într-o tiparniță din Barcelona volumul al doilea al isprăvilor sale, care tocmai se derulau. Existența identitară a eroului oscilează astfel între lumea reală și ce de ficțiune, a romanului tipărit despre isprăvile sale.

Toți cei care îl întâlnesc în roman – precum și cititorul din toate timpurile - îl consideră cu evidență pe Don Quijote ca delirant nebun...chiar dacă el își păstrează coerența în vorbire.. și în acțiunile spre care delirul său îl îndemnau. Nu se manifestă o dezorganizare a gândirii, vorbirii și motivației comportamentale și nici halucinații propriu-zise (ci doar iluzii halucinatorii). Povestea lui Don Quijote poate fi considerată exemplară pentru interpretarea tematicii delirante ca centrată pe **convingerea subiectului într-o nouă condiție identitară (=cine și cum sunt eu?, ce condiție identitară am?)**; și anume, convingerea sa în faptul că s-a metamorfozat într-un fel de cavalier rătăcitor, într-o vreme când aceștia dispăruseră din ambianța cotidiană; inserându-se într-un

Caseta 66

Cazuistică delirantă – transformarea identității cu trimitere la narativitate

Caz - pierderea și contrafacerea (narativă) a identității. Un tânăr de 20 ani ajunge să se interneze după câteva luni în care comportamentul său s-a deteriorat, cu retragere socială și agresivitate. La interviu relatează că totul a început când l-a văzut pe Iisus îmbrăcat în alb și albastru, care i-a făcut semn cu mâna. Din acel moment, aceste culori capătă o semnificație aparte pentru pacient. Uitându-se în oglindă are impresia că fizionomia sa se schimbă și începe să semene tot mai mult, până la identitate, cu un actor care joacă rolul principal într-un serial de la TV. Declară familiei că el este cel din film; și că subiectul filmului, tot ce se petrece acolo, e inspirat din viața lui. A observat că la televizor se fac aluzii la el, la întâmplări din viața lui... și asta pentru că îi sunt cunoscute gândurile și intențiile; iar cineva, probabil regizorul filmului „inspirat” din viața lui, încearcă să îi influențeze comportamentul și gândirea. Întâi e revoltat, considerând că regizorul filmului i-a furat viața. Ulterior recunoaște în acesta pe propriul său tată, sentimentele față de el fiind contradictorii. Începe să identifice în diverse melodii ce sunt cântate la radio subiecte din propria viață. Consideră că mama lui nu e mama lui ci o femeie cu care locuiește în casă cu el..... tatăl lui adevărat fiind Dumnezeu... sau regizorul filmului cu pricina. Treptat ajunge la concluzia că e o vedetă, că lumea îl recunoaște pe stradă, unii privindu-l chiar cu invidie, alții urmărindu-l și voind să-i facă rău. La TV se fac aluzii la el și ”cineva”.. încearcă să-i influențeze gândirea și comportamentul. Consideră că e ”însemnat”, arată un aspect aparte 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 !”.

Caz - dedublarea supranaturală, de tip narativ fantastic a identității. O femeie cu instrucție și calificare medie intră în circuitul psihiatric la 43 ani în condiții stresant conflictuale prezentând o reacție de tip dissociativ cu mutism, dromomanie etc., ajugându-se apoi la remisiune.

Psihoza propriu zisă, se instalează în jur de 48 ani – treptat devine tot mai religioasă, se roagă mult, îi obliga pe cei din familie să citească pasaje din Biblie. Se îmbracă doar în alb (culoarea purității)... trăiește un intens sentiment de schimbare „Totul se schimbă în jur, Terra era în schimbare, oamenii, natura se schimbau...treptat am înțeles că a venit Apocalipsa declanșată de Dumnezeu....care l-a creat pe Amadeus....pe care l-a mutat prin multiple dimensiuni și lumi iar.. acum l-a încarnat pe Terra dându-i variate nume : Tutankhamun, Moise, Adam, Hercule.. iar recent l-a plasat în chiar corpul ei (corp vizibil care se numește Carmen),,

Când vorbește la persoana întâi, pacienta considera că vorbește Amadeus...care... la sfârșitul Apocalipsei va pleca de pe pământ și.. poate... din galaxia noastră (universul galactic este centrul lumii, iar lumea are aripi).Pacienta descrie multiple fenomene de transparență influență – „mereu am senzația stringentă că mi se citesc gândurile prin telepatie și clarviziune ...de către extraterestri....Dumnezeu îmi spune ce să fac în orice moment,,.... dar resimte uneori niște influențe stranii,.. descrie poetic viziuni, de exemplu: „am văzut inima lumii și coarda de argint ce lega această inimă cu alte lumi..văd un spectru grandios...se mișcă lumile cu aripi...se ascund, e fascinant,,,simt cum lucrurile trec prin mine ca niște ființe...sunt energii dezagreabile ce trec prin corpul meu ca înțepături și arsuri,,.Prin „corpul său vizibil,, consideră însă că a rămas Carmen.

scenariu și într-o lume fictivă, aberantă pentru simțul comun și existența celor din jur. Convingere care însă e evidentă pentru sine; și care nu poate fi schimbată prin argumente. În plus, delirul lui Don Quijote se plasează la mijlocul drumului între delirurile monotematice sistematizate în care corelarea cu lumea cotidiană se menține relativ comprehensibilă; și cele paranoide,

fantastice, ce împrumută universul narativităților culturale, implicând relații cu personaje fictive, istorice sau supranaturale, rupte de datele ambientale.... Și care se derulează pe o scenă în mare măsură fictivă, după normele specifice narativității.

În cele din urmă, condiția de „cavaler rătăcitor” era - într-o epocă apropiată de cea în care a scris Cervantes - una ce avea un statut și rol social bine definit; la fel ca cele de nobil, țăran, cruciat, haiduc, preot, monah... sau cele actuale de jurist, muncitor, medic, politician, rege, revoluționar, preot; dar și de om persecutat, înșelat, urmărit, condamnat juridic, bolnav, urât, vinovat, iubit, creator, misionar, erou etc. Temele delirante monotematice de bază pornesc de la asimilarea de către subiect a unor astfel de condiții de rol – și personaj - „esențializate”; pacientul contopindu-se cu ele, dediferențindu-se astfel identitar și existențial. El ajunge să minimalizeze – fără a ignora complet - parametrii vieții cotidiene, cufundându-se treptat tot mai mult într-o lume îngustată, ce-l decontextualizează în raport cu lumea ambientală reală.

Don Quijote, deși se identifică total cu modelul cavalerului rătăcitor, rămâne inserat în mare măsură între parametrii lumii sale ambientale, chiar dacă o interpretează uneori fantastic, în consonanță cu universul narativ fictiv al modelului său; și în același timp, ține cont de majoritatea normelor vieții comunității în care există. El nu se desprinde major de realitatea ambientală, nu e marcat de o „centralitate” care să refere la el tot ceea ce se întâmplă, nu-și simte agenția condusă din exterior, nu-și resimte identitatea destrămată sau reduplicată.

10.3. Delirurile monotematice sistematizate. Tematica delirurilor se conturează încă din aria celor sistematizate, pe care Jaspers le considera ca plasate în marginea psihozei, ca „deliroide”. În acestea, subiectul este absorbit de convingeri - de nemodificat prin argumente – privitor la alunecarea sa într-o condiție de om persecutat, înșelat, disprețuit, bolnav, dismorf; sau, iubit de

personaje suspuse, capabil de performanțe deosebite, inventator, îndeplinind misiuni de excepție etc. Astfel de convingeri – privitoare la o ipostază identitar-situatională și relațională aparte -, sunt precedate în unele cazuri, mai ales când tematica e internalizată, de îndelungate preocupări subiective tensionate; persoana resimțind că trebuie să-și clarifice condiția sa identitară („cine, ce și cum sunt, în ce relaționări și statut mă postez?”). El ajunge să se întrebe, mai mult sau mai puțin conștient: „sunt eu oare atractiv sau urât?...sunt sau nu bolnav?...iubit?...înșelat?...persecutat?...vinovat?...capabil și creator în domeniu X? etc.. Iar treptat, trecând uneori prin frământări anxios fobice și obsesiv compulsive, subiectul aderă de un anume răspuns pozitiv, în primă etapă asumat prevalențial. Pentru ca apoi, contopit tot mai mult cu astfel de convingeri în statute, roluri și scenarii existențiale aparte, să își piardă deschiderea față de evenimentele noi și flexibilitatea raportărilor la situațiile ambientale; ajungând în condiția unui om dominat de „scenariul” tematicii sale, care-l absoarbe; pe o „scenă” specială care, deși înfiptă în realitatea vieții cotidiene, o ignoră în mare măsură. Devenind astfel ,treptat, un personaj delirant, excentric.

Delirurile monotematice persistente sunt și în prezent comentate de nosologia psihiatrică, în cazul lor manifestându-se uneori și tulburări perceptiv, predominant iluzii de interpretare, mai rar halucinații simple; precum și unele accentuări medii ale dispoziției afective. De obicei instalarea e insidioasă, parcurgându-se menționatele etape de preocupare anxios fobică și obsesiv compulsivă, eventual prevalențială, la care evoluția se poate opri. Așa stau lucrurile în cazul unor preocupări de sănătate, hipocondriace; sau în tb dismorfic corporală. Pacientul cu intense preocupări dismorfice e centrat pe interpretarea unor detalii, universul său restrângându-se progresiv spre aspectul corporal, al feței mai ales; a eventualelor deformări ale acesteia; concomitent gândindu-se la receptarea sa negativă de către alții, cu trăiri senzitiv relaționale. Subiectul petrece multe ore studiindu-se în oglindă sau aranjându-și fața la ieșirea în public. Preocuparea dismorfofobică poate absorbi întreaga viață a subiectului, ce

se resimte transformat identitar într-un personaj urât, respins de societate, pretinzând mereu operații estetice:.. iar ulterior intentând procese chirurgilor esteticieni.

Modele clinico evolutive similare se pot întâlni în tulburarea olfactorie senzitivă, în care pacientul resimte și este convins că emană un miros neplăcut pe care alți îl percep, etichetându-l nefavorabil; condiție în care componenta disfuncțională perceptivă e deosebit de importantă. Tot în aria delirurilor monotematice corporale e inclus Sd Eckborn, în care subiectul – ce are senzații cutanate particulare - e convins că sub piele circulă animale mici, apelând exasperant la consulturi dermatologice.

Delirurile monotematice se pot manifesta și în arie relațională, de ex prin tematica de gelozie. La fel ca în cazul preocupării pentru sănătate și aspect, e vorba și în acest caz de trăirea particulară și accentuată a unei preocupări firești, a reacției pe care o declanșează infidelitatea din cuplu. Acest model comportamental e cultivat și socio-cultural, căci stabilitatea cuplului (afectiv-marital) e o importantă condiție comunitară pentru creșterea în bune condiții a noilor generații. Întreg parcursul preocupării exagerate de gelozie poate fi marcat de anxietate, suspiciune, obsesii, verificări, tensiuni agresive, conduite de supraveghere, interpretări particulare etc. Subiectul e extrem de atent la comportamentul partenerului și la comentariile altora, sensibil la unele situații ambigui, la bârfele și aluziile – uneori răuvoitoare - ale altora. Iar convingerea fermă, delirantă din final, transformă identitar subiectul, plasându-l într-o nouă condiție statutară suprapersonală: cea de „om înșelat”. Similară cu cea de om bolnav.. dismorf-urât,...persecutat etc. (gelozia, la fel ca și celelalte teme din delirurile sistematizate, poate fi prezentă și în deliruri multitematice).

Caseta 67

Cazuri cu tematici prevalențial–delirante monotematice

Caz - tematică de gelozie. Un bărbat care-și suspectează soția că întreține relații intime cu șeful ei ierarhic din administrația locală, incriminează apoi pe toți bărbații din administrația publică a localității... astfel încât, după un an de suferință, decide să se mute în alt oraș. Aici, nu după mult timp, intuiția și constatările sale îi indică faptul că soția a început din nou să îl însele cu șeful ei direct; și apoi și cu ceilalți bărbați de la serviciu. Când totul devine insuportabil, decide o nouă mutare. Ajuns în noul oraș și scenariul repetându-se, se reușește în sfârșit internarea la psihiatrie.

Caz - tematică relațională conflictuală. Un subiect ce se află în litigiu cu vecinul său pentru câțiva metri pătrați de grădină din cauza unui gard construit – după părerea sa – incorect, fiind nemulțumit de decizia tribunalului local, face repetate recursuri la instanțele superioare, neoprinde-se nici la Tribunalul suprem. El intervine cu plângere la însăși Președintele Republicii.. și apoi dă în judecată chiar și Curtea Supremă, la un Tribunal internațional,.. cheltuindu-și toate economiile și ne mai ocupându-se de nimic altceva.

Psihiatrul german Leonhard comentează cazul lui Michael Kalhaus – din nuvela cu același nume de Heinrich von Kleist - în care e prezentată viața unui țăran ce în urma unei nedreptăți ce i-a fost făcută de un nobil, se dezlănțuie într-o războare amplă ce implică și o revoltă populară,... urmată de interminabile măceluri; lupta pentru dreptate depășește orice limită rațională pe parcursul acestei răscoale pe care Kalhaus o conduce, fixat pe tema sa de războare.

Caz - tematică de invenție. O persoană aflată în perioada pensionării, ajunge să se preocupe de prelungirea vieții fiind apoi convins că a descoperit “visul de aur al omenirii, nemurirea” (trimitând la o anumită alimentație și la un sistem de exerciții fizice)...motiv pentru care i se va acorda Premiul Nobel. Apoi, consideră că a mai făcut câteva descoperiri, tot de premiul Nobel. El se hotărăște să împartă câștigul de la trei din aceste premii, cu medicul sau psihiatru.

Manifestarea și evoluția delirurilor monotematice se poate conjuga, așa cum deja s-a menționat, cu oscilații dispoziționale medii, ce distorsionează autoevaluarea, preocupările de sănătate și dismorfie fiind susținute de depresie; iar cele de gelozie de o anxietate suspicioasă. Există însă și coniecturi în care centrarea neo-identitară de tip delirant se dezvoltă pe un fundal mai dezinhibat, de tip expansiv-euforic, mai mult sau mai puțin megaloman. Așa e de exemplu convingerea prevalent delirantă erotomană, în care subiectul e convins că o persoană aflată într-o poziție socială superioară îl iubește fără limite. Sau,

convingerile delirante de invenție, a celor ce afirmă răspicat că au descoperit perpetuum mobile....leacul cancerului.....esența adevărului; ori, cele de misiune deosebită, de luptă pentru binele întregii omenirii, pentru dreptate și adevăr abstract, descoperirea și propagarea unei noi religii etc. Chiar și tematica de relaționare ostil conflictuală – paranoidă – se poate desfășura nu doar pe fundal anxios-fobic (în manieră senzitiv relațională) ci și expansiv, luptător. Așa sunt de ex, reacțiile procesomane a celor care se luptă, pornind de la cauze minore, declanșând procese interminabile, până la instanțe internaționale.

În orizontul delirurilor monotematice, condiția de personaj spre care se aglutinează identitatea persoanei este doar prefigurată. Deși, alunecarea în această direcție iese în relief, prin faptul că bogăția disponibilităților de receptanță și afirmare identitară a subiectului se simplifică progresiv; scade diversitatea parametrilor existenței sale cotidiene, se reduce evantaiul relaționărilor, a interesele, preocupărilor și proiectelor sale firești, toate, restricționându-se spre un unic sector tematic. Adică, spre deja menționata sa identificare cu semnificația suprapersonală de „om bolnav,.. urât,.. înșelat,.. persecutat” ..etc. Ne plasăm acum în marginea „orbitei psihotiforme” la un nivel în care, deficitul și marginalitatea psihică induse de erodare a fundalului identitar, se menține la un schematism de statut și rol rigid tematizabil. Raportarea pacientului la situațiile prezente e ratatinată, el trăind de fapt un unic prezent prelungit și rigid, cu o identitate sclerozată într-un statut suprapersonal (Casetă 41).

10.4. Delirurile fondate dispozițional maniacal și depresiv. Episoadele maniacale și depresive se pot manifesta clinic și în modalitate psihotic delirantă, cu o tematică congruentă sau incongruentă. Desigur, condiția patologiei dispoziționale poate apropia subiectul de orbita psihotiformă și fără delir, doar prin tulburările formale de raportare la situații – mai ales cele de viteză a ritmului psihic și orientarea spre dezinhibiție/inhibiție. Acestea pot perturba angajarea în proiecte, raportarea la alții; astfel încât, corelându-se cu o

autoevaluare aparte a psihismului, induc ieșirea dintr-un prezent adecvat structurat și integrat comunitar. În manie întâlnim astfel o globală dezinhibiție expansivă, tahipsihică, ergică și prosocială, cu afectivitate și valorizare pozitivă; care, proiectează subiectul continuu în inițiative și acțiuni orientate spre un viitor a toate posibil, dezinteresat de trecut și sprijinindu-se doar fragmentar pe un prezent hedonic. Subiectul se resimte puternic, capabil de a realiza lucruri deosebite în ambianța imediată. El dezvoltă planuri și acțiuni hazardate, lansându-se în ele fără prea multe deliberări: cheltuie mulți bani fiind convins că-i va recupera, contractează variate angajamente imposibil de rezolvat, se angrenează excesiv în jocuri de noroc sau în aventuri romantice, conduce mașina periculos, etc. Această „de-situaționalizare” ce rezultă din perturbarea formală a dispoziției maniacale, ar putea fi considerată, până la un punct, ca echivalentă a centralității din delirul primar. **Condiția delirantă propriu-zisă începe însă doar din momentul în care maniacalul se resimte și se afirmă ca personaj dintr-un scenariu narativ aparte, aberant, în care crede și cu care se identifică. Faptul implică de obicei o nouă poziționare socială, în relaționări fictive cu personalități publice sau istorice, uneori cu cele supranaturale (ale lumii sacrale deseori); el plasându-se astfel în afara parametrilor situaționali actuali, într-o „altă lume” pe o scenă metareprezentatională imaginară, diferită de cea ambientală.** De remarcat și faptul că, spre deosebire de depresiv, maniacalul păstrează o bogată funcționare ideatică; care poate fi hiperactivă – chiar înlocuind hiperactivitatea psihomotorie, desfășurată în ambianță. Maniacalul poate începe să scrie istorii lungi despre relațiile și aventurile sale de personaj extraordinar, alături de entități fictive, în lumi paralele.

Maniacalul delirant poate afirma de exemplu, în manieră megalomană, că a ajuns rege sau președinte de stat, că este reîncarnarea lui Napoleon, că e nepotul lui Rasputin, fiul lui Stalin sau soția lui Nichita Hrușciiov; sau, e convins că va fi

ales Președinte a ONU și va pune capăt războiului din Ucraina, că a descoperit o soluție pentru ca economia mondială să progreseze și e chemat ca vicepreședinte al Băncii Mondiale, că e încadrat într-o rețea internațională de spioni faimoși, în relații cu președintele SUA și al Chinei, că a descoperit leacul cancerului și va primi premiul Nobel, că își scrie memoriile pentru care va fi plătit cu un milion de dolari și va cumpăra clinica în care e internat dând salarii mari medicilor etc. Sau, se poate simți dotat cu puteri deosebite, poate mișca avioanele de la distanță, ghicește gândurile altora și îi teleghidează, emite o energie care vindecă pe loc orice boală prin simpla sa atingere, este iubit de stele de cinema și vedete, se poate teleporta la distanță etc. O variantă specială e intrarea în relație cu ființele supranaturale, mai ales cu Dumnezeu, care de obicei îi dă misiunea să învingă diavolul.

Delirurile de grandiozitate specifice maniei se pot uneori conjuga cu tematica incongruentă a persecuției paranoide, derulându-se, desigur, tot pe orbita unor scenarii fictive. Nu trebuie ignorat nici faptul că, grandiozitatea se întâlnește și în preocupările solitare ale schizotimilor, favorizată deci de deficitul dezorganizant a-personalizant; precum și în delirurile schizofrene. De aceea, în cazul tematicii de grandiozitate, tabloul clinic se cere inventariat în detaliu.

În cazul tulburărilor dispoziționale internalizat depresive, - marcată formal de dezinteres față de viitor și prezent, cu repliere pe trecut, în care predomină o inhibiție bradipsihică retractilă, cu trăirea unei autodevalorizări, - se pot întâlni multiple preocupări prevalențiale negative, privitoare la corporalitate, sănătate, vinovăție etc.; care nu au de ce să fie etichetate automat ca delirante. Tematica acestor preocupări poate căpăta însă și ea, uneori, o variantă delirantă congruentă, prin transpunerea pacientului în condiția unui personaj dintr-un scenariu fictiv. Proces mai dificil de identificat, dată fiind dificultatea de comunicare cu pacientul depresiv. Astfel, preocuparea hipocondriacă poate fi inclusă în scenarii aberante, având în centru convingeri precum „eu sunt bolnav

de Ebola și am infectat întreaga Europă” (deci, cu substrat de vinovăție); sau poate îmbrăca formula delirului depersonalizant Cotard, de negare atât a funcționării organelor cât și a însăși existenței personale (:”eu nu mai am stomac și inimă.. sunt mort de mult.. sunt condamnat la viață eternă, în chinuri, etc.”). În perspectiva culpabilității, pacientul se poate considera cel mai vinovat om din lume, responsabil pentru tragedia întregii umanități. Implicarea altora – tot indirectă - poate fi comentată însă doar în rarissimele cazuri delirante de „convingere în ruina și suferința universală”, când depresivul recurge la omorârea altruistă a familiei, înainte de a se sinucide: “pentru ca cei pe care-i iubește să nu-și continue chinurile”

10.5 Deliruri paranoide, anxios-fobic-agresive; supravegherea patologică. Delirurile cu tematică congruentă maniacală și depresivă nu implică, în primă instanță major pe ceilalți în mod țintit; deși îi poate implica corelativ. O cu totul altă situație întâlnim în delirurile cu tematică paranoidă, care au în fundal o dispoziție afectivă anxios fobică disforică, corelată cu resimțirea unei ostilități agresive din partea alterității. Tematica paranoidă ne plasează prin definiție în mijlocul universului relațional uman, subiectul resimțindu-se ”în centrul atenției și intențiilor malefice a celorlalți”. Suspiciunea și convingerea într-o atitudine ostilă se poate referi la persoanele familiale, la vecini, la colegi; dar și la cele oficiale, la diverse organizații, trecând spre personajele politico istorice și cele supranaturale. Scenariul delirant se mută astfel pe o scenă de tip narativ reprezentational, uneori fantastică. Acest evantai larg al relaționărilor ce expandează spre lumile fictive, explică și de ce în cadrul delirului paranoid se manifestă pregnant sentimentul supravegherii, urmăririi, controlului xenopatic, cu diverse mijloace tehnice aparte, psihologice sau supranaturale.

În preocupările prevalențial delirante paranoide, subiectul e convins că alteritatea – alte persoane sau entități – au o atitudine ostil agresivă față de sine, că i-au făcut sau intenționează să-i facă ceva rău. Trăirea dominantă este cea a unei dispoziții de suspiciune (anxios-fobic-agresivă), care nu mai e adaptativă –

cum uneori poate fi în normalitate -; ci se manifestă global, intens și neargumentat. Subiectul atribuie alterității o atitudine neprietenoasă, distantă, dușmănoasă, agresivă,... cu orientare spre persecuție, acte răuvoitoare. El ajunge să afirme: „toți se coalizează să-mi facă rău”; sau cum formula în sec XIX Wernike;

“Pacientul se crede supravegheat de poliție, torturat prin electricitate de inamici secreți, amenințat de francmasoni, posedat de diavoli și condamnat la torturi eterne”.

Delirul paranoid ne mută pe o scenă de tip reprezentativ-imaginativ și într-un scenariu, care e comparabil în esența sa cu narativitatea ficțiunilor ce se desfășoară într-un „câmp al personajelor”, ca cel din narațiunile publice (diferit de „scena onirică” a viselor ce se derulează în negativitatea informativă actuală a somnului). Participând la scenariul delirant paranoid, subiectul resimte și e convins că se confruntă nu doar cu alte persoane din ambianță, ci și cu organizații, instituții și instanțe sociale generale și abstracte, din planul narativității socio-culturale, inclusiv fictive, – așa cum ar fi Securitatea Statului, CIA, Masoneria mondială, Mafia etc; cu personaje publice, istorice, legendare, sau cu ființe supranaturale. Iar în corelație cu aceste trăiri, sensibilitatea sa perceptivă decupează informații pe care le interpretează ca și confirmându-i convingerile; la care se pot adăuga halucinații, predominant audio verbale, tot cu tematică de persecuție.

Analiza unui delir paranoid presupune, astfel, cel puțin trei clase de fenomene:

Acțiuni nocive care se întreprind asupra pacientului	Fenomene de supraveghere, control, manipulare	Cine sunt agenții atitudinilor și acțiunilor xenopatie
--	---	--

Atac asupra corpului, îmbolnăvire, otrăvire, omorâre, prejudiciu moral, subminarea pozițiilor sociale, privare de libertate, atac asupra averii, familiei...etc.	Supraveghere prin privire (sd. senzitiv de relație), urmărire, spionaj, supravegherea intimității de la distanță (cu mijloace tehnice speciale); manipularea de la distanță, controlul și influențarea gândirii, intențiilor, acțiunii (inclusiv prin mijloace parapsihologice)	Rude, vecini, cunoștințe, colegi Șefi, personaje socio politice, culturale, istorice Instituții, organizații Personaje fictive, supranaturale, reprezentanți ai mitologiei religioase
--	---	--

În patologia delirant paranoidă un loc important îl ocupă deci și convingerile de supraveghere. Delirantul paranoid, pierzându-și articulația firească cu spațiu temporalitatea și cu organizarea semnificantă a lumii vieții cotidiene, - în care funcționează o structură bine definită între viața intimă și cea publică -, se simte vulnerabil la accesul altora, a „alterității dușmănoase”, spre intimitatea sa. În consecință, are impresia că este continuu supravegheat, urmărit, ținut sub control de la distanță de către alții, de către instanțe xenopatice diverse.

Chenar 68

Lumea delirantă și câmpul “narativ al personajelor”

Rețele sociale efective

narativitatea socio culturală

personaje ale mitului divin

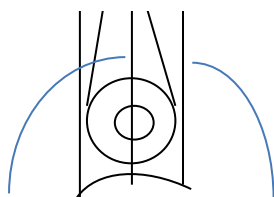
vrăjitori, spirite

personaje istorice, politice

persoanele ambianței cotidiene



Subiectul ca personaj delirant



Subiectul ce cade pe orbita psihotiformă

trăiește într-o lume delirantă în calitate de

personaj, în interrelație cu alte personaje

într-un scenariu fictiv, ce are propria sa

spațiu-temporalitate și cauzalitate în raport

cu cea fizică

În relație cu persoanele-personaje ale ambianței cotidiene, subiectul trăiește și joacă în permanență, preconștient, roluri de copil, adult, soț, părinte, elev, executor al unei profesii, șef de instituție, subaltern, pensionar, cetățean ce respectă ordinea publică, rol de om vesel,

Supravegherea paranoidă are un prim nivel - care menține articulația cu relaționarea interpersonală nemijlocită - prin sindromul de relație senzitivă. Acesta constă în impresia sau convingerea subiectului că este privit în mod special de către alții: de vecini, la serviciu de colegi, pe stradă de către necunoscuți; toți se uită la el cu interes, curiozitate și subînțelesuri, făcându-și semne din priviri și zâmbete, coalizându-se; eventual.... discută între ei nefavorabil despre subiect, îl batjocoresc, râd de el.. simțindu-se înconjurat de priviri - ochi- ce-l supraveghează.

Caseta 69

Deliruri paranoide sistematizate (paranoia) ce au implicat probleme judiciare

Caz - Președintele de Tribunal Schreiber. În a doua jumătate a sec XIX, Paul Schreiber studiază dreptul în Germania și devine judecător. El intră în circuitul psihiatric la vârsta adultă printr-o depresie ce apare în urma unui eșec. Ulterior, după ce ajunge președinte la Tribunalul la Leipzig, se instalează o nouă stare depresivă.. dar și cu simptome psihotice. După un vis erotic cu poluție – pe care-l resimte în postură feminină – se gândește că această trăire particulară i-a fost indusă de psihiatrul său Fleshing, care l-a hipnotizat de la distanță. Ajunge să fie convins că sute de oameni se interesează de el transmițându-i gânduri prin telepatie. Se simte apoi în contact cu Dumnezeu, ce acționează atât prin „limbajul nervilor,„ cât și prin „raze divine,..și.. a creat o suită de oameni răi. Se ajunge la a doua internare psihiatrică.

Delirul lui Schreber îl plasează acum într-o relație intimă cu Dumnezeu, convins că acesta îl va transforma într-o femeie, și fecundându-l vor repopula împreună omenirea...distrusă de oamenii cei răi. Delirul capătă și dimensiuni cosmogonice, cu o concepție proprie despre ierarhiile cerești. Schreber își descrie amănunțit delirul într-o carte pe care o publică...Iar apoi, intenționează un proces cerând să i se ridice tutela oficială și fie externat din ospiciu. Pe baza faptului că raționamentul și argumentarea se păstrează intacte, completul de judecată soluționează favorabil cazul său în 1905 și este externat.

Memoriile lui Schreber – etichetat la timpul său ca paranoiac - au fost sursa comentariilor mai multor psihopatologi, între care Freud și Lacan.

Un al doilea nivel al supravegherii constă în sentimentul pacientului că este urmărit de instanțe exterioare. Urmărirea se realizează de persoane mai mult sau mai puțin cunoscute, de reprezentanți ai unor instituții publice, organizații sau asociații – eventual oculte –, de entități socio culturale sau supranaturale. Ea poate fi resimțită ca fiind realizată prin privirile unor urmăritori ce se furișează pe stradă în spatele victimei; sau se deplasează pe urmele sale cu trăsurile, automobile, diverse mijloace de transport, inclusiv avioane și sateliți.... urmăritorii schimbându-se între ei, pentru continuitatea acțiunii. (Sentimentul urmăririi se poate îndepărta progresiv de universul perceptiv, tinzând spre o convingere ideatică fără referințe la ambianța publică nemijlocită).

Supravegherea poate fi resimțită ca și continuându-se, apoi, în aria intimității locuinței, cu folosirea unui instrumentar special; pacientul poate identifica elemente perceptiv în preajma sa, care ar putea reprezenta suportul obținerii unor astfel de informații: camere de luat vederi, microfoane, TV-ul, calculatorul, telefonul...dar (!!) și cipuri „implantate în creier”..

O altă modalitate a resimțirii supravegherii, este cea prin substituirea de persoane. Iluzia Sosia constă în convingerea că o persoană apropiată este substituită cu un spion; Iluzia Fregoli se referă la convingerea că un spion ia diverse înfățișări pentru a fi mereu în apropierea subiectului.

Fenomenul supravegherii și controlului exprimă cu evidență o distorsiune a spațialității antropologice trăite, specifică patologiei anxioase. E vorba acum, desigur, de spațiul interpersonal socio cultural, cel al a distanțelor psihice în raport cu alții și față de instituții, care nu mai poate fi controlat și stăpânit de subiect; mai ales că, odată cu delirul, intervine și o transpunere a derulării existenței sale în planul unei scene similară ficțiunii narative. Ceilalți, „dușmanii”, au acum acces direct la zona de intimitate a pacientului, în locuința și camera sa de lucru și dormit, el ne mai putându-se proteja. Apropierea de intimitatea existenței proprii va implica, de la un nivel încolo, chiar limitele persoanei corporale și ale sinelui-eu, ca centru și nucleu al identității agențiale. În cadrul depersonalizării trans-personalizante a psihozei delirant-paranoide, structura relațiilor intrapsihice se prăbușește, manifestându-se simptomele de transparență/influență, cele de „control și dirijare xenopatică” simptomele de prim rang ale lui Schneider.

Delirul cu tematică paranoidă, care în esența sa e susținut de o dispoziție anxios/fobică, se poate conjuga și cu dispoziții depresive sau expansive de elafie și grandiozitate; sau cu simptomatologia negativă detașantă, depersonalizant dezorganizantă a psihozelor din cadrul schizofreniei. El se pot combina și cu dispoziții depresive sau expansiv megalomane, cu convingeri de capacității, relaționări și misiuni excepționale, uneori cu implicarea ființelor supranaturale, delirul fiind mai mult sau mai puțin sistematizat.

Preocupările de suspiciune față de atitudinea ostilă a alterității derivă însă, în cele din urmă, dintr-o stare dispozițională normală, care în funcționarea sa diferențiată, controlată și adecvată a semnificațiilor situaționale, este adaptativă. E firesc ca orice om să fie suspicios dacă constată o atitudine ostilă din partea celor cu care intră în contact colaborativ.

10.6.Delirurile fantastice și cele mitico religioase; delirul și lumile ficționale multiple. Delirul paranoid, inclusiv cel comentat în cadrul schizofreniei, se diferențiază în bună măsură de modelul sugerat prin romanul

lui Cervantes, în care nobilul de țară Quijano alunecă într-o nouă identitate, de cavaler rătăcitor – după modelul romanelor pe care le citise – trăind într-un univers de ficțiune, ce se intersectează, totuși, în permanență cu cel al oamenilor din jurul său. Fantasticul neverosimil a multor scenarii delirante întâlnite în clinicile psihiatrice din ultimele două veacuri, ne îndepărtează de cursivitatea comprehensivă a beletristicii românești a modernității, a căror model ar putea fi considerat „Bildungsromanul” din sec XIX. Dar privind astfel, se ignoră dimensiunea mitico magică pe care o introduc în viața oamenilor normali basmele, legendele, literatura de ficțiune și, mai ales, miturile sacrale. Basmele și legendele impregnează oamenii încă din copilărie și adolescență, de mii și mii de ani; și continuă să funcționeze și în zilele noastre prin întreaga literatură și filmologie science-fiction. Pe de altă parte, miturile sacrale sunt acceptate firesc de credința naturală a oamenilor, mulți dintre ei fiind credincioși ce se roagă și merg săptămânal la biserică, acceptând miracolele divine.

Pacienții ce dezvoltă deliruri cu tematică religioasă ajung să se simtă apropiați și familiari cu Dumnezeu, nu rareori chiar alesul special a lui Dumnezeu, care-i încredințează personal misiunea de a lupta împotriva răului, a diavolului; și de a salva astfel omenirea – tematică ce implică grandiozitatea, eventual cu o componentă maniacală. Uneori delirantul se simte chiar intermediarul dintre Dumnezeu și oameni, transmițând acestora mesajele divinității prin propria-i voce. El nu e doar protejatul și emisarul lui Dumnezeu, ci se și identifică parțial cu acesta – printr-un fel de trans-personalizare -; și mai ales cu Iisus, în poziția sa de răstignit, resimțind în propriul corp stigmatul acesteia. Iar fenomenele de transparentă influență ajung să-i fie de înțeles, „căci Dumnezeu le știe și le poate pe toate”. Aspectul cel mai important ce se cere subliniat e metamorfoza subiectivă a delirantului într-un personaj, ce se plasează la același nivel, în aceeași lume fictivă și supranaturală, în care ființează personajele mitului religios. Alte deliruri, care implică scenarii împrumutate din mitologie sau legende, funcționează cu același model de transpunere.

Delirurile cu tematică religioasă și mitologico legendare, indică clar un deficit de-diferențiator al psihismului, ce aproprie și amestecă instanțe psiho-antropologice care în normalitate se plasează în contexte de manifestare socio-culturală distincte, inclusiv d.p.d.v. spațial (practicarea religiei – la slujba de la biserică, vizionarea spectacolelor - la teatru, lectura cărților - acasă... etc). Contexte ce au propria lor spațio temporalitate, cauzalitate și organizare antropologică. Transpunerea delirantului în realitatea supranaturală a scenariului mitico-sacral, în

Chenar 70

Delir cu caracteristici narativ fabulatorii

Caz - Un tânăr de 19 ani se internează (în 1996) în regim de urgență, într-o stare de agitație delirantă: e convins că este o persoană importantă peste care a coborât Duhul Sfânt și care va scăpa țara de dezastru, lumea îl privește mai intens datorită importanței sale; există o persoană în oraș, o vrăjitoare care îl supraveghează și care îi cunoaște gândurile și poate să-i transmită gânduri. Apoi, tematica se centrează pe relația sa cu diavolul; de fapt, cu o armată de draci care e în strânsă legătură cu vrăjitoarea. Descrierile pacientului, deși uneori cu marcate alunecări narativ-fabulatorii, se mențin de-a lungul anilor în același univers, cu aceleași personaje.

Prezintă pseudohalucinații auditive imperative și comentative: o voce de femeie îi comandă ce să facă; această voce a fost făcută prin vrăji și introdusă în cap tot prin vrajă de către vrăjitoarea 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.

A fost într-un război cu armata de diavoli încă din copilărie, diavolii îi întindeau tot felul de capcane, în timpul războiului dracii controlau pământul; lui i-au dat injecții letale, prin intermediul medicului psihiatru care era controlat de draci, dar el a câștigat războiul, satana i-a răspândit pe draci în deșert, dar a mai rămas un drac pe pământ care îi tot întinde capcane și îl urmărește; a apărut și la TV și i-a spus pacientului „biserica e spital”. El e o persoană importantă, nu știe dacă Împărat sau Comandant, dar este protejat de Dumnezeu ori de Biblie. E o persoană importantă deoarece Împăratul a însărcinat-o pe mama lui așa cum a fost însărcinată Fecioara Maria și astfel s-a născut el; iar peste 10-20 ani, Împăratul va trimite o navă să-l aducă acasă, în Împărăție sau Paradis, nu știe exact.

Delir în context dezorganizat și fabulator

Caz - Un bărbat de 27 ani, necăsătorit, fără ocupație, primăvara, în câteva săptămâni simte o schimbare, că se transformă într-un duh,..se simte în centrul atenției acasă și pe stradă. Se întâmplă evenimente deosebite: mama îi sărută mâinile; bătând din palme el aprinde luminile în oraș; totul i se precizează la un moment dat: simte cum bate vântul în oraș și odată cu vântul „a venit credința”; era credincios,.. dar la intrarea într-o biserică ușa s-a deschis 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 altora... oprește oamenii pe stradă vorbindu-le despre Dumnezeu și credință..

La o internare ulterioară.. simte șerpi care umblă pe el și intră în el, erau doi șerpi principali, ...a intervenit apoi și o „văduvă neagră”...care în interpretarea sa e „un șarpe pe liniile de tren CFR, care se urcă pe el și umblă în organele interne”; auzea cum vorbesc niște voci, care traduceau ce vorbea Mafia; se simte urmărit...

O altă internare este pentru: agitație, halucinații vizuale și auditive: personajul ce

apropiere, familiaritate, și interpătrundere cu personajele divine, indică tocmai faptul că, odată cu alunecarea sa în delir “el se mută fenomenologic”, cel puțin parțial, din realitatea cotidiană a vieții comunitare într-o altă realitate, aplatizată; în care planurile existenței sale psiho socio culturale își pierd organizarea firească.

Această transpunere se petrece concomitent cu menținerea sa, totuși, și în cadrul relațiilor din viața de zi cu zi, însoțită uneori de convingeri persecutorii paranoide. Colapsarea delirantă a structurii identitare a subiectului mută însă centrul de greutate al existenței pacientului în „câmpul narativ al personajelor”, pe orbita psihotiformă delirantă; el rămânând doar parțial, ca un om rătăcit, prin viața cotidiană în care locuia înainte. De fapt, chiar pacienții își autocaracterizează noua lor condiție delirantă, afirmând că se simt “ca și vrăjiți”... raportându-se acum la “mafioți”, “vrăjitori”, “extratereștri”.

Dar chiar și un episod delirant paranoid, de gelozie sau erotoman obișnuit, în măsura în care se manifestă franc psihotic, mută pacientul din firescul vieții de zi cu zi într-un “scenariu” aparte, narativ, în care el e proiectat într-un anumit “rol”, ca la teatru sau în romane.. Adică, “ca și cum” ar face parte dintr-o realitate de ficțiune.

De aceea merită atenție sugestia specialistului în neuroștiințe Gallanger (2009) de interpretare a delirului din perspectiva “lumilor ficționale multiple”;...care se articulează cu viața noastră cotidiană. Gallanger scrie:

“Pe lângă lumea în care noi lucrăm, ne câștigăm salariul, ne socializăm, ne bucurăm de viața de familie.... mai sunt multiple alte realități care mereu ne scot, temporar, 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 ecranul de televizor...eu pot să mă identific cu unul sau mai multe din personajele din aceste diverse medii.....eu pot fi în lumea piesei, a filmului, a jocului și apoi să mă întorc în lumea vieții cotidiene..Pare perfect

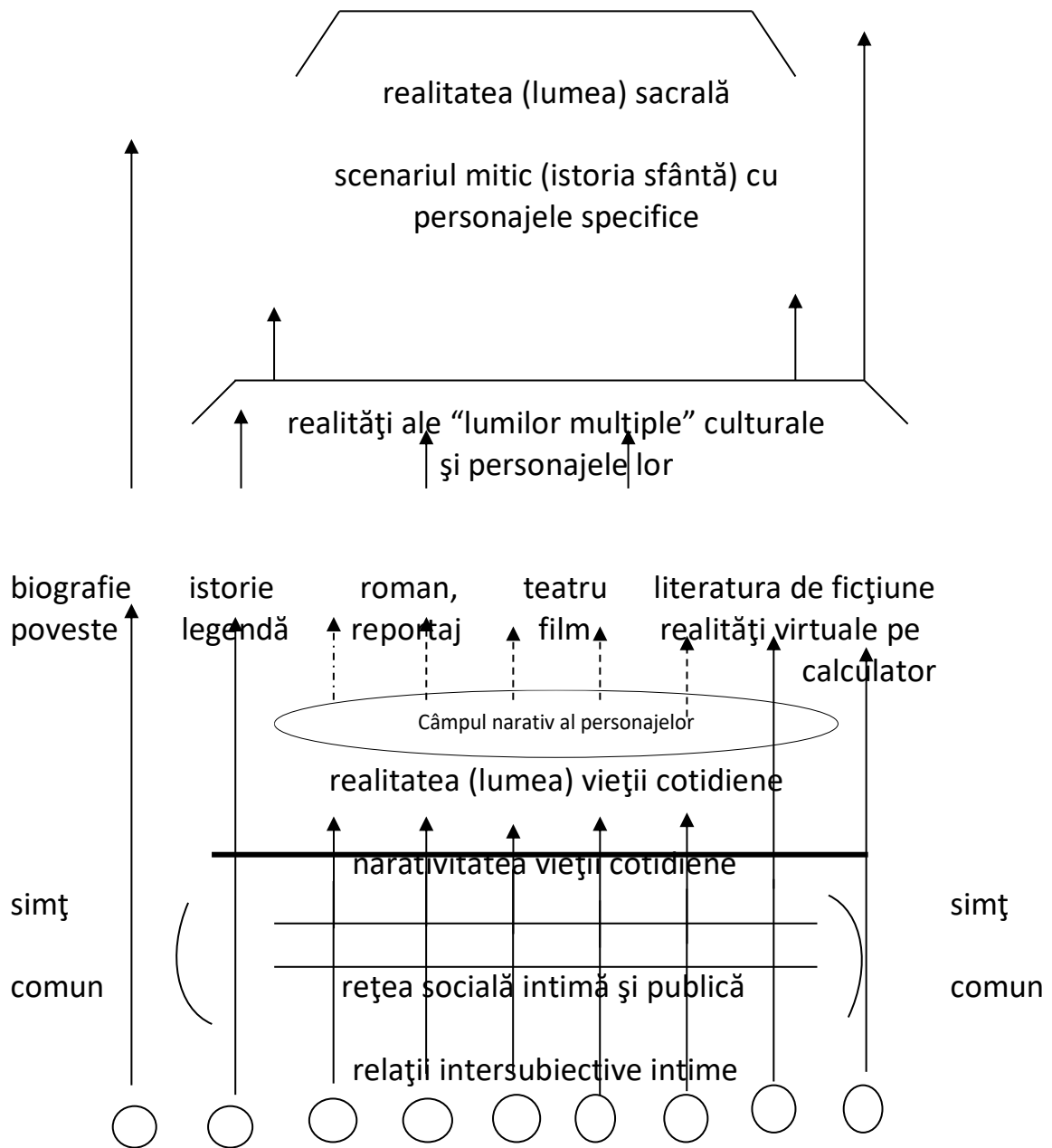
posibil ca cineva să poată intra în realitatea delirantă la fel cum intră în realitatea visului ori într-o realitate ficțională sau virtuală. “

Dezvoltând ideea lui Gallanger, se poate sugera că, delirul (paranoid) ar putea fi interpretat ca “alunecarea” sau “căderea” subiectului într-un rol schematic și aberant dintr-un scenariu fictiv, derulat în planul unei meta-reprezentivități distorsionate; poziție din care el nu se mai poate reîntoarce la condiția de bază. Identificându-se plin de convingere cu un astfel de personaj și rol, psihoticul reacționează și acționează după o logică specială, valabilă în lumea ficțiunii; dar diferită de cea a vieții curente. Ideea de “rol într-un scenariu fictiv” presupune acceptarea “lumilor (culturale) multiple” ce fac parte constituentă firească din viața de zi cu zi a oamenilor, în care sunt integrate; plasate fiind însă „la locul lor”. Scenarii ce se derulează pe „scene” specifice, derivate din universul ambiental perceptiv, dar susținute și de logosul cultural. Scene pe care, aceste scenarii ficționale se pot articula nu doar cu relatările istorice și reportajele informative, ci și cu modelele reprezentative pe care le proiectăm sau le imaginăm, pentru clarificarea problemelor noastre identitare.

Scenariile ficționale ale universului nostru cultural, plasate „la locul lor”, au o anumită obiectivitate specifică în lumea oamenilor; și odată cu ele, eroii de romane și cei ai miturilor sacrale, inserați într-un plan de narativitate culturală, ce se articulează cu cel al relatărilor istorico biografice sau cel al reportajelor și bârfelor curente. Existența situațională actuală a subiectului - bazată în mare măsură pe nemijlocitul percepției și acțiunii - se conjugă organic, atât cu existența sa din planul viselor nocturne, cât și cu cea a implicării sale firești în planul - și pe scena - narativităților culturale; care se bazează pe alte reguli de cauzalitate, desfășurare și interacțiune. Iar în acest context, s-ar putea sugera că delirul devine posibil la om..... tocmai pentru că acesta e capabil de a concepe, crea, scrie, publica și recepta povești și basme, romane, legende și mituri sacrale. Într-un mediu cultural, structurat specific, ce-l definește aprioric.

Casetă 71

Realitățile (lumile) ce sunt la dispoziția subiectului concret



10.7.Delirurile parafrene și cele disociative. În ultimele ediții ale Tratatului său (1913 și după) Kraepelin a comentat în marginea Demenței paranoide precoce și a Paranoiei, o a treia categorie clinică centrată pe delir, cu debut la vârsta a treia: **Parafrenia**. Acest cadru clinic, care a fost acceptat oscilant pe parcursul sec.XX, avea în vedere o cazuistică la care convingerile delirante – de obicei fantastice, dar trăite cu o adeziune fermă - erau „încapsulate”, subiectul având o „dublă contabilitate” psihică; în sensul că, el putea oscila destul de flexibil între adeziunea la delir și reorientarea spre parametrii vieții cotidiene; cu o adecvată integrare și manifestare în viața de zi cu zi. Într-o anumită perioadă din a doua jumătate a sec.XX, cazuistica dedublant-delirantă parafrenă a fost studiată chiar detaliat, cu variante clinice – după sugestia lui Kraepelin - expansive, megalomane și/sau confabulatorii. Pe parcursul tratamentului se urmărea ca polul delirant să devină de o importanță tot mai redusă și să fie bine controlat de pacient, până la dispariție. Acest model al parafreniei semăna, până la un punct, cu cel al dedublării personalității din tb disociative; dar cu o mult mai mică participare efectivă la scenariile persoanei secunde, delirante, ce rămâneau în planul convingerilor ideale.

În ultimele decenii modelul parafren al patologiei delirante a fost înregistrat tot mai rar de clinica psihiatrică. În schimb a fost analizat și comentat un model al „psihozelor disociative” – ce se exprimă cu un pronunțat caracter dedublant. Acestea fac trimitere la mai vechile cercetări ale lui Janet privitoare la psihozele histerice; considerate ca având la bază un „eu secund”, marcat de puternice experiențe biografice negative, ce se mențin.. insuficient „metabolizate psihic”.. în inconștient; reactualizându-se în anumite împrejurări. Actualele psihoze disociative – comentate mai ales de autorii olandezi – au în vedere și ele astfel de cazuri; care, cu ocazia reactualizării (reactive de obicei) a unei „identități experiențiale secunde inconștiente” se manifestă după modelul stărilor disociative de transă (cu posesiune). Sentimentul de bază e cel al unei dirijări de către o „alteritate interioară”, cu multiple halucinații audio-verbale,

fenomene de transparență/influență și de depersonalizare/derealizare. Simptomatologia predominantă e similară cu cea a unei marcate stări de transă, nefiind clar centrată de un delir tematic bine circumscris; ci gravitând predominant în jurul unei problematice experiențiale negative. În acest context de detașare „psihotică” de ambianță - inclusiv printr-o vigilitate redusă - în scenariile imaginate pot apare și personaje fictive sau supranaturale.

Caseta 72

Trăiri mărturisite de pacienții pe parcursul procesului de transpersonalizare.

În debutul delirului primar apare sentimentul schimbării ambiantei, a propriei persoane și al altora:...”de 3 luni lumea din 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...”lumea din jur se schimbă, nordul a devenit vest și asta mă deranjează, deoarece nu mai pot să mă orientez”,.....

Schimbarea poate fi referită explicit la sine:.... ”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”;....”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”.....”m-am schimbat, sunt o altă persoană, am înviat acum o săptămână”....

“De fapt nu lumea s-a schimbat, eu sunt cel ce m-am schimbat și am început să o înțeleg altfel”,... ”am simțit cum intru în niște canale din care nu mai pot ieși”,.....,ambianța locuinței e modificată, lucrurile nu mai sunt la locul lor, parcă cineva le așează altfel, parcă e cineva în casă”..... momentul schimbării se poate exprima prin faptul că unele semne indică sfârșitul lumii.

Sentimentul schimbării se poate referii la propria corporalitate... 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 .. arată diferit...că vede pe altcineva. Se pot manifesta simptome clasice de modificare a schemei corporale: părți ale corpului apar modificate ca dimensiune și formă, “capul e mai mare, devine pătrat”...”în jurul capului e un cerc galben strălucitor”.... Pacientul se poate resimți ca dedublat, că “în el mai e cineva, o altă persoană”. ; ” se petrece ceva cu mine, parcă o voce vorbește din interiorul meu dar nu o pot localiza, parcă mi se citesc gândurile”...;

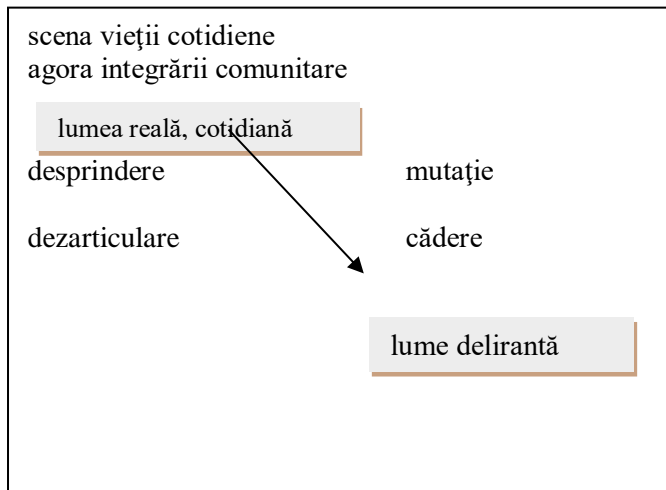
Persoanele din jur îi apar delirantului ca fiind “altfel”, uneori ca “substituite”, “mascate”, “gonflate”, “soțul parcă ar fi un vampir”; ceilalți îi apar ca “diavoliți”, aspectul lor e particular, “au ochii roșii”, “se mișcă altfel”.. ...comportamentul lor e schimbat: “soția începe să aibă un comportament 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”....etc

10.8. Delirul primar și transpersonalizarea psihotic delirantă. Când Jaspers a comentat depersonalizarea implicată în procesualitatea delirului primar, el a avut în vedere nu atât sindromul de „detașare de sine și lume”..cât manifestarea unei „schimbări psihice identitare” nucleare. Conform scenariului său, inițial se instalează un special sentiment depersonalizant/derealizant „atmosferic” de nefamiliaritate și straniețe în raport cu lumea, alții și sine;...cu senzația subtilă, greu definibilă, a unei schimbări importante ce se anunță pentru subiect. (Manifestarea acestuia nu e trăită lucid analitic ca în sd dep.der st., ci resimțită ca invadându-l, evidențiindu-se prin sentimentul de nefamiliaritate cu lumea). Apar simptomele de referință: percepții banale, fragmentare, par a avea semnificația unor mesaje majore ce i se adresează misterios (și la fel întâlnirile întâmplătoare cu alții..privirile...mesajele ce le citește..resimțind uneori că acestea au o dublă semnificație, una fiind ascunsă, doar pentru sine). Sentimentul de „centralitate,, se tot accentuează.....nimic nu-i mai pare pacientului ca întâmplător...tensiunea crește...până când... se ajunge la percepția delirantă: Semnificația unei percepții banale (sau o amintire reinterpretată) îi clarifică acestuia brusc „ noua situație în care a fost transpus,”. Adică, ambianța unei „lumi delirante” în care se va derula scenariul său de personaj aberant. Depersonalizarea psihotică avută în vedere de Jaspers se referă, deci, la o schimbare trans-personalizantă, în sensul trecerii subiectului spre o „nouă identitate”..delirantă.

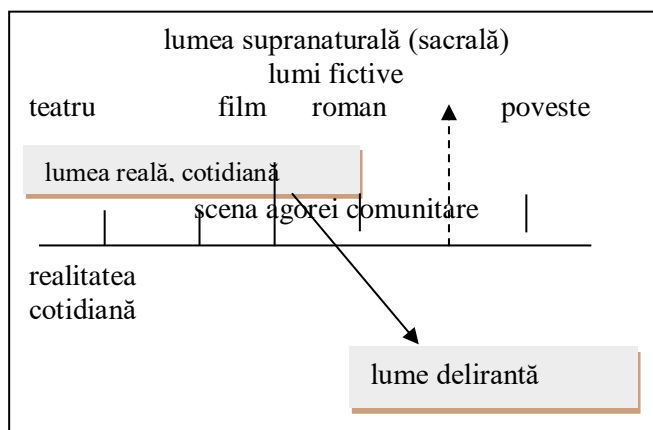
În cazuistica clinică rareori procesul se derulează exact ca în descrierea sa princeps – sau în cele ce s-au mulat după aceasta; dar procesul indicat poate fi totuși clar urmărit pe o cazuistică mai amplă. De fapt, pacienții afirmă spontan...pe parcurs sau după instalarea stării delirante, că : - M-AM SCHIMBAT...sunt altfel nu mă mai recunosc...lumea s-a schimbat..cei din jur s-au schimbat. O expresie des folosită în clinică e cea de: „AM FOST VRĂJIT”;;..uneori pacientul identificând chiar pe cei considerați vinovați de acest proces de vrăjire.

Caseta 73

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 intră.



Delirantul aderă necondiționat la situația delirantă pe care o trăiește pe scena "lumii delirante" unde se desfășoară scenariul delirului, fiind 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.

Schimbarea ambianței și a altora corespunde 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", "extraterestri"; ce învăluie, ca un "câmp", ca o "atmosferă", atât lumea firească a vieții cotidiene cât și "eul",.. mai mult sau mai puțin dedublat al psihoticului; penetrându-i intimitatea, acționând asupra gândurilor, comportamentului, mișcărilor, vorbirii și funcționării corpului său.

Sentimentul alterării identității proprii și a lumii cu care era familiarizat, e avantcamera intrării în această „lume delirantă,.. Atmosfera de “vrajă”, de “vis” este tocmai cea care marchează mutarea persoanei în trans-realitatea fictivă a delirului.

Intuiția lui Jaspers privitor la faptul că la baza tulburării psihotic-delirante stă procesualitatea delirului primar, ca afectare depersonalizant transpersonalizantă a identității diacrone – ce implică și coerența, delimitarea și centrarea agențială a eului conștient -, a fost parțial reluată spre sfârșitul sec.XX odată cu studierea metodică a „tulburărilor bazale” care afectează într-o manieră lent progredientă persoanele vulnerabile, în faza prodromală, încă nedelirantă a psihozei.

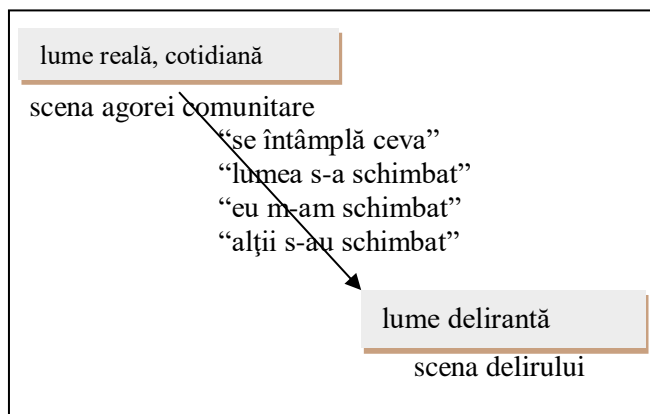
Studiile de la Bonn (Huber) și Copenhaga (Parnas) au demonstrat existența unor cazuri la care, inițial se petrece o afectare formal-structurală, anergică și anonimizantă, în care se perturbă „sinteza unei coerențe centrale” a identității psihocorporale și a raportărilor la lume. Aceasta se exprimă nu doar în planul receptării informațiilor actuale exterioare, ci și a celor mnestice - a cursului ideativ - ca un fel de avantcameră a delirului tematic.

În raportarea exterioară, atenția perceptivă se fixează pe detalii decontextualizate și hipersemnificate... apărând ca trăiri de tip „*salience*” ...„*referențiale*”. conducând în final spre „*percepția delirantă*” La nivelul resimțirii propriei identități corporale...limitele sunt resimțite ca vagi...cu confuzia între „exterior” și „interior”..confuzia cu alții,.. pierderea controlului asupra intimității...cu spațializarea și sonorizarea gândurilor.. Iar la nivelul autopercepției, apar perturbări ale cursului ideativ – prin poarta căruia e receptată informația biografică – cu fenomene de interferență ideatică, mentism, gol mental, sentimentul pierderii inițiativei etc. Toate aceste tulburări formale pot precede procesul efectiv al instalării și derulării „delirului primar” și a simptomelor de prim rang Schneider, stând la baza lor.

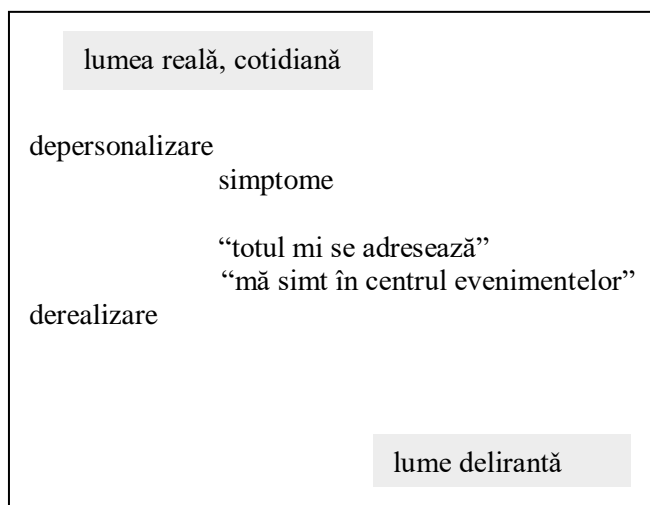
Într-o altă formulare, procesul depersonalizării/transpersonalizante ce conduce la ipostaza deficitară a convingerii în identitatea delirantă, afectează un nivel bazal al organizării coerenței centrale al psihismului persoanei; atât al parametrilor identității sale de fond cât și cel a infrastructurii spațio temporalității trăite a persoanei. Perturbări care deformează: - pe de o parte scena deschiderii spre situațiile actuale mundane, în care se derulează percepția și acțiunea; și mai departe, spre proiecte și preocupări. Iar pe de altă parte, - cea a raportării la bagajul mnestic identitar și autocircumscrierea identității. Tulburările formale ce pregătesc și susțin delirul, afectează profund procesarea informațională a subiectului.

Caseta74

Transpersonalizarea psihotică delirantă (2)



Pacientul trăiește această trecere ca o schimbare: simte că lumea s-a schimbat, el s-a schimbat, e altfel, modificat, nu se mai recunoaște, alții s-au schimbat, sunt substituiți, modificați, “diavoliți” etc. În debutul episodului psihotic, se petrec și modificări dispoziționale: anxioase, disforice, depresive, euforice (maniacale), care sunt resimțite subiectiv și se manifestă comportamental.



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

- Trăiri senzitive de relație;
- Trăiri de urmărire și supraveghere a intimității
- Simptome de referință
- Dispoziție, percepție delirantă
- Halucinații auditive comentative
- Simptome de transparență-influență
- SRP
- Alte dispoziții afective

10.9. Delirul, procesarea informațională, evidența autopercepției și creativitatea. Psihopatologia cognitivă din ultimele decenii a studiat la cazuistica delirantă, modalități de perturbare a procesării informațiilor și ale raționamentului – ale inferenței raționale –, în încercarea de a clarifica certitudinea aberantă a psihoticului delirant (într-o nouă stare identitară, fictivă). Aceste studii au fost făcute pe o cazuistică amplă, vag selecționată, incluzând cazuri în care sunt prezente și alte simptome psihotice majore. Principalul deficit astfel studiat și constatat, se referă la cursul receptării informațiilor evenimentțiale și la derularea raționamentului; ignorând însă funcția “evidenței” intuitive în raportare la fundalului identitar. Principalele doctrine și constatări cognitive se referă la:

- **Teoria bottom – up** (Mahler) care pune accentul pe un prim moment al unei „experiențe anormale” periferice - în principiu, o perturbare (organică) la nivel perceptiv. Raționamentul s-ar păstra normal, dar subiectul se vede în fața unei situații perceptive stranie (nefamiliaritate, iluzie, halucinație) pe care nu o poate explica. La fel ca un om de știință, el raționează pentru a da o explicație situației ciudate pe care o întâlnește, concluzia sa fiind ideea delirantă. Această teorie a devenit mai complexă ulterior, admițându-se ca eveniment primar și alte experiențe anormale: de tip *salience*, disfuncții afective, depersonalizante, halucinatorii sau a senzațiilor anormale. Dar, includerea unor astfel de fenomene implică de la început o perturbare mai complexă decât cea a unei „experimentări anormale a lumii exterioare” periferice.. în relație cu un raționament normal.

- **Teoria top-down**, pune accentul pe tulburări în derularea raționamentului. Se comentează astfel ”saltul la concluzie” („*jump to conclusion*”) costând în concluzionarea scurtcircuitată, pe baza unor informații puține, fără a cuprinde toate trimiterile și implicațiile care rațional ar fi fost necesare unei gândiri temeinice; se adaugă perturbări în atribuirea cauzalității evenimentelor. Doctrina a fost dezvoltată mai ales de Bentall, Garety și

Freeman, implicând stima de sine și distincția între „*bad me*” și „*poor me*”. Această teorie conține și ea, desigur, sugestii interesante, mai ales deoarece inferența rațională intervine atât în prelucrarea informațiilor perceptivă exterioare, cât și în procesarea celor de relaționare intimă sau a celor biografice și autoevaluative.

- **Trimiterea și spre o interpretare identitară perturbată** e însă inevitabilă în cazul delirului. Problema ce se pune la acest nivel este, în primă instanță, cea a selecționării distorsionate a informațiilor din propria memorie, care sunt marcate de dispoziții autoevaluative; s-ar adăuga perturbarea însăși a evaluărilor identitar-relaționale și a trăirii spațio-temporalității la nivelul „scenei metareprezentationale”, pe care scenariul neo-identitar se proiectează. În această perspectivă intră în joc, cu evidență, tulburări ce se derulează la nivelul căutării informative în memoria biografică – în perspectiva interpretării teoriei *Mental Time Travel* a lui Tulvin; astfel încât, **delirantul devine** – după expresia lui Gerrans - **un fel de „autobiograf aberant”**.

Menționata trimitere spre perturbarea receptării și autoreprezentării proprii identității, pretinde o investigație în direcția fenomenologiei acesteia în normalitate. Atât neuroștiințele cât și neofenomenologia ultimelor decenii, au aprofundat modalitățile experiențiale de constituire, autoîntreținere, resimțire și autoreprezentare a sinelui identitar. Acest proces, ce se desfășoară diferit de prelucrarea informațiilor de tipul „percepției datelor exterioare”, face trimitere la receptarea nemijlocită a experiențelor autoreferențiale și a celor din zona relaționărilor intime, de interpătrundere cu alții. Subiectul identitar își resimte de la început și tot timpul, reflexiv subiectiv, propriile trăiri ca fiindu-i familiare, ca aparținându-i (*ownership*); și ca generate din sine însuși (*agenție*), aflate sub un autocontrol primar. Acest aspect autoreferențial și de centralitate a trăirii propriului sine, e susținut și de resimțirea perceptivă aparte a propriului corp (Casetă.53-a 68). Autopercepția corporală - referită și la percepția corpului altei persoane, cu care subiectul poate rezona prin „neuronii oglindă” -, mediază de

altfel și accesul intersubiectiv la mintea celuilalt. Sindromul de **depersonalizare/derealizare** aparține ce stă la baza delirului, implică - deja în varianta sa standard - sentimentul de ne-familiaritate cu sine, pierderea propriei identități, ne-apartenența la sine a propriului trecut, detașarea de propria corporalitate; dar și detașarea de altul, de alții și de lume. Iar această distanțare de propria identitate, de cei apropiați și de mundaneitate, poate fi considerată și o condiție a lansării trans-personalizante a convingerilor sale delirante; care-i vor transla identitatea biografico socio-culturală cunoscută, într-un nou scenariu.

În această perspectivă, se cere reanalizată mai detaliat, - neuro-cognitiv dar și fenomenologic – instanța ce asigură centrarea agențială a propriei identități, la nivelul deschiderii și raportării acesteia față de situații, alții și lume. Trăirile autoreferențiale marcate de evidență nemijlocită ce sunt specifice acesteia, rămân constant plasate la un pol opus față de cele ce realizează sinteza perceptivă a lumii ambientale. O zonă de tranziție între cele două poate fi considerată resimțirea perceptivă a propriei corporalități;.. iar scenariile de rezolvare a situațiilor proiectate, puntea de legătură. Scena desfășurării evenimentelor în care subiectul se simte implicat în situații prezente, se deschide, desigur.. și spre proiectele și preocupările sale de anvergură mai mare,...dar și spre dimensiunea sa biografică și spre instanța culturală. Metamorfoza identitară a delirului afectează toate aceste straturi, întreșute.

Astăzi cunoaștem parțial aspecte ale constituirii ontogenetice, în primii ani de viață și în copilărie, a nucleului sinelui identitar al subiectului; care în jur de 3 ani resimte și înțelege că are o minte proprie, cu care gândește, diferită de cea a altora; care și ei au propriile lor gânduri pe care le generează în mintea lor, încorporată deasemenea. (Caseta 71). Traectoria personogenezei și a formării culturale, conduce apoi, treptat, la o persoană ce se resimte în permanență, în fundalul său intim, identică cu sine și diferită de alții; având o anumită poziție

determinată în mijlocul socio culturii sale, un context de relaționări ce-l am putea enumera:

Caseta 75

Identitatea sinelui, structurile neurocerebrale și cursul biografic

Resimțirea bazală a identității cu sine și configurarea acesteia prin diferențiere de alteritate, nu poate fi înțeleasă doar ca o consecință concluzivă a experimentării unor situații actuale problematice; deși, se diferențiază și se relevă în cadrul acestora. Ci, ea se bazează și pe o intuiție nemijlocită, bazală. (Raportarea identitar-reflexivă la sine e în esența sa una ontologic-tautologică, “eu = eu”, ea fiind într-un fel definitorie și pentru orice organism individual bio-psihologic animat-animalic; ca un dat fundamental, ce-l dinamizează cvasi-axiomatic spre auto-mișcare, în conjuncție și cu o raportare diacron circumstanțială la alteritatea congenerică și globală). Când la 3-4 ani procesul de mentalizare (ToM) conturează copilului sentimentul originării în sine a propriilor gânduri, intenții și acte - concomitent cu perceperea altor persoane ca ființe capabile de a avea o minte similară cu a sa - în subiectul conștient se conturează un ax psihic identitar; pe care experiențele de viață îl vor matura, diferenția și complexifica ulterior. Acceptându-se condiția definitorie a sinelui identitar (intențional reflexiv) neuro-cognitivității nu au încetat să cerceteze însăși structurile neuronale ce stau la baza menționatei resimțirii a apartenenței la sine a trăirilor; și a originării în sine a agenției. Iar aceste zone de resimțire identitară originară, sunt învăluite de cele ce sintetizează centralizat autoreprezentarea psiho-cerebrale a propriei corporalități, delimitată prin “schema corporală”; pentru ca, în sfârșit, depozitul motivațional primar și cel mnestic autoreferențial - marcat de tonalități emotiv-afective - să contureze o schiță a unui proto-sine identitar (Damasio, Pankseep)...în însăși interiorul ”aparaturii operațional al encefalului”; plasat în centrul corporalității identitare a persoanei. O astfel de schemă a bazelor psiho-neurologice a structurilor identitare e, pentru omul actual, transmisă desigur genetic.

Pe parcursul ontogenezei și a cursului vieții se edifică treptat, decantându-se din experiențele curente - dar mai ales din cele relaționale ce susțin introjectarea imagoului persoanelor de atașament în propriul psihism - sentimentul identitar intim al persoanei; ca dimensiune fundamentală a structurii identității sale globale, ce se afirmă și în plan socio cultural. Identitate ce se menține și se consolidează odată cu metamorfozele diferențiatore ale ciclurilor vieții, pe parcursul maturării și realizării de sine, în mijlocul rețelelor sociale proximale. Structură identitară ce stă la baza resimțirii și reprezentării sale de sine, ca centrul ultim și ca referențial determinant al propriei existențe. Relaționările intime de atașament cu cei apropiați, diferențiază apoi raportarea subiectului la alteritatea umană, pe o diagramă intim/public. Iar continuile raportări publice față de alții prin intermediul unor statute și roluri sociale, mențin un cadru de referință pentru subiectivitatea intimă; precum și pentru silogismele autoevaluării în plan socio cultural.

În sfârșit, contactul cu narativitatea culturală – centrată de mitologia sacrală – pune persoana în continuu contact cu o lume a personajelor, care-l învăluie. Subiectul se autopläsează în continuu, autoreprezentational imaginativ, în situații fictive eventuale. Iar creatorii de literatură pot imagina scenarii interumane conflictuale pe care le descriu; și în care se pot autoproiecta, printre personaje. Delirantul devine un personaj central într-un astfel de scenariu, ce absoarbe toate preocupările subiectului, înlocuind realitatea situatională dată

în registru biopsihologic, paroxismul sexual; în cel bio-psiho-antropologic angoasa; apoi, trăirile autoevaluativ-referențiale ale rușinii, definește, anumite cunoștințe și credințe proprii. Această persoană, pe parcursul întregii sale existențe are în permanență și trăiri autoreferențiale, care trimit mereu la această arie particulară a instanței identitare a persoanei. Între acestea culpei,..euforia succesului, curajul deciziilor majore ce culminează cu metanoia, creativitatea cultural științifică,.. extazul religios...

În cadrul menționat mai sus și în continuitatea sugestiei lui Gerrans, deficitul disfuncțional al psihopatologiei delirante trans-personalizante ar putea fi comparat cu condiția unui eșuat creator de romane autobiografice - în registrul *science fiction* -, a cărei existență se scurge ireversibil în lumea romanului său. Cu alte cuvinte s-ar sugera că, **la fel cum există o subclasă a oamenilor normali de excepție,... care sunt creatori de literatură de ficțiune, s-ar putea avea în vedere și subclasa persoanelor marcate într-un anumit fel psihopatologic, care ajung să fie cuprinse și muncite de peripețiile unor scenarii autogenerate delirante, absurde și fantastice; în care ei însăși ajung să fie personajul principal.**

4/ Halucinațiile și alte tulburări ale percepției situaționale actuale și ale autopercepției; spațiul și scena interioară a subiectivității

11.1. Scurt istoric al tulburărilor perceptivă și specificul percepției umane. Între tulburările psihotice pe care le comentează DSM-5, alături de delir se află și halucinațiile necriticite. Halucinațiile fac parte din noile concepte pe care le introduce semiologia psihopatologică a sec.XIX, Esquirol (1838) formulând o definiție ce a rămas clasică: „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”. În 1846 Baillarger polarizează halucinațiile vizuale în raport cu cele auditive – etichetate ca „psihice” - ultimele având un caracter mai pronunțat de interioritate și fiind conectate cu elaborarea vorbirii. Moureau de Tours publică în 1845 o carte în care susținea corelația între tulburările mentale în general, somnul cu vise și consumul de substanțe psihoactive, sugerând o apropiere între acesta și halucinațiile vizuale. La sfârșitul sec.XIX s-au descris halucinații vizuale detaliate dar criticate, la persoane în vârstă, intacte mental și vigile, dar cu patologie oculară periferică (de fapt din aria „analizatorului vizual”) - etichetate ca „halucinoze”. 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”. Astfel de trăiri resimțite nu în spațiul exterior ambiental ci în cel „interior” au fost etichetate ca *pseudohalucinații* sau halucinații psihice, fiind apropiate de Jaspers de reprezentările mentale imaginative; iar Ey și Claude (1932) le corelează cu trăiri de tipul obsesionalității și ideții intruzive, atrăgând atenția asupra perturbării “cursului ideativ”. Psihopatologia extinde astfel problematica tulburărilor percepției lumii exterioare, spre anormalitatea trăirilor resimțite în interioritatea subiectivității, la nivelul la care se actualizează informații din memorie. Treptat a devenit tot mai evident și faptul că, percepția obiectelor exterioare e concomitentă cu o permanentă „autopercepție”. Fapt care ne trimite și spre anormalitățile receptării propriului corp, ce se realizează similar cu perceperea corpurilor altor persoane din ambianță; înregistrându-se și la aceste niveluri variații de sensibilitate și deformări perceptive. În sfârșit, percepția prin care se obțin informații noi, s-a dovedit a fi și ea un continuu proces activ, ce poate fi și el perturbat.

În sec.XX problematica percepției normale și patologice s-a corelat cu abordările psihologiei configuraționiste și fenomenologice, conturându-se mai

clar diferența dintre sensibilitatea sau senzația nestructurată (estezie) și procesul propriu-zis perceptiv, configurat și semnificant, activ și sintetizator. **Percepția** ajunge să fie înțeleasă ca **receptare activă de către subiect a unor informații externe actuale, care sunt structurate ca formă și semnificație în cadrul unei sinteze subiective; sinteză care reunește părți într-un întreg coerent și semnificant, ce se detașează pe un fundal mai mult sau mai puțin accesibil.** Iar acest proces perceptiv **activ** se derulează totdeauna în cadrul unei **situații actuale** date, în care se instituie o „**scenă perceptiv-activă fenomenologic**” **centrată de către subiect** (Casetă 67). O importantă funcție de intermediere e realizată pentru percepție de procesualitatea analitico sintetică a **atenției selective**, desfășurată de subiectul activ în cadrul raportării sale la o situație actuală problematică (Casetă 74). Perceperea are multiple nivele și fațete, de la cel al autoperceperii subiectului ca activ într-un eveniment,.. la cel al centrării atenției perceptiv pe un agent cu care el cooperează,.. pe un mesaj receptat.. sau pe un obiect solid aflat în față, decupat static.

Aria psihologică a percepției umane se desfășoară pe fundalul unei funcții perceptiv ce s-a structurat în biologie, implicând utilizarea unor organe corporale într-un anumit fel constituite și specializate; organe ce sunt folosite de animale pentru obținerea nemijlocită de informații diferențiate, adaptative și utile, din exterioritatea mediului înconjurător. La om, procesul activ al percepției implică continua circumscriere (intențională) în cadrul situațiilor date, a unui „câmp al percepție și al acțiunilor actualmente posibile”. Câmp organizat spațio temporal și încadrat de parametrii semnificației situației actuale, circumscriș de orizontul în care aceasta se inseră.

Caseta 76

Coordonate ale percepției specifice omului

În perspectiva istoriei conceptuale, percepția e o funcție psihică cognitivă ce face referință la receptarea sintetică și utilizarea informațiilor actuale de către individ. Încă Aristotel a comentat funcțiile cognitive ale: sensibilității – prin care individul receptează informații prin cele cinci simțuri -; apoi, ale transportului acestor informații prin „simțul comun,, spre un centru al deciziei și gândiri intuitive (nous-intelect), bazându-se și pe memorie și imaginar. În modernitatea de după Renaștere, alături de noii termeni psihologici de conștiință subiectivă, eu și sine, apare și se consolidează – prin Leibnitz, Wolf, Kant – și cel de percepție. Aceasta trimite la receptarea de către eul conștient a informațiilor obținute de la un obiect (solid) exterior spațial, o-pus față de subiect(obținându-se astfel,,date pozitive,,despre acesta). Ulterior, s-a adăugat – mai ales prin fenomenologie și configuraționism - coordonata autopercepției corporale și de sine; apoi, caracterul activ al percepției, și cel de configurație semnificantă a obiectului (obiectivului) de perceput, ce se detașează de pe fundalul accesibil al unei situații actuale.

Omul moștenește capacitatea perceptivă din biologie, unde informațiile actuale sunt recepționate prin organe de simț variate ca și complexitate și plasare pe corp; în continuare, ele sunt preluate și prelucrate într-un sistem nervos centralizat, ce devine evolutiv tot mai complex. La omul biped, cu privire frontală, manipulator și cu un creier extrem de complex, coordonatele biologice ale percepției se mențin, în prim plan plasându-se percepția vizuo spațială, ca ax pentru orientarea în ambianță și rezolvarea problemelor cotidiene. Dar instanța perceptivă capătă acum și câteva coordonate specifice, principalele fiind: **1/**Importanța de prim ordin a receptării informațiilor de tip lingvistic, care trimit spre o „lume umană,, specifică, ce o dublează pe cea naturală: acestea se referă inițial doar la limbajul vorbit, stând la baza halucinațiilor audio-verbale din psihopatologie... Apoi, și la cel scris și la simbolurile pe care lumea sa umană le vehiculează; - **2/**Prezența în ambianța perceptibilă și a altor indivizi umani, cu care relaționarea perceptivă are caracteristici speciale, datorită subiectivității conștiente proprii fiecăruia; și a plasării lor pe o diagramă intim – public; -**3/** Capătă importanță autopercepția de sine, corporală și acțională, subiectul autocontrolându-și semiconștient, în permanență, acțiunile orientate spre scop; -**4/** Se impune o continuă autopercepție identitară de fond (cu sentimentul apartenenței la sine a trăirilor), polarizată față de variabilitatea percepțiilor și acțiunilor situaționale ale ambianței; iar între cei doi poli - ai fundalului permanenței duratei identitare și actualitatea percepțiilor nemijlocite - se desfășoară evantaiul proiectelor și preocupărilor, susținute de rememorări și reprezentări imaginative, cu o specifică spațio temporalitate; - **5/** În sfârșit, percepția situațională a persoanei e circumscrisă prin specificitatea lumii umane în care subiectul e inserat, la care aderă și cu care e familiarizat; și e flancată de memoria existenței personale, a propriilor experiențe semnificative și recente.

Tot din biologie omul moștenește o anumită capacitate mnestică a encefalului de reținere, prelucrare și reactualizare a informației percepute (trăite); structură mnestică ce funcționează printr-o permanentă reorganizare ritmică, circadiană – ce se exprimă prin visele somnului.

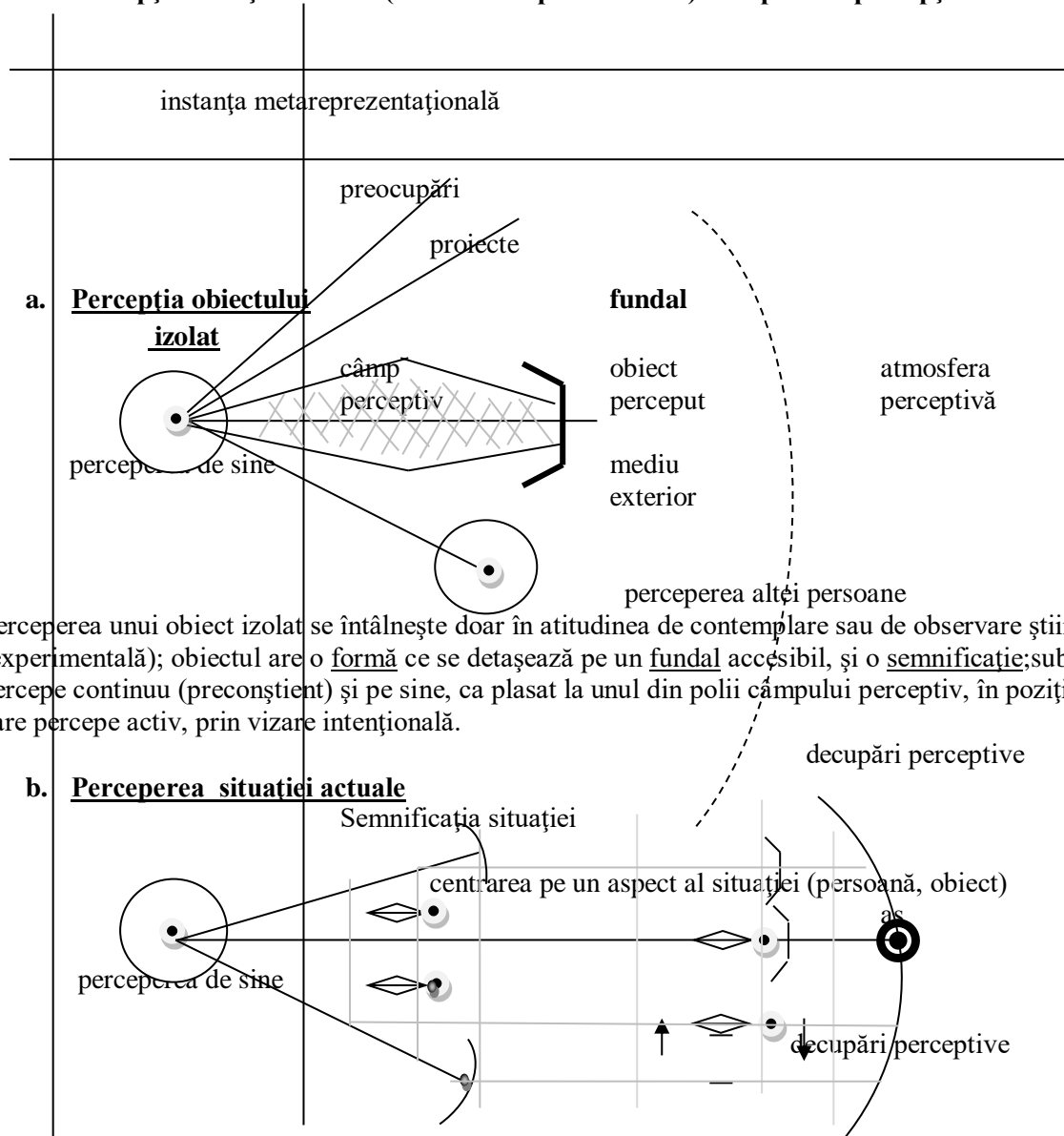
În raport cu această moștenire biologică - care la om include modelarea percepției de stațiunea bipedă și de privirea frontală -, percepția specifică persoanei conștiente presupune existența sa în interiorul unei „lumi umane” edificată pe fundalul logosului (Caseta 19). Adică, a limbajului semnificant, narativ simbolic, normativ valoric, care susține activitatea unor practici instituționalizate, discursuri culturale, teorii științifice și vizarea transcendenței. În psihologia persoanei, instanța perceptiv/acțională, situațional actuală. - inițiată și susținută de sinele agențial intențional reflexiv –, are în fundalul său dimensiunea identitară a psihismului, ca o constantă durată, de referință. Iar raportarea perceptivă e continuu reorganizată, prin semnificația schimbătoare a situațiilor și prin intenționalitățile și atenția selectivă circumstanțială a subiectului.

Odată cu implicarea sa în situații actuale, subiectul conștient se află - până la un punct la fel ca în biologie - în fața unui câmp perceptiv ob-jectual, prin care, „prezentul său trăit” (Caseta 13) i se înfățișează. Câmp al conștiinței perceptiv-active actuale, organizat acum ca o **scenă** cu o infrastructură spațială, pe care el **se poate autoproiecta în scenariii posibile și reale**. În interacțiune însă nu doar cu obiecte și cu ființe vii din jurul său, ci și cu entități fictive, simbolice, abstracte, pe care le actualizează mnestic imaginativ; toate, aflate în interrelații reciproce și cu subiectul. Raportarea perceptiv-activă a subiectului față de situațiile actuale se derulează în colaborare cu alții, în mijlocul unei lumi umane ce-i este familiară. Lume de care subiectul e atașat, despre care are o prealabilă pre-cunoaștere, în care se simte imersat și implicat; autopercepându-se continuu ca orientat spre percepere și acțiune. Tb de

depersonalizare/derealizare afectează acest cadru de raportare dintre instanța identitară și scena prezentului trăit situațional.

Caseta 77

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



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

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

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

inducând o specifică detașare, cu perturbări în trăirea spațio temporalității și raportării la situație.

Parametrii implicării perceptivă în situațiile actuale se corelează strâns cu preocupările și intențiile de durată ale subiectului; fapt ce preselecționează un câmp informativ parțial familiar, în cadrul căruia va opera o perioadă de timp filtrul său atențional; care ordonează - în mare măsură spontan dar și conștient - oferta informativă situațională. Percepția e deci o trăire activă, selectivă și reflexivă, astfel încât s-ar putea formula că: **În mod continuu subiectul se autopercepe pe și pe sine, ca percepând situațional o lume în care e implicat, asupra căreia se concentrează selectiv.** Iar percepția situațională actuală e în permanență **integrată în scenariile proiectelor și preocupărilor**, mai mult sau mai puțin circumstanțiale al subiectului. În sfârșit, specificul uman al „vizării perceptivă” a lumii, poate avea în obiectiv și entități abstracte, ca în cazul rezolvării unei probleme de geometrie, ascultării unui concert sau a unei rugăciuni.

Tulburările perceptivă sunt comentate de obicei cu partajarea lor între cele nehalucinatorii și cele halucinatorii (pseudohalucinațiile având un statut aparte). Prin halucinații se înțelege, tradițional, o trăire de tip perceptivă pregnantă, căreia îi lipsește suportul informativ actual în lumea ambientală obiectivă...și care nu e criticată. De obicei halucinațiile se corelează cu scenariile delirante, pe care le sustin. Cele mai frecvente sunt halucinațiile vizuale și cele auditive, ultimele centrându-se la om pe dimensiunea audio verbală, care-i este specifică. Vom începe comentariul cu tulburările perceptivă nehalucinatorii.

11.2. Tulburări perceptivă nehalucinatorii. În normalitate, pregnanța percepțiilor și unele particularități ale receptării estezice a informației actuale, sunt corelate cu nivelul stării de vigilitate și cu stările dispoziționale. În comă percepția e suspendată iar în obnubilare e mult diminuată, subiectul răspunzând dificil la stimuli. În stările de delirium – confuzo-oniric - ea e diminuată în diverse grade; și

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 “anestezia afectivă” din depersonalizare. 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, idei prevalente delirante - 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”. Tot în relație cu trăiri depersonalizante poate fi plasat și sindromul obsesiv al contaminării cu (al permeabilității limitelor corpului în raport cu) murdărie, microbi, substanțe; conjugate cu compulsia spălării. În spectrul patologiei obsesiv compulsive sunt plasate și alte tulburări în care există o sensibilitate și o preocupare anormală față de limitele corpului: dismorfia corporală, delirul senzitiv odorant, tricotilomania, compulsia escoriațiilor.

grevată de dezorientarea spațio temporală, auto și allopsihică și de actualizările oneiroide.

Subiectul, care e repliat pe sine, poate resimți neplăcut propriul corp, cu senzații cenesteze și cu amplificarea durerilor. În dispoziția anxioasă, tensiunea vigală face ca percepția să discearnă cu acuitate între elementele ambianței, eventuale detalii evaluate ca periculoase. În dispoziția maniacală, acuitatea perceptivă e crescută, subiectul percepând multe detalii, cu intensitate și pregnanță neobișnuită. Patologia perceptivă include – mai ales în condițiile depersonalizării - **tulburări formale** privitoare la: mărimea obiectelor, deformarea și estomparea conturilor, a raporturilor figură/fond, intensitatea, calitate și pregnanța aspectelor senzoriale (gust, miros, culoare, timbru), ale formei obiectelor, a apropierii sau îndepărtării acestora față de subiect. Unele din tulburările menționate 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, cu plonjare în eternitate, cu scurgere inversă a timpului, cu sentimente de *déjà vu*, *jamais vu*; apoi senzația lipsei de pregnanță și vitalitate a propriului corp, psihism și a mediului ambiant; a detașării de acesta, a calității de nefamiliaritate, nefiresc, straniețate, vid, pustiu, a datelor percepute. (Astfel de trăiri pot fi induse și de consumul unor substanțe psihoactive).

Un important aspect al tulburărilor formale în arie perceptivă se referă la organizarea părților (detaliilor) într-un întreg coerent semnificativ (un obiect, un obiectiv, un „câmp”, o scenă, un scenariu); întreg cuprins și el în altele, supra și subordonate (Casetă 67). E vorba de vizarea unei configurații perceptivă exterioare actuale relativ delimitate, formate din părți interrelate. În această direcție cognitivismul a dezvoltat studii privitoare la deficitul „coerenței centrale

perceptive,, în autismul developmental (fascinația de un detaliu cu dificultatea receptării ansamblului și a plasării acestuia într-un context accesibil). Modelul acestei tulburări se regăsește și în aria psihozelor; dar într-o cu totul altă variantă, cea a „hiperseminificării detaliilor” - *salience*. Aceeași problematică a perturbării organizării filtrului informațional poate fi sesizată și la nivelul receptării actuale a informațiilor mnestică, prin tulburările formale de la nivelul cursului ideativ (Casetă 69).

Se pot enumera apoi o serie de particularități perceptive care au punct de plecare în normalitate dar se pot accentua până în aria patologicului: *Iluzia* constă dintr-o percepere deformată formal și/sau ca semnificație, a unui *datum* informativ actual. Iluziile se pot întâlni și în normalitate, în condițiile unei oferte informative insuficiente, a unei configurări spațiale particulare, a unor preocupări intense, speciale, care orientează subiectul prevalent spre anumite așteptări perceptive. În psihopatologie – mai ales în delirurile monotematice - iluzia perceptivă poate fi corelată ideăției prevalente ce orientează spre anumite expectații; astfel se pot impune iluzii perceptive: la gelosul patologic, în hipocondrie, dismorfofobie etc. Iluzia se impune cu atât mai ușor cu cât pregnanța datelor perceptive e mai scăzută.

Tot în acest sens pot fi comentate și „iluziile de semnificație” – ce au tentă delirantă – așa cum sunt cele din Sd. de mis-identificare Capgras: Iluzia Sosia constă în convingerea că o persoană cunoscută a fost substituită cu un spion... iar iluzia Fregoli, că un străin ia aspectul diverselor persoane din anturajul subiectului. Astfel de deficiențe de identificare a persoanelor familiare pot fi parțial condiționate neuropatologic, prin afectarea subtilă a unor zone corticale.

În patologia perceptivă poate juca un rol important capacitatea configurativă, reprezentativă și imaginativă a subiectului. Există persoane la care aceste funcții sunt în mod special dezvoltate așa cum sunt personalitățile histrionice; sau, artiștii plastici 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 “*eidetică*”, pe care o folosesc la cititul în cafea sau în nebuloasa norilor. În corelație cu această particularitate ar putea fi puse, cel puțin parțial, *halucinațiile funcționale*. Acestea constau din trăiri pregnant halucinatorii resimțite atât timp cât subiectul percepe în mod direct anumite informații vag structurate; de exemplu el aude clar voci care-l comentează doar în momentul în care cântă niște păsări sau trece un tramvai.

În ultimele decenii s-a acordat importanță în psihopatologia psihozelor unui fenomen etichetat „*saliency*” - condiționat de specifice perturbări ale neurotransmisiei cerebrale dopaminergice; în esența sa acesta constă în hipersemnificarea unor detalii decontextualizate, corelate unui sentiment de „centralitate”. Subiectul se fixează pe un gest sau o expresie din comportamentul altcuiva și îi dă o semnificație de indice al unei atitudini ostile. În aceeași direcție s-ar plasa trăirile senzitiv relaționale, constând în sentimentul subiectului că alții îi acordă un interes sporit, privindu-l și comentându-l. Cele mai caracteristice sunt trăirile referențiale: subiectul are sentimentul că unele detalii perceptiv-disparate au o semnificație specială pentru el, că se impun ca niște mesaje stranii ce urmează să-i transmită ceva important. În aceste cazuri poate fi incriminat și deficitul de coerență centrală perceptivă, dar raportat la o instanță psihică mai complexă decât cea din autismul dezvoltamental. Fenomenul capătă o intensitate deosebită în “atmosfera delirantă” ce precede instalarea “delirului primar”. În astfel de cazuri, se cere avută în vedere o perturbare de ansamblu a „câmpului” (sau scenei) pe care trăirea perceptivă – centrată de sinele identitar - se plasează în psihoze; care, se diferențiază acum de organizarea sa bazală din cadrul vieții cotidiene; alunecând spre un model specific narativității teoretice. Iar când subiectul a ajuns la convingeri delirante, el e absorbit în mod pregnant de un scenariu ce depășește câmpul perceptiv ambiental, prelungindu-se într-o intrigă și cu relaționări din instanța ficțiunii

narative. **Tulburările percepției situației actuale se integrează acum major într-un astfel de scenariu anormal, psihopatologic, delirant.**

11.3. Halucinațiile vizuale și auditive. Halucinațiile vizuale. Când atenția psihopatologilor s-a centrat pe halucinații în sec.XIX, în prim plan au fost cele vizuale și auditive. Halucinațiile vizuale constau în perceperea clară, printre datele ambianței, a unor lucruri, animale, ființe, persoane, scene...care de fapt nu sunt prezente. Esquirol a comparat halucinatul cu un vizionar, iar Moreau de Tours a sugerat analogia cu visele somnului cvasi-lucid.

Trimiterea la viziuni făcea desigur referință și la trăirile religioase ale prorociilor și misticilor. Acestea se desfășurau însă cu detașare față de perceperea ambianței în viața cotidiană, în cadrul unor îndelungate preocupări cu lumea și realitatea ideală a credinței. Misticul petrecea nu ore, ci zile și luni în solitudine, rugându-se, centrat asupra divinității, înainte de eventuala viziune. Se cunoaște însă și faptul că, în cadrul multor practici sacrale se utilizau deseori substanțe psihoactive, care afectează condițiile perceptivă, inducând iluzii și neoformații perceptivă puțin structurate. Încă vechii indieni foloseau în acest sens substanța ”soma”. 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 și neoformații perceptivă puteau susține și ele, în unele cazuri, reprezentarea „viziuni” trăite de credinciosul aflat în transă... detașat de comerțul informațional curent cu ambianța situațională firească, cotidiană.

Trimiterea lui Moreau de Tours era spre condiția obișnuită a visului, ce se detașează pe fundalul de negativitate perceptiv-relațională a somnului. Cazuistica clinică oferea exemplul pregnant al stărilor de delirium halucinator – stări confuze onirice la autorii francezi – ce apar în condiții infecțios febrile; și

mai ales în sevrajul alcoolismului cronic („delirium tremens”). Pacientul percepe, pe un fond de vigilitate redusă, imagini de insecte, animale.. scene oneiroide în derulare, la care participă afectiv și comportamental, ignorând – dar nu total - parametrii informaționali-perceptivi ai ambianței. Astfel de „vise cu ochii deschiși” ne trimit desigur spre naturalele vise din somn; care pentru om sunt o moștenire biologică, exprimând reorganizarea periodică, circulantă, a informației depusă în memorie. (Perioadele de somn paradoxal – cu „vise” - au fost identificate și la animale, procentajul lor în ansamblul somnului crescând pe scară evolutivă : 5 % la păsări, 10 % la mamifere, 15% la antropoide, 20% la om; suprimarea lor din somn conduce la o tendință de recuperare...care dacă nu se produce, apar perturbări comportamentale și corporale). Disfuncționalități neuropsihice ce perturbă manifestarea perioadelor se somn paradoxal, pot duce și la trăirea unor halucinații hipnagogice sau hipnopompice, resimțite conștient înainte de adormire a sau la trezire.

Reactualizarea reprezentativă a evenimentelor trăite se poate produce la orice om și în cursul stărilor vigile, mai mult sau mai puțin voluntar și pregnant, putând conduce la „reverii cu ochii deschiși”; sau la trăiri „ecmnezice” (=sentimentul retrăirii actuale a unei trăiri din trecut). În urma unor participării la evenimente extrem de stresante, pot apare reactualizări involuntare de tipul flashback-urilor, ca în „tb. de stres posttraumatic”. Dar reactualizarea reprezentativă nu înlocuiește complet perceperea ambianței actuale, cu care coexistă. Intervin și particularități tipologice caracteriale, în sensul persoanelor cu capacități imaginative crescute; fapt ce se întâlnește mai frecvent la persoane cu tulburări disociative.

Reprezentări vizuale involuntare, uneori pregnante, sunt favorizate de o postură pasivă prelungită, în condiții de reducere (monotonie, absență) informațională, așa cum au demonstrat-o experiențele de deprivare senzorială efectuate în marginea zborurilor cosmice. S-a constatat că, menținerea timp îndelungat în condiții de semi întuneric, izolare fonică, nemișcare, lipsa

preocupărilor intelectuale, conduce la apariția unor neoformații perceptiv predominante vizuale: figuri colorate, obiecte, animale, oameni, scene în desfășurare.

O condiție aparte o reprezintă „halucinoza” ce apare mai ales la persoane în vârstă, ce pot percepe vizual clar, în plină stare de luciditate vigilență - dar criticată - imagini de persoane, animale, obiecte, scene etc.; în absența unei tulburări psihice. Ea se corelează cel mai des cu tb. ale funcționării organului vizual, afectarea căilor nervoase retrochiasmatiche, infarctele corticale, epilepsia. Deci, cu lezări ale „instrumentarului” neurologic de colectare, transmisie, prelucrare, depozitare sintetică și de reactualizare a informațiilor în sectorul perceptiv al analizului vizual. 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 funcțional al encefalului e capabil să genereze singure neoconfigurații perceptiv, ce sunt proiectate de aparatul psihic al persoanei, în spațiul lumii înconjurătoare, alături de percepțiile firești.

La conjuncția tuturor acestor variante, halucinațiile vizuale din psihoze – așa cum ar fi schizofrenia - se manifestă în strânsă întrepătrundere cu tematica scenariului delirant, pe care o susține; desigur, în contextul și în cadrul perturbării și reorganizării specifice a câmpului perceptiv general, pe care psihoza îl impune. Astfel, pacientul poate vedea „diavolul”, sau pe un dușman gata de a-l ataca... Se mai poate menționa faptul că, în ultimele decenii halucinațiile vizuale se întâlnesc mult mai rar ca la începutul sec. XX. Faptul se datorează probabil nu doar tratamentelor antipsihotice, ci și reducerii deprinderii informative, izolării și inactivității bolnavilor psihici actuali, în comparație cu cei azilați.

Universul perceptiv vizual este esențial în derularea vieții cotidiene a oricărui om, el fiind consubstanțial cu orientarea spațială ambientală, pe care o

avem în comun cu psihismul biologic. Dar specifică pentru psihismul omului este comunicarea intersubiectivă cu ceilalți, prin intermediul narativității metareprezentationale pe care o asigură limbajul; introducând astfel subiectul în lumea discursivității culturale teoretice, cu ale sale instanțe fictive și personaje particulare. Spațiu temporalitatea și cauzalitatea lumilor narrative fictive, e în mare măsură distinctă de cea fizico biologică, cu toată existența unor instanțe intermediare. La nivelul vieții curente noi facem o permanentă sinteză între acestea două planuri. Întreaga noastră existență specific umană, cu toate scenariile și ritualurile sale, se desfășoară la nivelul ei bazal în mijlocul unui univers fizico biologic; care este suportul apariției, evoluției și manifestărilor existențiale actuale ale omului pe pământ. Percepția auditivă centrată pe limbajul articulat, ne mută însă în direcția narativității și intersubiectivității specifice Antroposului,.. spre implicarea subiectului în scenarii mai mult sau mai puțin fictive, reprezentate subiectiv. **Percepția informațiilor audio verbale e în mare măsură deformată în psihoză de convingerea delirantă într-un scenariu aberant**, ce are în centrul său, ca personaj principal, însăși subiectul.

Halucinațiile auditive au fost diferențiate încă de la început de cele vizuale deoarece ele se concentrează pe “auzirea de voci”; iar rostirea nu e doar receptată din exterior, ci și produsă în permanență de către însăși subiect, în strânsă corelație cu elaborările sale ideatice. 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 și de acțiune, ce emerg din instanța subiectivității, traversând nivelul cursului ideativ. Ele se plasează astfel la un nivel mai profund, al “interiorității” psihismului personal încorporat. Deci, la alt pol față de sursa informațiilor ce stau la baza percepțiilor vizuale, plasate *ab initio* în spațiul exterior, în afara limitelor proprii corporalității, în poziție de „ob-jectivitate”. Pe de altă parte, vorbirea o atribuim și altor persoane, o resimțim ca transmisă și de către alții, care o elaborează și o emit tot cu punct

de plecare în interioritatea intimă a psihismului lor; astfel încât, „auzitul de voci” poate fi considerat echivalentul unor relaționări interpersonale, în cadrul unui câmp comunicațional intersubiectiv.

Halucinațiile auditive pot fi și neverbale, ca zgomote sau melodii; care au însă o importanță mai redusă în psihoze. În această patologie, specifice sunt halucinațiile verbale, care evocă - așa cum s-a menționat - universul relaționărilor interpersonale. Dezvoltarea ontogenetică se realizează încă din perioada de sugăr în mediu lingvistic, comunicarea nonverbală fiind dublată de cea verbală. Prin vorbire se exprimă, chiar și în intimitate, rostirile apelative, interogative, de rugăminte, sfătuire, amenințare, solicitare, de iertare, etc. Chiar dacă vorbesc puțin, persoanele apropiate sufletește folosesc totuși cuvinte pentru a se susține reciproc, a se încuraja, îndemna, alina; uneori chiar șoptind. Apoi, prin limbaj oamenii ce se află unul în fața celuilalt dialoghează, pentru a schimba opinii și a clarifica probleme; dar și îl comentează pe un altul, absent, caracterizându-l pozitiv sau negativ. Comunicarea verbală mai explicit discursivă, trece în prim plan în spațiul public, în raport cu persoanele oficiale și străine. De aceea halucinațiile audio verbale din paranoide au deseori un caracter xenopatic, de relaționare cu cineva mai îndepărtat sufletește sau străin; care emite ordine, dispoziții, manipulează impersonal. În sfârșit, nu poate fi ignorat nici dialogul interior, doar marginal verbal, în care subiectul se confruntă cu el însuși. Precum și raportarea la Divinitate; căreia, în iudeo-creștinism, omul i se poate adresa rugându-se, verbal.

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

depersonalizant de transparență/influență; dar în spatele amândurora, stă o anumită poziționare dispozițională interpersonală distorsionată, ostilă. Halucinațiile comentative constau din două sau mai multe voci, care discută între ele despre pacient: fie evaluându-l ca și persoană, caracter, valoare; fie comentând actele ce le face, intențiile și gândurile ce îi vin în minte. Mai rar vocile discută între ele neclar, ca o “rumoare”, sentimentul pacientului fiind că aceste conversații se referă la el. Între halucinațiile verbale clar auditive, plasate în spațiul exterior în direcții localizabile și cele ce sunt resimțite în zona intimă a subiectivității, în apropierea ecloziunii propriiei agenții lingvistice, există tranziții.

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 personaje 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 neidentificate. 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” deci subiectul, “îl au în vedere”, chiar dacă numai aluziv. Ele nu sunt discuții pe care alții le poartă fără legătură cu el. Toate halucinațiile audio-verbale presupun faptul că subiectul resimte și își reprezintă existența altor persoane reale sau fictive în relația acestora nu doar între ele.. ci și în raport cu el; care se află în centrul interesului celorlalți. Faptul se corelează, desigur, cu reprezentarea delirantă a prezenței altor persoane, ca personaje active în scenariul delirant din instanța metareprezentatională a propriului psihism.

În concluzie, dacă halucinațiile auditive ar reprezenta, așa cum s-a formulat de unii cercetători, o exteriorizare a unei raportări lingvistice intrapsihice de tip dialog sau confruntare, ele presupun, cu evidență, o „prezență a altora” în însăși interiorul propriului psihism; ca elemente ale imaginii și

reprezentării despre lumea pe care subiectul conștient o centreează, prin scenariul său delirant. **Trăirile halucinatorii vizuale și auditive presupun acest scenariu delirant, integrându-se în el**, dincolo de parametrii lumii ambientale nemijlocite, care continuă să se manifeste.

11.4. Spațiul intern al subiectivității, autopercepția și halucinațiile psihice. Halucinațiile sunt trăiri de tip perceptiv ce sunt plasate de către subiect în spațiul exterior ambiental, de unde el recrutează continuu informații prin cele cinci simțuri tradiționale. Chiar și halucinațiile audio verbale - inclusiv atunci când nu au caracteristici sonore clare – sunt de obicei resimțite ca venind de la cineva din exterior. Pentru psihismul persoanei conștiente se impune însă, cu evidență, și o zonă a subiectivității, plasată în mod intuitiv în interioritatea spațială a propriei corporalității. Zonă în care oamenii localizează propriul suflet, mintea sa. Propriul sine își are și el locul aici; unde, orice om plasează gândurile și dorințele intime, geneza intențiilor sale de act, amintirile, reprezentările și secretele personale. Univers interior și subiectiv privat, decantat din „intersubiectivitatea” existenței comunitare. Dar care poate fi totuși comunicat, cel puțin parțial, unor persoane apropiate sufletește. Psihopatologia instanței halucinatorii se corelează și cu acest spațiu interior al subiectivității și al autopercepției reflexive și intime de sine.

Interioritatea subiectivității se organizează în jurul sinelui identitar, intențional reflexiv și a diacroniei biografice, printr-o schemă în care se întretese rememorarea, reprezentarea, imaginare și temporalitatea duratei mnestică biografice, cu receptarea autoperceptivă a propriei corporalități. Corporalitate plasată în mijlocul unei lumi ambientale, ordonată spațial. Trăirea etichetată drept „autopercepție” este un fenomen continuu și sintetic, bazat în primul rând pe resimțirea propriului corp. Percepția propriei corporalității, deși are o calitate aparte, poate fi asimilată cel puțin parțial „percepției exterioare”; date fiind informațiile ce sosesc neîntrerupt de la el prin sistemele senzoriale cutanate,

interoceptive, vestibulare și artromiokinetice; ultimele susținând desfășurarea mișcărilor, a acțiunilor. Executarea corporală a unei acțiuni implică, desigur, și o perspectivă de autocontrol feedback; care, când e exagerată - ca în obsesionalitate – orientează ruminativ spre propria subiectivitate. Dar însăși procesul proiectării acțiunii **obligă subiectul să se autoreprezinte**, mai mult sau mai puțin explicit, **într-un scenariu mundan cu eventualități** viitoare multiple. Scenariu **care implică un fel de scenă mundană, pe care el se proiectează**. Scenă în vor fi desfășurate strategiile imaginate de acțiune și relaționare (atât în viața curentă, cât și în delir); dar și cele efective. Scenariu pe care subiectul îl exersează continuu, ca posibilități imaginative; pe aceeași scenă interior-subiectivă pe care își proiectează și amintirile sau reprezentările. Referirea reflexivă la sine a subiectului acțional mai e marcată de faptul resimțirii constante că „el însăși,, nu doar realizează acțiuni; ci este chiar cel care generează intențiile, dorințele, proiectele pe care acestea se bazează (chiar când e sfătuit de alții). Aspect etichetat ca funcție agențială, intențional reflexivă a subiectului identitar.

Implicare activ-situațională a subiectului în scenarii de acțiune (de proiect și preocupare) poate avea diverse modalități și intensități; el integrându-se în proiecte și vizări intenționale cu durate variate. Iar referința la propria corporalitate e constantă, de vreme ce propriul trup e pentru orice persoană, nu doar principalul său instrument de acțiune, ci și o condiție existențială bazală; care-i susține și poartă viața, mintea, biografia și identitatea, între nașterea și moartea sa; asigurându-i și unicitatea („individuația”). Pe de altă parte, la fel de bazală este și continua referință la fundalul identitar, biografico caracterial, pe care propria corporalitate îl conține; iar propria agenție îl centrează. Din a cărui material mneastic izvorăsc de fapt toate dorințele, intențiile și proiectele de acțiune; pe care subiectul le resimte cu o nemijlocită evidență specifică ca fiind „ale sale”, integrate în identitatea sa, ca aparținându-i” (funcția de „ownership”).

Ceea ce metaforic se numește „autopercepere subiectivă” se referă, de fapt, la sesizarea reflexivă a fundalului identitar centrat de sinele biografic, înrădăcinat în propriul corp și circumscris social. Acesta este și toposul de referință pentru autoevaluări, pentru stima de sine și pentru raportările globale, active, la lume. Conform formulării că: „în permanență subiectul se autopercepe pe sine..ca percepând lumea”.

„Autoperceperea” implică un continuu sentiment de “centralitate”, subiectul resimțind în permanență că sinele său, localizat în propriul corp, este sediul din care emerg, din care se nasc și prin care se afirmă toate gândurile și intențiile sale în raport cu lumea din care face parte. Lume a cărei elemente se află la diverse distanțe și în variate direcții în raport cu „localizarea” sa. Lume în mijlocul căreia subiectul se plasează, întreținând relații intersubiective cu alții, receptând informații, acționând, creând; în care-și proiectează și realizează acțiunile și preocupările, prin intermediul instrumentalității propriului corp. În plus, subiectul se „autopercepe”, se resimte - cu aceeași evidență nemijlocită - ca fiind delimitat de alții; de alteritatea celuilalt și de lumea care-l solicită. În intimitatea sinelui său, a conștiinței sale reflexive, în acest “spațiu al interiorității subiective”, subiectul se poate autoanaliza, autojudeca, autoevalua, autocaracterizându-se, auto-etichetându-se; iar uneori se autocondamnă sau își trăiește rușinea. La acest nivel el își selectează amintirile, reprezentările, intențiile, ideile, se decide. Tot în acest topos intim, subiectul poate să își cheme și să-și reprezinte evenimentele trăite doar pentru sine, în aria secretului său personal.

Amintirile pot însă apărea în mintea sa, în autoreprezentările psihismului său conștient, și nesolicitate, de ex. după o spaimă intensă; la fel cum, sub cupola somnului, se desfășoară visele, odată cu mișcarea circulantă și ofertantă de care sunt continuu animate datele mnestic. Fondul mnestic al subiectului include, desigur, istoria sa biografică ; dar și mult material informativ extrapersonal, inclusiv teoretic narativ, cultural, asimilat de a lungul ontogenezei

și plasat în cadrul memoriei sale nominale, susținută de limbaj. Acest fundal mnestic, inclusiv cel al informațiilor de ordin general, e mobilizat și el prin menționatul dinamism circulant. În plus și în mod special, anumite porțiuni ale fundalului datelor mnestice ajung să fie plasate circumstanțial într-o variantă de accesibilitate crescută, odată cu angajarea subiectului în situații, proiecte și preocupări; fără ca tot ceea ce emerge din acest fundal să fie resimțit ca propriu, ca personalizat.

Există deci un dinamism propriu, spontan și proiectiv al fundalului informativ al psihismului identitar al persoanei, care, sprijinindu-se pe memoria circulantă și pe preocupările subiectului, generează și propune din interior, în mod continuu actualității sale trăite, un spectru variat de date informative, idei și proiecte;...dar și reprezentări imagistice și ideatice. Pe care subiectul le poate sesiza reflexiv, autoanalitic, la nivelul intim al subiectivității sale; în zona pe care psihologia și psihopatologia au numit-o **“curs ideativ”** sau **“flux al conștiinței”**. La acest nivel se desfășoară și pseudohalucinațiile.

Sub denumirea de pseudohalucinații au fost descrise trăiri asemănătoare halucinațiilor, care nu au însă caracter de exterioritate perceptivă spațială : e.g. voci care sunt auzite în cap sau în inimă, în stomac. Mai rar sunt invocate imagini, de obicei figuri simple dar colorate, pe care subiectul le „vede” apărând spontan în spațiul său intern - „imagini cu care mă distrez” cum formula Kandinsky.

Inițiatorii temei pseudohalucinațiilor în sec.XIX, Hagen și Kandinsky, se refereau la ideea lui Kahlbaum (1847) care susținea existența în creier a unui „centru al apercepției” care generează spontan trăiri de tip imaginar, cvasihalucinatorii - aflat în corelație cu un centru al memoriei. Kandinsky, bazat pe psihologia lui Wund, sugera o asociație între această activitate generatoare și cea a unui centru al conștiinței, care constată, înregistrează, filtrează, sintetizează aceste date. Conștiința ajunge astfel să înregistreze uneori, pe fundalul obișnuit al fluxului ideatic, reprezentări imagistice, imagini vii,

pregnante, ce vin din interior, la fel ca amintirile și reprezentările; și care i se impun fără intenția sa, fără ca subiectul să le poată influența. Dar pe care le poate contempla.

Pseudohalucinațiile sunt distincte de fenomenele de rememorare, de imaginare sau de percepție, fiind mai apropiate de reprezentările involuntare. Ele se mixtează cu apariția spontană a unor idei în fundalul conștiinței, fiind independente de organele de simț. Seglas a apropiat fenomenul de gândirea și vorbirea interioară, atrăgând atenția asupra lipsei unui vocabular psihologic adecvat pentru a le descrie. Ey și Claude le-au atașat de gândirea intruzivă și obsesivă. E vorba oricum, de fenomene psihice pe care subiectul le poate sesiza în fundalul subiectivității sale conștiente, la un nivel la care se derulează spontaneitatea fluxului ideativ. Într-o zonă în care țâșnește și creativitatea.

Halucinațiile psihice se integrează cu ușurință în scenariul delirant, ce se desfășoară după parametrii unei lumi narativ fictive.

11.5. Tulburările cursului ideativ și simptomele de prim rang Schneider. Pseudohalucinațiile, așa cum au fost ele descrise tradițional și cum se întâlnesc și în prezent, pot fi corelate și cu alte trăiri, psihopatologice și normale, care emerg la nivelul cursului ideativ. Cele patologice se referă la tulburările formale ale cursului ideativ. Acestea au fost studiate în cadrul obsesionalității, maniei, depresiei dar mai ales în unele forme, predominant nedelirante, de schizofrenie. Este vorba, pe lângă ideația obsesivă, de : - Ideația intruzivă : subiectul resimte că gândurile sale sunt parazitare și interferează cu gânduri străine, nedorite, ce apar spontan, fără voia sa; - Presiunea gândirii: subiectul resimte că propriile gânduri îi scapă de sub control, modificându-se mai rapid și impetuos decât ar dori; - Fuga de idei: subiectul constată o multitudine de idei ce se succed cu mare viteză în fundalul cursului ideativ, fără ca el să le poată opri sau controla; - Mentism: subiectul resimte izbucnirea bruscă a unui ansamblu de gânduri amestecate pe care nu le poate ordona și stăpâni; - Încetinirea cursului gândirii: se referă la constatarea unui ritm ideativ

propriu lent; - Blocajul gândirii sau golul mintal: subiectul resimte în fundalul cursului ideativ un gol, o pauză; ideatia se poate relua ulterior, în altă direcție; - Ecoul gândirii : gândul se repetă, în fundal, ca un ecou; - Sonorizarea gândirii: subiectul își aude propriile gânduri și crede că acestea pot fi auzite și de alții. Ultimul simptom se întâlnește de obicei în schizofrenie, împreună cu spațializarea gândirii : adică, cu sentimentul că, gândurile se petrec și sunt localizabile în diverse părți ale spațiului corporal. Mai poate apare sentimentul difuzării și împărtășirii spațiale gândirii, alături de alte simptome de „transparentă psihică”.

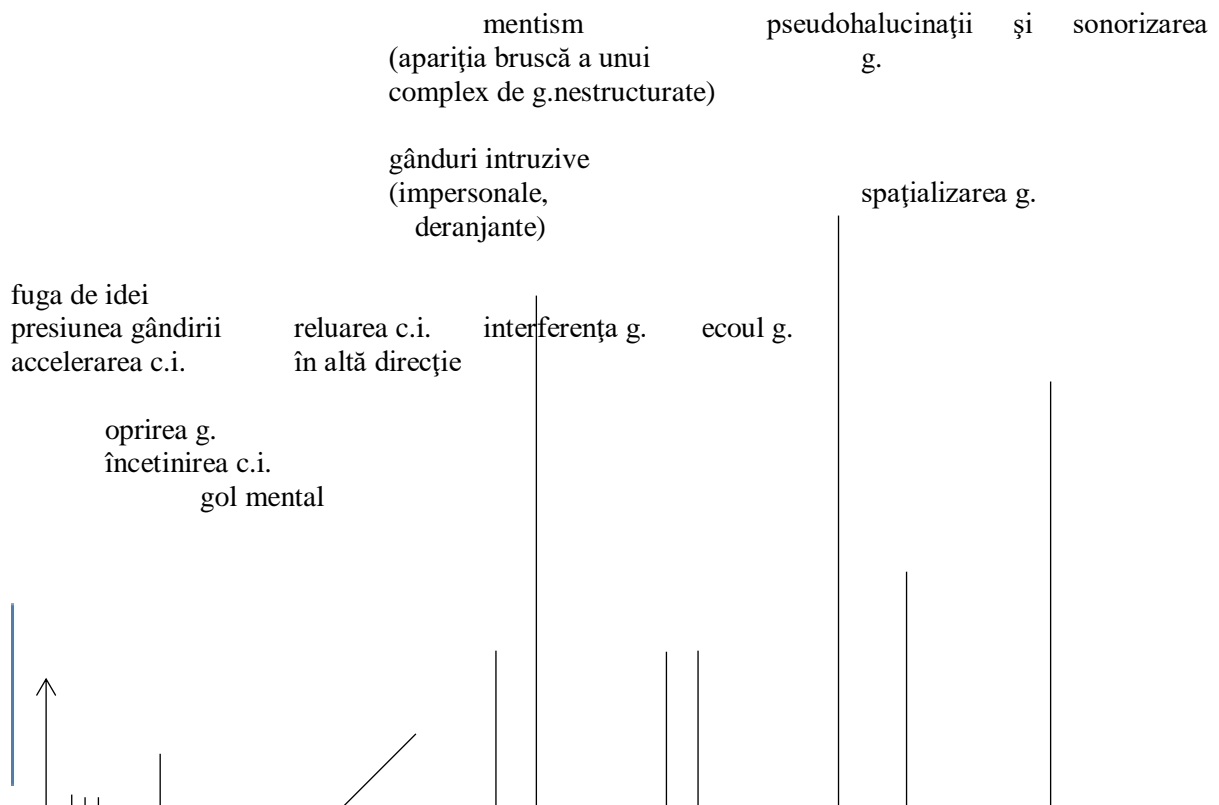
Tulburările formale ale cursului ideativ – nivel la care se plasează și pseudohalucinațiile - exprimă o funcționare deficitară a sintezei actuale a ofertei informative circulante a fondului mnestic, susținător al identității persoanei. Tulburarea ce **apare ca simetrică și similară cu cea referitoare la disfuncția filtrului atențional, ce susține configurarea informațiilor ce vin din percepția exterioară**. Zona cursului ideativ este însă una plasată în profunzimea psihismului subiectiv, în proximitatea sinelui agențial intim, generator al gândurilor, intențiilor și actelor personale; la care nu au acces decât persoanele cele mai apropiate. Trecerea în revistă a procesului depersonalizant ce stă la baza psihozelor (Cap 10) – care afectează inelul sau „centura” delimitării, coerenței și centrării agențiale a structurii persoanei identitare – a relevat o suită de perturbări formale resimțite la acest nivel. Tulburări care, într-o primă instanță sunt nerelaționale; și care au fost menționate mai sus (blocaj și gol mental, gândire intruzivă și mentism, accelerarea și încetinirea cursului ideativ, cu schimbare brusc de direcție, ecoul și sonorizarea gândirii, mișcări nepersonalizate.. difuzarea și „spațializarea” gândirii etc.). Tot atunci s-a menționat dediferențierea depersonalizantă în perspectivă relațional paranoidă, ce stă la baza tulburării de transparentă/influență. Acum, această simptomatologie poate fi privită dintr-o perspectivă mai amplă, ce integrează și procesualitatea delirului primar..precum și aspecte ale trăirilor halucinatorii, mai

ales a celor ideo verbale. Este vorba de complexul simptomelor de prim rang ale lui Kurt Schneider.

În discuție sunt acum un set de simptome psihotice considerate, la momentul circumscrierii lor la mijlocul sec XX, ca discriminatorii pentru diagnosticul de schizofrenie în raport cu cel de ciclotimie (Psihoză Maniaco Depresivă). Lista cuprinde: voci care comentează; voci care discută și argumentează; sonorizarea gândirii; inserția gândirii; retragerea gândirii; înregistrarea gândirii; controlul vorbirii; controlul acțiunii; percepție delirantă.

Caseta 79

Tulburări formale ale cursului ideatic (c.i.)



Trimiterea la percepția delirantă integrează în acest grupaj ansamblul semiologic al modelului Jaspersian a delirului primar, incluzând: stranietatea „atmosferei delirante” marcată de centralitate și trăiri referențiale, cu întreaga tensiune ce conduce la clarificarea unei tematici delirante, odată cu „percepția delirantă”.

Dar, modelul tradițional al delirului primar nu indica tulburările formale ale cursului ideativ - corelate cu distorsiunea trăirii spațio corporalității (sonorizarea și spațializarea gândirii) - pe care studiile cu metodologia din Bonn și Copenhaga le-au subliniat ulterior. Apoi, acest grupaj – care nu menționează explicit o tematică delirantă – este atent și la dediferențierea structurii de relaționare pe axa intim public, care conduce la sentimentul de manipulare xenopatică (inserția gândirii, dirijarea actelor), În sfârșit, grupajul „simptomelor de prim rang” include și tulburări halucinatorii ideo verbale, care vizează intimitatea persoanei (voci care discută despre pacient și voci care-i comentează intențiile, gândurile și actele). Deși nu e menționat nici-un scenariu delirant, e identificată osatura formală, depersonalizantă, care face posibilă atât paranoia cât și dezorganizarea.

Treptat studiile sistematice ce au fost efectuate, consideră că acest grupaj simptomatic nu e chiar specific schizofreniei, întâlnindu-se și în conjuncție cu alte sindroame, de ex. în cadrul bipolarității, bufeurilor psihotice etc. El e însă semnificativ pentru vulnerabilizarea de tip psihotic orientată spre delir a persoanei identitare, a delimitării sinelui nuclear; mai ales în perspectiva perturbării autonomiei agenției, a relaționării cu alții și a inițiativei acțiunilor. **Psihopatologa psihozelor nu se rezumă astfel la tradiționalele comentarii privitoare la halucinații și delir, atrăgând atenția asupra afectării structurale a sinelui identitar.**

11.6. Cursul ideativ în perspectiva normalității. În normalitate, fluxul cursului ideativ deschide fondul mnestic al sinelui intențional și autogenerativ atât în direcția preocupărilor perceptivă cât și a celor subiective și creative ale

Caseta 80

Tablou comparativ al SPR - Sch alături de tulburările formale de gândire și de simptomatologia delirului paranoid (Schiziform)

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

persoanei. El pune la dispoziția sinelui persoanei o bază cât mai largă de informații interne din memorie, care pot fi pe această cale accesate și selectate. Pornind de la acest nivel, dacă se trece în direcția unei acțiuni pragmatice sau a unei realizări originale în plan ideo verbal – așa cum ar fi rezolvarea unei probleme, transmiterea unui mesaj sau crearea unei opere culturale – fluxul ideativ va intra în serviciul funcțiilor executive orientate spre atingerea scopului. În acest proces intervine însă, complementar, capacitatea de sinteză creativă. Integrând datele astfel obținute, subiectul le “personalizează” în aria agenție sale, uneori spre soluții originale. Sursa mnestică și de cunoaștere din care se alimentează cursul ideativ și capacitatea sa de prelucrare creativă, este însă amplă. Asupra acestui aspect ne atrage atenția psihanaliza și arta suprarealistă.

Cura psihanalitică a asociațiilor libere stimulează conștientizarea unor structuri mai profunde ale circulației datelor mnestic identitare, în corelarea lor cu semnificațiile unor scenarii motivaționale și intenționale ale “complexelor inconștiente relaționale”, încrustate în sinele identitar biografic. Presupoziția bazală e aceea că, în structura normală a propriului psihism se află și „imagourile” persoanelor de atașament – a celor adânc implicați afectiv-emoțiv în formarea și cursul existențial a subiectului. Care, se corelează intrapsihic, în scenarii mai mult mai puțin tensionate „complexual” cu specificul identitar, intențional pulsional al subiectului. Pe măsură ce acestea ajung să se conștientizeze - astfel încât să poată fi verbalizate -, ele pot fi analizate și interpretate de către terapeut, în cadrul spațiului relațional transferențial pe care acesta îl instituie cu clientul. Iar pe această cale, pacientul ajunge treptat să decodifice, ca într-un fel de oglindă, aspecte structurale profunde, blocate în adâncimea inconștientului psihismului său identitar. Cel puțin aceasta era doctrina lui Freud, care susținea că... pe o astfel de cale se poate petrece o restructurare a psihismului persoanei nevrotice, benefică pentru sentimentul de identitate autonomă și armonică a sinelui său.

Caseta 81

Cursul ideativ

între spontaneitate și orientare țintită
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

pseudohalucinații

percepție

elaborare, realizare în plan ideoverbal

halucinații

acțiune

orientarea țintită spre rezolvarea de
probleme și transmitere de mesaje

flux (curs) ideativ

SPATIU EXTERIOR

obiectiv
exterior

ecoul gândirii

sonorizarea gândirii

interferența gândirii

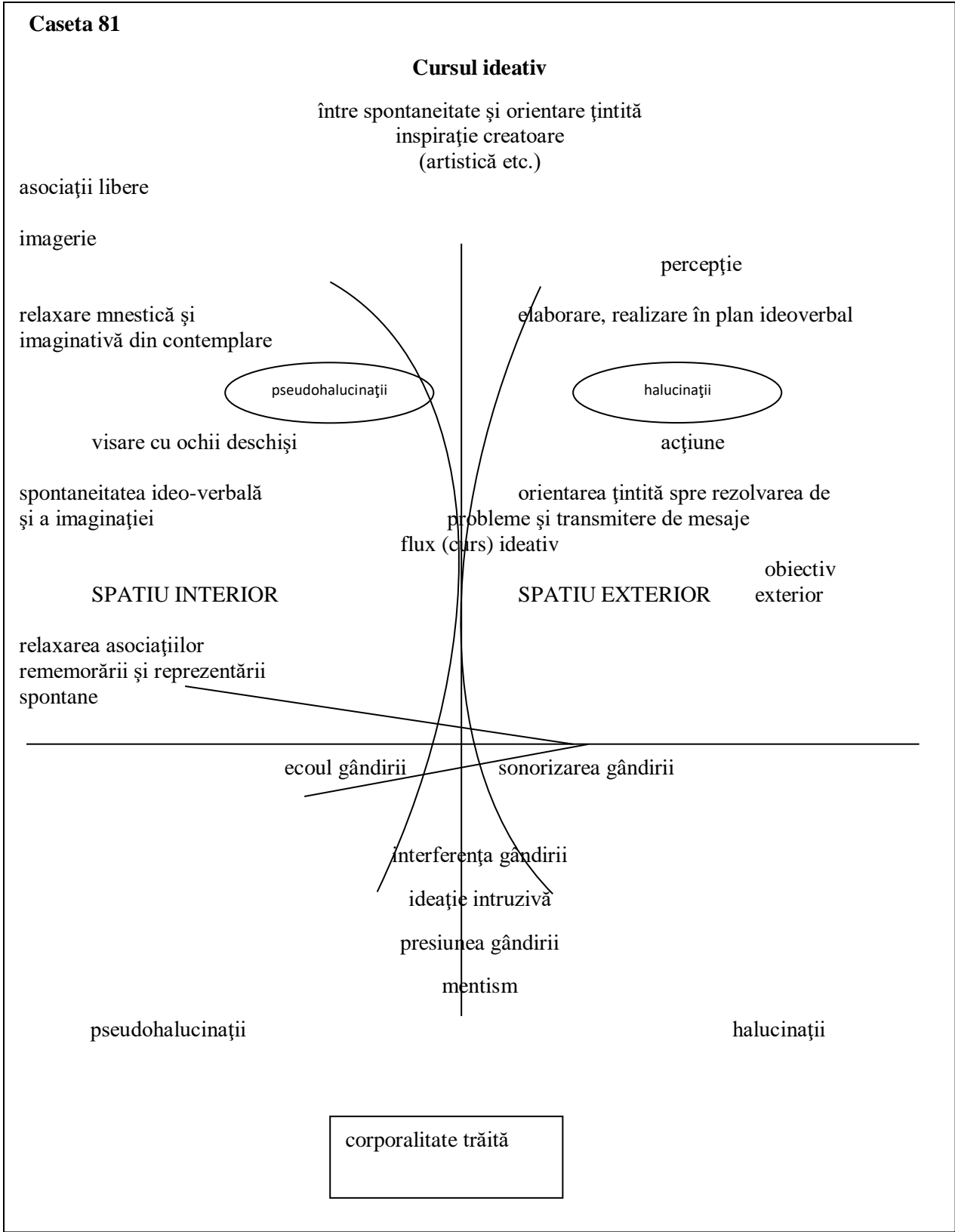
idee intruzivă

presiunea gândirii

mentism

halucinații

corporalitate trăită



Creativitatea (artistică) folosește și ea, în orice domeniu, pulsațiile fundalului mnestic imaginativ ale sinelui generativ, ce trec prin poarta cursului ideativ. Dincolo de tradiționala trimitere la momentele de inspirație creatoare, se poate face acum trimitere și la metodologia pe care suprarealismul o sugera, atunci când cultiva “dicteul automat”. Dar materialul creativ brut odată produs spontan, necesită o prelucrare creatoare conștientă, care-l personalizează suplimentar.

Subiectivitatea este o dimensiune structurală a psihismului personal - intențional și reflexiv - care-i permite subiectului să intre în dialog cu el însuși; să-și pregătească, conducă și evalueze proiectele, preocupările și comportamentele. Dar și să se autoanalizeze, să se autoevalueze, să trăiască sentimente de rușine, culpă, autodeprecieri. În această zonă a subiectivității, el poate gestiona ample aspecte ale direcționării sale în viață, luând decizii existențiale majore. În același instanță, subiectul poate resimți și da curs unor chemări spirituale, putând trăi metamorfoze de conversiune profundă – metanoia. El se poate apleca apoi spre vizarea transcendenței, rugându-se în solitudine, participând la un serviciu divin, trăind extazul mistic. Aparent de unul singur – dar dublat de universul corelativ agenției sale culturale – se află subiectul și când citește un roman, ascultă un concert simfonic sau contemplă un peisaj. Aceeași implicare complexă – subiectivă dar și comunitar-cultural-teoretică - o are apoi și omul de știință sau filosoful. Și anume, când elaborează o nouă ipoteză asupra unui sector de realitate, măsoară și face calcule matematice, operează cu entități fictive, meditează asupra fundamentelor, privitor la condițiilor de posibilitate a ceea ce există. Speculația filosofică – la fel ca și crearea și contemplarea operelor de artă, elaborarea teoriilor științifice sau raportarea la divinitate – presupune o persoană conștientă dimensionată prin logos și subiectivitate; care, e conectată cu instanța antropologică supraindividuală a „teoreticului cultural”.

În sec XX filosoful Husserl – pornind de la o tradiție a gândirii modernității care a abordat dimensiunea transcendentă a „condițiilor de posibilitate” (a „ceea ce este”) – a comentat prezența (potențială) în fiecare persoană umană, la unui nivel bazal al subiectivității, a unui „*ego transcendental*”. Nivel până la care coboară, de fapt, marii oameni de știință și filosofi atunci când își desfășoară comentariile lor abstracte asupra ființării și ființei. El mai susținea că, practic, aproape orice om ar putea coborâ până la această instanță speculativ teoretică, dacă ar desfășura o activitate metodică riguroasă de „punere între paranteze” a parametrilor implicării sale în lumea vieții cotidiene” (*Lebenswelt*). Pornind de la această elaborare, psihopatologul Blankenburg a sugerat că, la unii schizofreni s-ar petrece spontan, în manieră deficitar psihotică, o astfel de mutație – prăbușire -, conducând la tendințe de speculare naivă, pseudo-filosofică, așa cum se întâlnește la unii schizoizi.

