

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„VICTOR BABEȘ” TIMIȘOARA**

Aspecte metacognitive în patologia delirantă

Conducător științific

Acad. Prof. Dr. Mircea Lăzărescu

Doctorand

Psih. Lucian - Ioan Ile

2013

Rezumatul tezei de doctorat

CUPRINS

CUPRINS	I
INDEX TABELE	III
INDEX GRAFICE	V
LISTA ABREVIERILOR	VI
INTRODUCERE	1
PARTEA GENERALĂ	4
Capitolul I – Aspecte cognitive și metacognitive	5
1. Introducere – perspectiva generală.....	5
2. Cognații și metacognații.....	5
2.1 Cognații.....	5
2.2 Metacognațiile.....	8
Capitolul II – Psihopatologia delirului	11
1. Introducere.....	11
2. Circumscriere – definiție și istoric al delimitărilor.....	11
2.1 Repere istorice ale trăirilor delirante.....	11
2.2 Circumscriere actuală.....	14
3. Tulburări ce includ delirul.....	20
3.1 Tulburările psihotice.....	20
3.2 Tulburările afective.....	21
3.3 Alte tipuri de tulburări.....	21
Capitolul III – Patologie psihică și metacognații	23
1. Introducere.....	23
2. Procesualitate metacognitivă în patologie.....	23
2.1 Emoții și metacognații.....	23
2.2 Ajustarea metacognitivă.....	24
2.3 Modelul funcției executive auto-reglatorii (S-REF) al lui Wells.....	25
2.4 Metacognațiile și patologia non-psihotică.....	31
2.5 Procesări metacognitive în problematica psihotică.....	36

2.6 Insight-ul cognitiv.....	40
PARTEA SPECIALĂ.....	44
Capitolul IV – Motivația și dezideratele cercetării.....	45
1. Necesitatea și importanța realizării cercetării.....	45
2. Scopul, obiectivele și ipotezele cercetării.....	46
Capitolul V – Material și metodă.....	48
1. Participanți.....	48
2. Procedură și instrumente utilizate.....	71
Capitolul VI – Analiza statistică.....	75
1. Centralizarea datelor.....	75
2. Prelucrarea datelor.....	75
Capitolul VII – Rezultate.....	77
1. Adaptarea instrumentelor.....	77
2. Metacogniții.....	82
3. Insight cognitiv.....	86
4. Controlul gândurilor.....	90
5. Ajustare cognitiv-emoțională.....	93
6. Analiza în funcție de parametrii clinico-evolutivi.....	96
Capitolul VIII – Discuții.....	102
1. Adaptarea instrumentelor noi.....	102
2. Testarea ipotezelor.....	102
3. Aspecte conceptuale.....	108
Capitolul IX – Concluzii, limite și direcții de cercetare.....	111
BIBLIOGRAFIE.....	114
ANEXE.....	123

Introducere

Lucrarea de față abordează, din perspectivă metacognitivă, delirul, în primul rând din punct de vedere sindromatic și abia secundar din punct de vedere nosologic. Mai specific, teza urmărește să vadă în ce măsură există diferențe de participare metacognitivă – metacogniții, controlul gândurilor și insight cognitiv – la pacienții care au trecut prin experiențe delirante, în comparație cu pacienți care nu au experiența sindromatică a delirului și cu persoane din populația

generală. Sunt studiate relațiile cu domenii de coping cognitiv și emoțional. De asemenea, sunt studiate asocieri sau diferențe intra- și inter-categoriale.

Pentru aceasta sunt adaptate și utilizate în premieră câteva instrumente de evaluare noi pentru România: Chestionarul de control al gândurilor (TCQ, Wells și Davies, 1994), Chestionarul de metacogniții în forma scurtă (MCQ-30, Wells și Cartwright-Hatton în 1999) și Scala de Insight Cognitiv Beck (BCIS, Beck et al., 2004).

PARTEA GENERALĂ

Capitolul I – Aspecte cognitive și metacognitive

În acest capitol sunt prezentate circumscriseri succinte ale cognițiilor și metacognițiilor și este discutată o specie cognitivă centrală, credințele, relevantă pentru dezbateră actuală asupra delirului. Stările psihopatologice implică, în general, și o psihopatologie emoțională, prezentând un exces sau un deficit de emoții, eventual o inadecvare, astfel că am surprins, de asemenea legătura crucială a cognițiilor cu emoțiile, îmbinând reperele istorice relevante cu reconsiderări actuale. Procesualitatea auto-referențială de tip metacognitiv a fost pusă în legătură cu câteva concepte larg dezbătute în literatura de specialitate: conștiința, sinele și concepte corelate cu acestea.

Capitolul II – Psihopatologia delirului / convingerii patologice

În acest capitol am prezentat reperele istorice ale conceptului de delir, cu distincții specifice, cum ar fi cea terminologică dintre delir și delirium, precum și evoluția gândirii clinico-nosologice asupra fenomenelor delirante. Am prezentat clinica delirului, cu perspectiva psihopatologică „oficială”, numită și doxastică, dar și puncte de vedere cu greutate în istoria conceptului sau abordări care, deși actualmente au rămas cu statut subversiv, continuă explorarea delirului și reușesc să ofere idei interesante. Am optat pentru o viziune transdisciplinară în reliefa perspectivele contemporane asupra delirului. Relevantă, în acest sens, este perspectiva realităților multiple (Gallagher, 2009; Hamilton, 2007; Frankish, 2009), în care perspectiva doxastică are alternative și completări demne de luat în seamă. În final am prezentat succint tulburările care includ, în tabloul lor, delirul.

Capitolul III – Patologie psihică și metacogniții

Am surprins aspectele procesualității metacognitive, cu legătura dintre emoții și metacogniții, ajustarea metacognitivă și un model care câștigă teren cu fiecare an, modelul funcției executive auto-reglatorii S-REF (Wells și Mathews, 1994, 1996, Wells, 2000). Au fost descrise succint procesările acestui sistem în condiții firești, în raport cu emoțiile și în tulburări psihice, precum și factori ce influențează funcționarea acestuia.

Am discutat implicarea metacognițiilor în patologia non-psihotică, mai bine studiată până în prezent, cu accent asupra a trei domenii: cel al problematicei obsesiv-compulsive, cel al anxietății generalizate, în strânsă legătură cu îngrijorarea și cel al depresiei, în strânsă legătură cu ruminăția. De asemenea, am prezentat implicarea metacognitivă în patologia psihotică, cu atenție sporită pe participarea metacognitivă în halucinații și delir. În final am adus în discuție conceptul beck-ian de insight cognitiv, cu puternice valențe metacognitive.

PARTEA SPECIALĂ

Motivația și dezideratele cercetării

1. Necesitatea și importanța realizării cercetării

În momentul de față există relativ puține demersuri în studiul metacognițiilor în patologia psihotică delirantă. Domeniul respectiv este reprezentat semnificativ, mai degrabă, la nivel general sau la nivelul unor patologii nevrotice cum sunt anxietatea generalizată sau obsesionalitatea. Deși există progrese în ultimii ani, participarea metacognitivă la fenomenologia delirantă are, încă, multe necunoscute și incertitudini.

Sunt aproape absente studiile pe populații clinice non-active, cu simptomatologia în remisiune, așa cum este cercetarea de față. Sunt puține încercări de decelare a asocierii metacognițiilor cu aspecte clinico-evolutive.

Apariția unor concepte noi, cum ar fi, de exemplu, cel de insight cognitiv, este încurajatoare și necesită, de asemenea, validări tot mai consistente.

2. Scopul, obiectivele și ipotezele cercetării

Scopul cercetării

Cercetarea de față își propune să extindă și să nuanțeze studiul mecanismelor cognitive și metacognitive în patologia delirantă non-activă, în condiția de remisiune, vizând în mod specific

modalități procesuale, diferențe și similarități cu alte patologii sau cu funcționarea non-patologică.

Studiul de față se dorește a fi unul care clarifică diferențele de participare metacognitivă în condiția delirantă față de condiția non-delirantă (la pacienți și la non-pacienți). De asemenea, el tinde să surprindă prezența unor eventuale asocieri între domeniile metacognitive și modalitățile de ajustare, precum și eventuale asocieri cu unii parametri clinico-evolutivi, fapt care ar putea fi util în gestiunea îngrijirilor.

Obiective

Obiectivele cercetării vizează:

1. Conturarea unor modalități de procesualitate cognitivă și metacognitivă la pacienții cu patologie psihotică delirantă non-activă.
2. Decelarea unor asocieri, diferențe sau similarități cu alte patologii fără antecedente de experiență delirantă sau cu funcționarea normală.

Ipoteze

1. Există diferențe de participare metacognitivă, insight cognitiv, ajustare metacognitivă și cognitiv-emoțională între pacienții cu patologie delirantă non-activă, pacienții cu patologii non-delirante și non-pacienți, precum și la nivel intra-categorial (la nivel de diagnostic).
2. Există asocieri ale credințelor metacognitive și insight-ului cognitiv cu unii parametri clinico-evolutivi (durata evoluției, numărul de episoade, perioada de la ultima experiență delirantă) la pacienții deliranți non-activi.

Material și metodă

1. Participanți

Lotul pentru adaptarea instrumentelor

Lotul pentru adaptarea instrumentelor noi a fost constituit din 170 persoane din populația generală, cu vârsta între 19 – 53 ani, 117 de gen feminin și 53 de gen masculin.

Loturi de cercetare extinse

Au fost delimitate 3 loturi extinse: două loturi clinice și un lot de populație generală (non-pacienți).

Primul lot clinic extins (A) a fost constituit din 96 pacienți psihiatrici cu experiență delirantă în evoluție, aflați într-o stare de remisiune totală sau parțială a delirului și a tulburării, fără decompensare clară sau masivă (pacienți cu delir non-activ), cu vârstă între 20 și 68 ani, 62 de gen feminin și 34 de gen masculin.

Al doilea lot clinic extins (B) a fost constituit din 56 pacienți psihiatrici fără experiență delirantă în evoluție, aflați într-o stare de remisiune totală sau parțială a tulburării, fără decompensare clară sau masivă (pacienți non-deliranți), cu vârstă între 20 și 70 ani, 39 de gen feminin și 17 de gen masculin.

Lotul extins de subiecți din populație generală (C) a fost constituit din persoane fără patologie psihică în istoric (non-pacienți), cu vârstă între 22 și 53 ani, 50 de gen feminin și 40 de gen masculin.

Loturi de cercetare restrânse

Există șase sub-categorii de loturi restrânse prin etape succesive, apelându-se la distincții intra-categoriale în populația clinică și la restrângerea lotului de non-pacienți.

2. Procedură și instrumente utilizate

Colectarea datelor

Subiecții din lotul pentru adaptarea instrumentelor noi au fost recrutați dintre studenții la psihologie de la „Univ. Al. I. Cuza” din Iași, dintre membrii unor grupuri profesionale de formare, precum și dintre cunoștințele și aparținătorii acestora la nivel de rețea socială, identificarea lor realizându-se și cu ajutorul și acordul unor persoane-resursă: colegi psihologi și psihiatri, formatori, cunoștințe la nivel de rețea socială .

Subiecții din loturile clinice au fost recrutați dintre pacienții mai multor secții de psihiatrie din județul Timiș, inclusiv Clinica de Psihiatrie „Eduard Pamfil” Timișoara, din Arad și Târgu-Mureș și dintre pacienții a două cabinete psihiatrice și un cabinet psihologic din Timișoara, cu ajutorul și acordul unor colegi psihiatri și psihologi, titulari ai cabinetelor sau șefi de secție.

Atât persoanelor-resursă, cât și subiecților li s-au administrat informații cu privire la cercetare, prin intermediul unei informări scrise, precum și verbal, iar subiecților și prin intermediul unui formular de consimțământ informat.

Protocolul de informare în vederea recrutării a presupus oferirea de informații generale asupra scopului cercetării, proceduri incluse, riscuri și beneficii, confidențialitate, opțiuni de participare. Persoanelor-resursă li s-a comunicat verbal criteriile de includere / excludere pentru fiecare tip de participanți.

Fiecărui participant i s-a oferit un formular de consimțământ informat în care sunt prezente, în general, cam aceleași informații ca și în informarea asupra cercetării, dar având, în plus o parte cu referire la acordul de participare. Nu s-a trecut mai departe la colectarea propriu-zisă a datelor dacă subiectul nu a consimțit la participare.

După identificarea și recrutarea participanților, s-a operat colectarea propriu-zisă a datelor generale și specifice. Aceasta s-a făcut printr-un interviu anamnestic-clinic individual cu participantul, prin solicitarea unor informații persoanelor-resursă și prin consultarea (în cazul pacienților) documentelor (foi de observații, fișe, buletine de investigații etc.) și prin aplicarea unor scale sau chestionare de evaluare. În cazurile unde au existat dubii în ce privește acuratețea informației au fost consultate persoanele-resursă, iar dacă dubiile nu au putut fi depășite, s-a renunțat la participarea subiecților în cauză.

Datele generale au fost sumarizate într-o fișă a subiectului, cu prezentare tabelară.

Scalele și chestionarele aplicate au fost despuiate, iar datele specifice obținute în urma aplicării au fost centralizate într-un centralizator.

Probele utilizate

Iată prezentate, mai jos, câteva informații sumare despre instrumentele ce au fost utilizate:

1. Scala impresiei clinice globale (CGI, Guy, 1976) – este o scală de evaluare generală utilizată pentru toate tipurile de pacienții psihiatrici.

Este concepută a fi administrată de un evaluator specializat. Scala cuprinde trei itemi : gravitatea bolii; ameliorarea; indicele de eficiență (utilizat în studiile referitoare la medicație) și diferite gradații de răspuns. Pentru cercetare, am selectat subiecți în loturile clinice cu scorul de maxim 3 la severitatea bolii, corespunzând statusului fără simptome, marginal sau cel mult cu simptome ușoare (1 = normal, deloc bolnav; 2 = la limita dintre sănătos și bolnav; 3 = ușor bolnav), fapt

care atestă condiția de remisiune totală sau parțială, oricum de simptomatologie non-activă.

Scorul participă la criteriile de includere.

2. Chestionarul de metacogniții în forma scurtă (MCQ-30 – Wells și Cartwright-Hatton, 2004), cuprinde 30 itemi ale căror răspunsuri vizează informații din 5 domenii: credințe pozitive despre îngrijorare (POZ), credințe negative despre incontrolabilitatea și pericolul îngrijorării (NEG), încredere cognitivă (IC), nevoia de control (NC), conștiință de sine cognitivă (CSC). Toate aceste domenii reflectă credințe metacognitive, evaluări și tendințe de monitorizare considerate importante pentru modelul metacognitiv al tulburărilor psihice.

3. Scala de Insight Cognitiv Beck (BCIS, Beck et al., 2004) este un instrument ce măsoară insight-ul cognitiv, capacitatea de conștientizare a propriei funcționări mintale, de a recunoaște propriile distorsiuni cognitive, de a le evalua și testa, precum și de a lua în considerare interpretări mai realiste ale evenimentelor.

4. Chestionarul de control al gândurilor (TCQ, Wells și Davies, 1994), cuprinde 30 itemi ale căror răspunsuri vizează informații din 5 domenii: distragere, pedeapsă, reevaluare, îngrijorare, control social. Instrumentul măsoară modalități de ajustare la gânduri neplăcute, intruzive / nedorite, constituind strategii metacognitive de auto-reglare.

5. Chestionarul de evaluare a coping-ului cognitiv-emoțional (CERQ, Garnefski, Kraaij și Spinhoven, 2001), este un instrument multidimensional care măsoară strategiile de ajustare cognitivă utilizate pentru reglarea emoțională, după ce persoana a trăit anumite evenimente sau situații negative. El cuprinde 36 itemi ale căror răspunsuri vizează 9 domenii: auto-culpabilizare, acceptare, ruminare, refocalizare pozitivă, , refocalizare pe planificare, reevaluare pozitivă, punerea în perspectivă, catastrofare, culpabilizarea celorlalți.

Prelucrarea datelor

S-a realizat cu ajutorul unui soft specializat, de către un statistician independent, după colectarea și centralizarea datelor de către cercetător.

Pentru fiecare etapă de prelucrare a datelor s-au folosit analize specifice.

Pentru adaptarea scalelor s-a utilizat analiza factorială confirmatorie (CFA), realizată cu ajutorul programului AMOS 16 (Arbuckle, 2007), a fost utilizată pentru a verifica potrivirea cu datele a structurii factoriale a probelor utilizate. CFA a fost efectuată pe matricea de covarianță dintre itemi, folosind metoda de estimare a verosimilității maxime (engl. *maximum likelihood*

estimation method). Gradul de adecvare a modelelor testate a fost stabilit folosind atât indicatori absoluți, cât și indicatori relativi. Indicatorii absoluți calculați au fost testul χ^2 al gradului de potrivire, *GFI* (engl. *Goodness of Fit Index*), *GFI* ajustat (*AGFI*, engl. *Adjusted Goodness of Fit Index*) și *RMSEA* (engl. *Root Mean Square Error of Approximation*). Indicatorii relativi calculați au fost *IFI* (engl. *Incremental Fit Index*) și *CFI* (engl. *Comparative Fit Index*).

Pentru testarea ipotezelor s-a utilizat analiza de varianță (ANOVA), în mod obișnuit folosită pentru comparații între mai multe grupuri, cu comparații post hoc Games-Howell.

Rezultate și discuții

1. Adaptarea instrumentelor noi

Trei noi instrumente în domeniul metacognițiilor (MCQ-30), al insight-ului cognitiv (BCIS) și al ajustării metacognitive (TCQ) sunt utilizabile și pe populație românească. Analizele factoriale confirmatorii sugerează că instrumentele respective sunt de încredere, dar că există și puncte slabe. La MCQ-30, în ce privește consistența internă, singura valoare care cade sub pragul de .70 este pentru scala NC, restul subscalelor obținând valori optime. La TCQ, singura valoare inadecvată a consistenței interne este obținută de subscala Pedepsă, iar subscala Îngrijorare obține o valoare marginală. La BCIS există un nivel marginal, dar acceptabil al consistenței interne la ambele subscale.

2. Testarea ipotezelor

Rezultatele obținute sunt parțial consistente cu datele din literatura de specialitate. Informațiile obținute în urma cercetării aduc și idei noi, care ar putea deschide noi direcții.

La pacienții cu delir activ au fost găsite date care sprijină ideea de participare metacognitivă la tulburare, în timp ce la pacienții cu delir non-activ, datele găsite în literatură sunt aproape absente, oricum neclare. Studiul de față încearcă să aducă un plus de claritate în ce privește participarea metacognițiilor la vulnerabilitatea pentru delir, în primul rând, precum și la tulburarea psihică, în general.

Referitor la diferențele legate de *credițele metacognitive* după dimensiunile MCQ-30, ele au fost constatate după cum urmează:

1. În cazul loturilor extinse, au fost identificate diferențe semnificative pentru toate cele cinci subscale ale MCQ-30, diferențele au fost identificate între pacienții cu delir non-activ și non-

pacienți, respectiv între pacienții non-deliranți și non-pacienți, fără să fie identificate diferențe semnificative între pacienții cu experiență delirantă și cei non-deliranți.

Diferențele la nivel de funcționare metacognitivă par să nu fie asociate cu prezența non-activă a delirului, cât mai degrabă cu condiția maladivă în general, în contextul cercetării fiind în remisiune. Diferențele de funcționare cognitivă sprijină ideea participării metacognitive la tulburarea psihică, inclusiv în condiția de remisiune, fapt ce susține ideea de vulnerabilitate la nivel metacognitiv în ce privește stările psihopatologice.

2. În cazul loturilor restrânse, se constată că diferențele dispar pe măsură ce se restrâng loturile în sensul specificității.

La loturile restrânse 1 au fost identificate diferențe semnificative pentru toate cele cinci subscale ale MCQ-30 între loturile clinice și lotul de populație generală, dar între loturile clinice nu au fost identificate diferențe semnificative.

La loturile clinice 2 și 3 nu au fost identificate diferențe semnificative între cele două perechi de grupuri pentru nicio dintre subscalele MCQ-30. Nu există diferențe de funcționare metacognitivă între pacienții cu tulburări delirante persistente și cei cu schizofrenie paranoidă (în condiția de remisiune) și nici între pacienții cu tulburări delirante persistente și pacienții psihotici cu componentă schizofrenă (în condiția de remisiune).

Având în vedere că discutăm de pacienți remiși, rezultatele ar putea sugera că vulnerabilitatea pentru delir nu este neapărat metacognitivă, dar că ar putea exista o vulnerabilitate metacognitivă pentru condiția maladivă psihică în general, având în vedere diferențele clare între funcționarea metacognitivă a loturilor de pacienți și cele de non-pacienți, fapt consistent cu rezultatele găsite de Morrison și Wells (2003) în compararea unor loturi de pacienți deliranți, pacienți cu tulburare de panică și non-pacienți, chiar dacă cercetarea de față implică, la pacienți, condiția de remisiune.

În ce privește *insight*-ul *cognitiv*, comparațiile au arătat următoarele:

1. La loturile extinse există diferențe privind subscala de Auto-reflecție și indexul BCIS, între pacienții cu experiență delirantă și lotul de populație generală, respectiv între pacienții fără experiență delirantă și lotul de populație generală. Diferențele apar, așadar la nivelul capacității auto-reflexive, dar între condiția maladivă și cea non-maladivă, fără diferențe între tipurile de condiție maladivă. Nu au fost identificate diferențe semnificative privind scala Auto-certitudine.

Aceste rezultate sugerează, de asemenea, absența asocierii între delirul non-activ și insight-ul cognitiv. Acest fapt nu infirmă asocierea nivelului crescut de auto-certitudine cu simptomele delirante, găsit în puținele studii existente, dar ar putea sugera că delirul nu presupune o vulnerabilitate specifică legată de auto-certitudine. De asemenea rezultatele găsite ar putea infirma parțial, ideea emisă de Bora et al. (2007), conform căreia auto-certitudinea pacienților cu psihoză (schizofrenie) ar putea fi o caracteristică relativ persistentă, prezentă și după revenirea din psihoză. Desigur că, pentru o comparare a datelor cu studiul efectuat de Bora et al. (2007), ar fi nevoie de o re-evaluare a loturilor de pacienți psihotici în condiția de decompensare psihotică și compararea cu rezultatele din condiția non-activă, de remisiune.

2. La loturile restrânse, la fel ca și în cazul credințelor metacognitive după dimensiunile MCQ-30, diferențele dispar pe măsură ce se restrâng loturile în sensul specificității. La loturile restrânse 1 au fost identificate diferențe semnificative între loturile A (pacienți cu experiență delirantă proeminentă) și B (pacienți cu tulburări afective cu elemente psihotice) și lotul de populație generală, la subscalele de Auto-reflecție, fără să fie identificate diferențe semnificative între loturile clinice. La loturile clinice 2 și 3 nu au fost identificate diferențe semnificative între cele două perechi de grupuri pentru niciuna dintre subscalele BCIS.

Nu există diferențe de insight cognitiv între pacienții cu tulburări delirante persistente și cei cu schizofrenie paranoidă (în condiția de remisiune) și nici între pacienții cu tulburări delirante persistente și pacienții psihotici cu componentă schizofrenă (în condiția de remisiune).

Iarăși, rezultatele ar putea sugera că vulnerabilitatea pentru delir nu este neapărat metacognitivă, dar că ar putea exista o vulnerabilitate metacognitivă pentru condiția maladivă psihică în general, având în vedere diferențele clare între funcționarea metacognitivă a loturilor de pacienți și cele de non-pacienți. În plus apare legitimă întrebarea: este foarte diferit statusul de psihotic de statusul afectiv cu simptome psihotice?

În ce privește *controlul gândurilor*, rezultatele au arătat următoarele aspecte:

1. La loturile extinse, au fost identificate diferențe semnificative pentru subscalele Pedepsă, Reevaluare și Îngrijorare între pacienții cu experiență delirantă și lotul de populație generală, respectiv între pacienții fără experiență delirantă și lotul de populație generală, dar fără diferențe semnificative între pacienții cu experiență delirantă și cei fără experiență delirantă.

Lucrurile se repetă ca și în cazul domeniilor evaluate și discutate anterior. În plus, faptul că îngrijorarea este unul dintre domeniile cu diferență semnificativă sugerează consistența cu

ideea emisă de Freeman și Garety (1999) că îngrijorarea este un ingredient generic pentru tulburările psihice.

2. La loturile restrânse 1 au fost identificate diferențe semnificative pentru subscalele Pedepsă și Îngrijorare, între cele trei loturi clinice și lotul de populație generală (pentru scalele Pedepsă și Îngrijorare), respectiv între loturile B (pacienți cu tulburări afective cu elemente psihotice) și C (pacienți cu tulburări afective fără elemente psihotice) pentru scala Pedepsă. Nu au fost identificate diferențe semnificative între loturile A și B, respectiv A și C. În cazul controlului gândurilor nu s-a mai procedat la o restrângere mai specifică a loturilor.

Apare, la această comparație, prima diferență semnificativă dintre două loturi clinice în remisiune, în condiția în care s-a operat o mai mare specificitate în selecția loturilor. Ar putea să apară întrebarea dacă nu cumva ajustarea metacognitivă participă la diferențierea între statusul afectiv cu simptome psihotice și statusul afectiv fără simptome psihotice. Desigur, aceste rezultate relativ izolate sunt doar preliminare și merită a fi extinsă cercetarea.

În ce privește *ajustarea cognitiv-emoțională*, ca și în cazul controlului gândurilor (modalitate de ajustare metacognitivă specifică), am procedat la comparații doar pe loturile extinse și pe loturile ce au suferit prima etapă de restrângere. Rezultatele au arătat următoarele aspecte:

1. La loturile extinse, au fost identificate diferențe semnificative între pacienții cu delir non-activ și non-pacienți pentru subscalele Refocalizare pe planificare, Reevaluare pozitivă și Culpabilizarea celorlalți, între pacienții fără delir și non-pacienți, pentru subscalele Ruminare și Refocalizare pozitivă, respectiv între ambele loturi de pacienți și lotul de populație generală pentru subscalele Acceptare și Catastrofare. Nu au fost identificate diferențe semnificative pentru subscalele Autoculpabilizare și Punerea în perspectivă. Nu au fost identificate diferențe semnificative între pacienții cu delir non-activ și cei fără delir.

Încă o dată nu sunt constatate diferențe de ajustare între loturile de pacienți, în condiția de remisiune. Faptul că există un efect puternic în cazul Catastrofării, având în vedere similitudinea conceptuală cu îngrijorarea, acest fapt poate sprijini încă o dată posibilitatea ca îngrijorarea să fie un factor generic de vulnerabilitate.

2. La loturile restrânse 1, au fost identificate diferențe semnificative pentru subscalele Refocalizare pe planificare și Reevaluare pozitivă între loturile A (pacienți cu experiență delirantă proeminentă) și D (non-pacienți) și între loturile clinice și lotul de populație generală

pentru subscalele Catastrofare și Culpabilizarea celorlalți. Nu au fost identificate diferențe semnificative între loturile clinice.

Rezultatele accentuează cele menționate mai sus la loturile extinse.

În ce privește *asocierea credințelor metacognitive și a insight-ului cognitiv cu anumiți parametri clinico-evolutivi*, s-au comparat grupuri segregate din lotul extins de pacienți cu delir non-activ (n = 96) în funcție de trei parametri clinico-evolutivi: durata evoluției, numărul de episoade și durata de la ultima experiență delirantă. Au fost relevate următoarele aspecte:

1. Nu au fost identificate diferențe semnificative în funcție de durata evoluției între cele două grupuri (Grup A = Sub 5 ani, Grup B = Peste 5 ani) pentru nicioare dintre subscalele BCIS.
2. Nu au fost identificate diferențe semnificative în funcție de durata evoluției între cele două grupuri (Grup A = Sub 5 ani, Grup B = Peste 5 ani) pentru nicioare dintre subscalele MCQ-30.

Credințele metacognitive nu par să fie asociate cu durata evoluției la distincția operată.

3. Nu au fost identificate diferențe semnificative în funcție de numărul de episoade între cele două grupuri (Grup A = 1–5 episoade, Grup B = Peste 5 episoade) pentru nicioare dintre subscalele BCIS.
4. Nu au fost identificate diferențe semnificative în funcție de numărul de episoade între cele două grupuri (Grup A = 1–5 episoade, Grup B = Peste 5 episoade) pentru nicioare dintre subscalele MCQ-30.
5. Nu au fost identificate diferențe semnificative în funcție de perioada de la ultima experiență delirantă (Grup A = Sub 3 luni, Grup B = Peste 3 luni) pentru nicioare dintre subscalele BCIS.
6. Au fost identificate diferențe semnificative între cele două grupuri în funcție de perioada de la ultima experiență delirantă (Grup A = Sub 3 luni, Grup B = Peste 3 luni) privind subscalele MCQ pentru subscalele Credințe pozitive despre îngrijorare (POZ), Credințe negative despre incontrolabilitatea și pericolul îngrijorării (NEG) și Nevoie de control (NC), cu efecte moderate.

Insight-ul cognitiv nu pare să fie asociat cu durata evoluției, numărul de episoade sau perioada de la ultima experiență delirantă la distincțiile operate.

Credințele metacognitive nu par să fie asociate cu durata evoluției sau numărul de episoade la distincțiile operate, dar apar indicii de asociere cu perioada de la ultima experiență delirantă.

Este prima asociere specifică între metacogniții și fenomenul delirant, care poate sugera următorul fapt: cu cât experiența delirantă a fost mai recentă, cu atât cele trei categorii

metacognitive sunt mai puternice. Deși e încurajator, merită să fim rezervați și, eventual, pe viitor, să nuanțăm cercetarea.

Concluzii, limite și direcții de cercetare

Cercetarea de față aduce câteva date inedite despre un domeniu relativ inedit, cel al metacognițiilor. Prezentăm, sintetic, câteva aspecte care au fost decelate, împreună cu limitele și direcțiile ce pot configura extinderea și continuitatea cercetării în viitor:

1. Rezultatele privind adaptarea instrumentelor noi (MCQ-30, TCQ, BCIS) pe populație românească sunt încurajatoare. Chiar dacă ele fac posibilă utilizarea probelor, pe viitor, ne propunem extinderea eșantionului și reluarea analizei pentru o abordare și mai nuanțată.

2. Având în vedere condiția de remisiune a loturilor clinice, rezultatele nu fac trimitere doar la asocieri ale metacognițiilor cu statusul psihopatologic, ci și la posibila vulnerabilitate de tip metacognitiv.

3. În general, în analizele efectuate, rezultă că sunt diferențe clare referitoare la credințe metacognitive, insight cognitiv, ajustare metacognitivă și ajustare cognitiv-emoțională, între loturile de pacienți remiși și loturile de non-pacienți. Diferențele referitoare la aceste domenii între loturile clinice sunt izolate, sugerând că participarea metacognitivă poate fi o modalitate de funcționare vulnerabilă pentru tulburările psihice în general, nu neapărat pentru o simptomatologie anume sau pentru o tulburare anume. Rămâne de extins și de atomizat cercetarea pentru a vedea mai detaliat diferențieri și asocieri la nivel de tulburări și la nivel evolutiv.

4. Au fost constatate diferențe la nivel de ajustare metacognitivă (controlul gândurilor) între pacienți cu tulburări afective cu elemente psihotice și pacienți cu tulburări afective fără elemente psihotice, la nivelul dimensiunii Pedepsă. Este singura diferență semnificativă care implică prezența sau absența experienței delirante în evoluție. Chiar dacă sunt date izolate, ar merita aprofundată analiza unor loturi mai extinse și nuanțat design-ul de cercetare, mai ales din perspectivă clinico-evolutivă.

5. Au fost constatate diferențe legate de credințele metacognitive între pacienții deliranți non-activi cu experiență delirantă recentă (sub 3 luni) și cei cu experiență delirantă mai puțin recentă (peste 3 luni), la trei dintre subscalele MCQ-30: Credințe pozitive despre îngrijorare (POZ), Credințe negative despre incontrolabilitatea și pericolul îngrijorării (NEG) și Nevoie de

control (NC). Aceste date sprijină mai specific posibilitatea implicării metacognițiilor în manifestările delirante, dar trebuie menținută prudența și continuate analizele pe loturi mai mari și pe distincții diverse.

6. Din punct de vedere conceptual, abordarea metacognitivă pare să fie una consistentă (cel puțin parțial) cu diferite concepte sau modele mai cuprinzătoare ale fenomenului delirant, cum ar fi abordările evaluative ale emoțiilor, sau mai specifice, cum ar fi abordările realităților multiple sau cele neuroștiințifice de tip mixt. Ar fi interesant dacă am extinde cercetarea în direcție experimentală și / sau cazuistică pentru testarea mai specifică a modelului metacognitiv.

7. Datele obținute sunt parțial consistente cu datele din literatură, nu doar datorită rezultatelor, cât mai ales faptului că studiile existente (puține și limitate) sunt efectuate pe loturi clinice fără o precizare clară a statusului psihopatologic, cel mai probabil pe pacienți cu simptome active. Din acest punct de vedere, rezultatele cercetării de față aduc noutate în domeniile explorate. Ar merita, probabil, extinsă cercetarea și în vederea unor comparații între loturi clinice cu simptome active și loturi clinice cu simptome non-active, eventual între aceleași loturi clinice în momente diferite ale evoluției.

8. Metodologia de cercetare are limitările ei, deoarece sunt foarte puține instrumente standardizate care vizează domeniile investigate. Chiar dacă cercetarea de față aduce trei instrumente noi pentru România, probe validate și recunoscute la nivel internațional, ar fi utilă extinderea metodologiei, adăugarea de modalități noi de investigare, cum ar fi cele experimentale.

9. Deși, mărimea unor loturi a fost rezonabilă pentru design-ul cercetării, extinderea lor ar putea aduce mai multă certitudine și claritate, mai ales acolo unde nevoie de o abordare mai specifică.

10. Delirul rămâne un concept în dezbatere, cu multe aspecte incerte. Procesualitatea metacognitivă pare o direcție promițătoare de explorare a naturii și manifestării delirului.

Cuvinte cheie: *delir, metacogniții, insight cognitiv, controlul gândurilor, coping*

BIBLIOGRAFIE

1. LAROUSSE. (2006). *Marele dicționar al psihologiei*. TREI.
2. Libet, B., Gleason, C. A., Wright, E.W., and Pearl, D. K. (1983). *Time of conscious intention to act in relation to onset of cerebral activity (readiness-potential)*. *Brain* 106: 623–642.
3. Libet, B. (1994). *A testable mind-brain field theory*. *Journal of Consciousness Studies* 1: 119–126.
4. Pockett, S., Banks, W.P., Gallagher, S. (2006). *Introduction*, în Pockett, S., Banks, W.P., Gallagher – ed. (2006). *Does Consciousness Cause Behavior?* The MIT Press.
5. Wegner, D. M., and Wheatley, T. 1999. *Apparent mental causation: Sources of the experience of will*. *American Psychologist*, 54: 480–492.
6. Wegner, D. M. 2002. *The Illusion of Conscious Will*. MIT Press.
7. Schultz, D.P., Schultz, S.E. (2012). *O istorie a psihologiei moderne*. TREI.
8. Lazarus, R.S. (2011). *Emoție și adaptare*. TREI.
9. Flavell, J.H. (1979). *Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry*. *American Psychologist*, 34, 906–911.
10. Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition. Innovative Cognitive Therapy*. John Wiley & Sons.
11. Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion. A Clinical Perspective*. Hove: Erlbaum.
12. Davies, M. (1999). *Consciousness*, în Wilson, R.A., Keil, F.C. (1999). *The MIT Encyclopedia of the Cognitive Science*. MIT Press.
13. Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness*. Harcourt.
14. Damasio, A. (2010). *Self Comes to Mind. Constructing the Conscious Brain*. Pantheon Books.
15. Searle, J. (2013). *Mintea. Scurtă introducere în filosofia minții*. Herald.
16. Chalmers, D.J. (1996). *The Conscious Mind. In Search of a Fundamental Theory*. Oxford University Press,.
17. Berrios, G. E. (1999). *'Délire' - Introduction*. *History of Psychiatry* 10; 525–542.

18. Adamis, D., Treloar, A., Martin, F.C., Macdonald, A.J.D. (2007). *A brief review of the history of delirium as a mental disorder*. History of Psychiatry 18; 459–469.
19. Dowbiggin, I. (2000). *Delusional diagnosis? The history of paranoia as a disease concept in the modern era*. History of Psychiatry 11; 037–069.
20. Jaspers, K. (1997). *General Psychopathology*. The Johns Hopkins University Press.
21. Tatossian, A. (1979). *Phenomenologie des psychoses*. MASSON.
22. Lăzărescu, M. (1994). *Psihopatologie clinică*. Helicon.
23. Lăzărescu, M. (2010). *Bazele psihopatologiei clinice*. Ed. Academiei Române.
24. Sass, L.A. (2007). „*Schizophrenic Person*” or „*Person with Schizophrenia*”? : *An Essay on Illness and the Self*. Theory & Psychology; vol. 17(3): 395–420.
25. Ratcliffe, M. (2010). *Delusional Atmosphere and Delusional Belief*, in Gallagher, S., Schmicking, D. (2010). *Handbook of Phenomenology and Cognitive Science*. Springer.
26. Kapur, S., *Psychosis as a State of Aberrant Salience: A Framework Linking Biology, Phenomenology and Pharmacology in Schizophrenia*, American Journal of Psychiatry, 160:13-23, 2003.
27. Hemsley, D.R. (2005). *The Schizophrenic Experience: Taken Out of Context?* Schizophrenia Bulletin, vol. 31 no 1, p. 43–53.
28. Campbell, J. (2001). *Rationality, meaning, and the analysis of delusion*. Philosophy, Psychiatry and Psychology, 8, 89-100.
29. Fornells-Ambrojo M, Garety PA. (2009). *Attributional biases in paranoia: The development and validation of the Achievement and Relationships Attributions Task (ARAT)*. Cognitive Neuropsychiatry; 14 (2):87–109.
30. So, S.H., Freeman, D., Dunn, G., Kapur, S., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Garety, P.A. (2012). *Jumping to Conclusions, a Lack of Belief Flexibility and Delusional Conviction in Psychosis: A Longitudinal Investigation of the Structure, Frequency, and Relatedness of Reasoning Biases*. Journal of Abnormal Psychology, Vol. 121, No. 1, 129–139.
31. Speechley, W.J., Whitman, J.C., Woodward, T.S. (2010). *The contribution of hypersalience to the “jumping to conclusions” bias associated with delusions in schizophrenia*. Journal of Psychiatry and Neuroscience, 35 (1):7–17.
32. Woodward, T. S., Moritz, S., Menon, M., Klinge, R. (2008). *Belief inflexibility in schizophrenia*. Cognitive Neuropsychiatry, 13 (3), 267–277.

33. Frith, C. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Lawrence Erlbaum Associates.
34. Coltheart, M., Langdon, R., McKay, R. (2007). *Schizophrenia and Monothematic Delusion*. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3):642–647.
35. Coltheart, M. (2010). *The neuropsychology of delusion*. *Annals of the New York Academy of Science*, 1191:16–26.
36. American Psychiatric Association. (2000). *Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale DSM-IV-TR*. Asociația Psihiatrilor Liberi din România.
37. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition. DSM-5*.
38. Schneider K. (1959). *Clinical Psychopathology*. Grune & Stratton.
39. Nordgaard, J., Arnfred, S. M., Handest, P., Parnas, J. (2008). *The Diagnostic Status of First-Rank Symptoms*. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 34, no 1 p. 137–154.
40. Gallagher, S. (2009). *Delusional Realities*, in Broome, M.R., Bortolotti, L. (2009). *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*. Oxford University Press.
41. Hamilton, A. (2007). *Against the belief model of delusions*, în Chung, M.C., Fulford, K.W.M., Graham, G. *Reconceiving schizophrenia*. Oxford University Press.
42. Frankish K. (2009). *Delusions: A two – level framework*, în Broome MR, Bortolotti L. (2009). *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*. Oxford University Press.
43. Cohen L.J. (1992). *An essay on belief and Acceptance*. Oxford University Press.
44. Organizația Mondială a Sănătății - WHO. (1998). *ICD-10. Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Simptomatologie și diagnostic clinic*. ALL.
45. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition. DSM-5*.
46. Yeung, N., Summerfield, C. (2012). *Metacognition in human decision-making: confidence and error monitoring*. *Phil. Trans. R. Soc. B*, 367, 1310–1321.
47. Frith, C.D. (2012). *The role of metacognition in human social interactions*. *Phil. Trans. R. Soc. B*, 367, 2213–2223.
48. Petty, R.E. (2006). *A metacognitive model of attitudes*. *Journal of Consumer Research. Inc.*, Vol. 33, June.

49. Vukman, K. B. (2005). *Developmental Differences in Metacognition and their Connections with Cognitive Development in Adulthood*. *Journal of Adult Development*, Vol. 12, No. 4, December.
50. Carruthers, G. (2012). *A metacognitive model of the sense of agency over thoughts*. *Cognitive Neuropsychiatry*, 17 (4), 291–314.
51. Nelson, T.O., Stuart, R.B., Howard, C., Crowley, M. (1999). *Metacognition and Clinical Psychology: A Preliminary Framework for Research and Practice*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 73-79.
52. Lazarus, R.S. (1993). *Coping Theory and Research: Past, Present, and Future*. *Psychosomatic Medicine*, 55:234–247.
53. Beck, A.T. (2001). *Terapia cognitivă a depresiei. O reflecție personală*. *Revista Română de Psihiatrie*, nr. 3-4.
54. Nelson, T.O., Narens, L. (1990). *Metamemory: a theoretical framework and some new findings*, în Bower, G.H. (1990). *The Psychology of Learning and Motivation*. New York: Academic Press.
55. Wells, A. & Matthews, G. (1996). *Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model*. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 867-870.
56. Fisher, P., Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy. Distinctive Features*. Routledge.
57. Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Wiley.
58. Mather, A., Cartwright-Hatton, S. (2004). *Cognitive Predictors of Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescence: A Preliminary Investigation*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Vol. 33, No. 4, 743-749.
59. Emmelkamp, P.M.G., Aardema, P. (1999). *Metacognition, Specific Obsessive-Compulsive Beliefs and Obsessive-Compulsive Behaviour*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 139–145.
60. Cohen, R.J., Calamari, J.E. (2004). *Thought-Focused Attention and Obsessive–Compulsive Symptoms: An Evaluation of Cognitive Self-Consciousness in a Nonclinical Sample*. *Cognitive Therapy and Research*, vol. 28, no. 4, p. 457–471.
61. Purdon, C., Clark, D.A. (1999). *Metacognition and Obsessions*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 102–110.

62. Fisher, P.L., Wells, A. (2008). *Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117–132.
63. Wells, A. (1995). *Metacognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder*. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
64. Wells, A. (1999). *A Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder*. *Behavior Modification*, vol. 23, no. 4, p. 526–555.
65. Wells, A. (2005). *The Metacognitive Model of GAD: Assessment of Meta-Worry and Relationship With DSM-IV Generalized Anxiety Disorder*. *Cognitive Therapy and Research*, vol. 29, no. 1, p. 107–121.
66. Cartwright-Hatton, S., Wells, A. (1997). *Beliefs about worry and intrusions: The metacognitions questionnaire and its correlates*. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279–296.
67. Wells, A., Papageorgiou, C. (1998). *Relationships between worry and obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs*. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 899-913.
68. Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L.R., Franceschini, S. (2007). *Metacognitive Beliefs and Strategies Predict Worry, Obsessive–Compulsive Symptoms and Coping Styles: A Preliminary Prospective Study on an Italian Non-Clinical Sample*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 258–268.
69. Papageorgiou, C., Wells, A. (2004). *Nature, Functions, and Beliefs about Depressive Rumination*, in Papageorgiou, C., Wells, A. (2004). *Depressive rumination: nature, theory, and treatment*. John Wiley & Sons.
70. Spada, M.M., Nikcevic, A.V., Moneta, G.B., Wells, A. (2008). *Metacognition, perceived stress, and negative emotion*. *Personality and Individual Differences*, 44, 1172–1181.
71. Yılmaz, A.E., Gencöz, T., Wells, A. (2011). *The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study*. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 389–396.
72. Toneatto, T. (1999). *A Metacognitive Analysis of Craving: Implications for Treatment*. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 55 (5): 527–537.
73. Hoyer, J., Hacker, J., Lindenmeyer, J. (2007). *Metacognition in Alcohol Abusers: How are Alcohol-Related Intrusions Appraised?* *Cognitive Therapy and Research*, 31:817–831.
74. Spada, M.M., Wells, A. (2005). *Metacognitions, Emotion and Alcohol Use*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 150–155.

75. Spada, M.M., Wells, A. (2006). *Metacognitions about Alcohol Use in Problem Drinkers*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 138–143.
76. Spada, M.M., Zandvoort, M., Wells, A. (2007). *Metacognitions in Problem Drinkers*. *Cognitive Therapy and Research*, 31:709–716
77. Buwalda, F.M., Bouman, T.K., Van Duijn, M.A.J. (2008). *The Effect of a Psychoeducational Course on Hypochondriacal Metacognition*. *Cognitive Therapy and Research*, 32: 689–701.
78. Wells, A., Sembi, S. (2004). *Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 307–318.
79. Woolrich, R.A., Cooper, M.J., Turner, H.M. (2008). *Metacognition in Patients with Anorexia Nervosa, Dieting and Non-Dieting Women: A Preliminary Study*. *European Eating Disorders Review*, 16, 11–20.
80. Lysaker, P.H., Erickson, M.A., Buck, B., Buck, K.D., Olesek, K., Grant, M.L.A., Salvatore, G., Popolo, R., Dimaggio, G. (2011). *Metacognition and social function in schizophrenia: Associations over a period of five months*. *Cognitive Neuropsychiatry*, 16 (3), 241–255.
81. Morrison, A. P. (2001). *The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257–276.
82. Morrison, A. P., & Wells, A. (2007). *Relationships between worry, psychotic experiences and emotional distress in patients with schizophrenia spectrum diagnoses and comparisons with anxious and non-patient groups*. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1593–1600.
83. Morrison, P.A., French, P., Wells, A. (2007). *Metacognitive beliefs across the continuum of psychosis: Comparisons between patients with psychotic disorders, patients at ultra-high risk and non-patients*. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2241–2246.
84. Baker, C.A., Morrison, A.P. (1998). *Cognitive processes in auditory hallucinations: attributional biases and metacognition*. *Psychological Medicine*, 28, 1199-1208.
85. Morrison, A. P., Wells, A. (2003). *Metacognition across disorders: Comparisons of patients with hallucinations, delusions, and panic disorder with non-patients*. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 251–256.
86. Morrison, A.P., Wells, A. & Nothard, S. (2000). *Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations*. *British Journal of Clinical Psychology*, 39,67-78.

87. Morrison, A.P., Nothard, S., Bowe, S.E., Wells, A. (2004). *Interpretations of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: a comparison and predictors of distress in patients*. Behaviour Research and Therapy, 42, 1315–1323.
88. Larøi, F., Collignon, O., Van der Linden, M. (2005). *Source monitoring for actions in hallucinatory proneness*. Cognitive Neuropsychiatry, 10 (2), 105–123.
89. Freeman, D., Garety, P. A. (1999). *Worry, worry processes and dimensions of delusions: An exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 27, 47–62.
90. Morrison, A. P., Gumley, A. I., Schwannauer, M., Campbell, M., Gleeson, A., Griffin, E., et al. (2005). *The beliefs about paranoia scale: Preliminary validation of a metacognitive approach to conceptualising paranoia*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33, 153–164.
91. Corlett, P.R., Krystal, J.H., Jane R. Taylor, J.R., Fletcher, P.C. (2009). *Why do delusions persist?* Frontiers in Human Neuroscience, July, Vol.3, Art. 12.
92. Bruno, N., Sachs, N., Demily, C., Franck, F., Pacherie, E. (2012). *Delusions and metacognition in patients with schizophrenia*. Cognitive Neuropsychiatry, 17 (1), 1–18.
93. David, A.S. (1990a) *Insight and psychosis*. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798–808.
94. David, A.S. (1990b). *On insight and psychosis: discussion paper*. Journal of the Royal Society of Medicine Volume 83 May 1990, 325–329.
95. Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., Flaum, M.M., Endicott, J., Gorman, J.M. (1993). *Assessment of insight in psychosis*. Am J Psychiatry, 150:873–879.
96. Amador, X.F., Gorman, J.M. (1998). *Psychopathologic domains and insight in schizophrenia*. Psychiatr Clin North Am, 21:27–42.
97. Aleman, A., Agrawal, N., Morgan, K.D., David, A.S. (2006). *Insight in psychosis and neuropsychological function. Meta-analysis*. British Journal of Psychiatry, 189, 204–212.
98. Gilleen, J., Greenwood, K., David, A.S. (2011). *Domains of Awareness in Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, vol. 37, no. 1, p. 61–72.
99. Cuesta, M.J., Peralta, V., Zarzuela, A., Zandio, M. (2006). *Insight dimensions and cognitive function in psychosis: a longitudinal study*. BMC Psychiatry , 6:26.
100. Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J.M., Steer, R.A., Warman, D.M. (2004). *A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale*. Schizophrenia Research, 68:319–329.

101. Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N., Grant, P. (2009). *Schizophrenia. Cognitive Theory, Research, and Therapy*. The Guilford Press.
102. Engh, J.A., Friis, S., Birkenaes, A.B., Jónsdóttir, H., Ringen, P.A., Ruud, T., Sundet, K.S., Opjordsmoen, S., Andreassen, O.A. (2007). *Measuring cognitive insight in schizophrenia and bipolar disorder: a comparative study*. BMC Psychiatry, 7:71.
103. Engh, J.A., Friis, S., Birkenaes, A.B., Jónsdóttir, H., Klungsoyr, O., Ringen, P.A., Simonsen, C., Vaskinn, A., Opjordsmoen, S., Andreassen, O.A. (2010). *Delusions Are Associated With Poor Cognitive Insight in Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, vol. 36, no. 4, p. 830–835.
104. Garety, P.A., Freeman, D., Jolley, S., Dunn, G., Bebbington, P.E., Fowler, D.G., Dudley, R. (2005). *Reasoning, emotions, and delusional conviction in psychosis*. Journal of Abnormal Psychology, 114, 373–384.
105. Huq, S. F., Garety, P. A., Hemsley, D. R. (1988). *Probabilistic Judgements in Deluded and Non-Deluded Subjects*. The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 40A (4) 801-812.
106. Warman, D.M., Lysaker, P.H., Martin, J.M. (2007). *Cognitive insight and psychotic disorder: the impact of active delusions*. Schizophrenia Research, 90:325–333.
107. Bora, E., Erkan, A., Kayahan, B., Veznedaroglu, B. (2007). *Cognitive insight and acute psychosis in schizophrenia*. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 61, 634–639.
108. Riggs, S. E., Grant, P. M., Perivoliotis, D., Beck, A. (2012). *Assessment of cognitive insight: A qualitative review*. Schizophrenia Bulletin, vol. 38, no. 2, p. 338–350.
109. Perivoliotis, D., Grant, P.M., Peters, E.R., Ison, R., Kuipers, E., Beck, A.T. (2010). *Cognitive insight predicts favorable outcome in cognitive behavioral therapy for psychosis*. Psychosis, Vol. 2, No. 1, February, 23–33.
110. Wells, A., Cartwright-Hatton, S. (2004). *A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30*. Behaviour Research and Therapy, 42, 385–396.
111. Wells, A., Davies, M. (1994). *The Thought Control Questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts*. Behaviour Research and Therapy, 32, 871–878.
112. Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2010). *Chestionarul de coping cognitiv-emoțional*. ASCR.
113. Byrne, B.M. (2001). *Structural equation modelling with Amos: Basic concepts, applications, and programming*. Erlbaum.

114. Browne, M. W., Cudeck, R. (1993). *Alternative ways of assessing model fit*, în Bollen, K.A., Long, J. S. (1993). *Testing structural equation models* (p. 136-162). SAGE.
115. Sava, F.A. (2011). *Analiza datelor în cercetarea psihologică* (Ediția a doua). ASCR.
116. Bortolotti L. (2010). *Delusions and other irrational beliefs*. Oxford University Press.
117. Frith, C. (2013). *The psychology of volition*. *Experimental Brain Research*, 229:289–299.

Cuprins

CUPRINS	I
INDEX TABELE	III
INDEX GRAFICE	V
LISTA ABREVIERILOR	VI
INTRODUCERE	1
PARTEA GENERALĂ	4
Capitolul I – Aspecte cognitive și metacognitive	5
1. Introducere – perspectiva generală.....	5
2. Cognații și metacognații.....	5
2.1 Cognații	5
2.2 Metacognațiile.....	8
Capitolul II – Psihopatologia delirului	11
1. Introducere.....	11
2. Circumscriere – definire și istoric al delimitărilor.....	11
2.1 Repere istorice ale trăirilor delirante.....	11
2.2 Circumscriere actuală.....	14
3. Tulburări ce includ delirul.....	20
3.1 Tulburările psihotice.....	20
3.2 Tulburările afective.....	21
3.3 Alte tipuri de tulburări.....	21
Capitolul III – Patologie psihică și metacognații	23
1. Introducere.....	23
2. Procesualitate metacognitivă în patologie.....	23
2.1 Emoții și metacognații.....	23
2.2 Ajustarea metacognitivă.....	24
2.3 Modelul funcției executive auto-reglatorii (S-REF) al lui Wells.....	25
2.4 Metacognațiile și patologia non-psihotică.....	31
2.5 Procesări metacognitive în problematica psihotică.....	36
2.6 Insight-ul cognitiv.....	40

PARTEA SPECIALĂ.....	44
Capitolul IV – Motivația și dezideratele cercetării.....	45
1. Necesitatea și importanța realizării cercetării.....	45
2. Scopul, obiectivele și ipotezele cercetării.....	46
Capitolul V – Material și metodă.....	48
1. Participanți.....	48
2. Procedură și instrumente utilizate.....	71
Capitolul VI – Analiza statistică.....	75
1. Centralizarea datelor.....	75
2. Prelucrarea datelor.....	75
Capitolul VII – Rezultate.....	77
1. Adaptarea instrumentelor.....	77
2. Metacogniții.....	82
3. Insight cognitiv.....	86
4. Controlul gândurilor.....	90
5. Ajustare cognitiv-emoțională.....	93
6. Analiza în funcție de parametrii clinico-evolutivi.....	96
Capitolul VIII – Discuții.....	102
1. Adaptarea instrumentelor noi.....	102
2. Testarea ipotezelor.....	102
3. Aspecte conceptuale.....	108
Capitolul IX – Concluzii, limite și direcții de cercetare.....	111
BIBLIOGRAFIE.....	114
ANEXE.....	123

Index tabele

Nr. și titlu tabel	Pag.
Tabel nr. 1 – Repartiția pe categorii de vârstă a lotului pentru adaptarea instrumentelor noi	50
Tabel nr. 2 – Repartiția pe categorii de vârstă a lotului extins A – pacienți cu delir non-activ	53
Tabel nr. 3 – Repartiția pe diagnostice a lotului clinic extins A – pacienți cu delir non-activ	54
Tabel nr. 4 – Repartiția pe categorii de vârstă a lotului extins B – pacienți non-deliranți	56
Tabel nr. 5 – Repartiția pe diagnostice lotului clinic extins B – pacienți non-deliranți	57
Tabel nr. 6 – Repartiția pe categorii de vârstă a lotului extins C – non-pacienți	59
Tabelul 7 - Indicatori de potrivire ai CFA la TCQ	77
Tabelul 8 - Mediile, abaterile standard, valorile skewness, kurtosis și coeficienții α la TCQ	78
Tabelul 9 – Indicatori de potrivire ai CFA la BCIS	79
Tabelul 10 – Mediile, abaterile standard, valorile skewness, kurtosis și coeficienții α la BCIS	79
Tabelul 11 – Indicatori de potrivire ai CFA la MCQ-30	80
Tabelul 12 – Mediile, abaterile standard, valorile skewness, kurtosis și coeficienții α la MCQ-30	81
Tabelul 13 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile extinse privind subscalele MCQ	82
Tabelul 14 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile restrânse 1 privind	83

subscalele MCQ	
Tabelul 15 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile restrânse 2 privind subscalele MCQ	84
Tabelul 16 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile restrânse 3 privind subscalele MCQ	85
Tabelul 17 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile extinse privind subscalele BCIS	86
Tabelul 18 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile restrânse 1 privind subscalele BCIS	87
Tabelul 19 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile restrânse 2 privind subscalele BCIS	88
Tabelul 20 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile restrânse 3 privind subscalele BCIS	89
Tabelul 21 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile extinse privind subscalele TCQ	90
Tabelul 22 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile restrânse 1 privind subscalele TCQ	91
Tabelul 23 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile extinse privind subscalele CERQ	93
Tabelul 24 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile restrânse privind subscalele CERQ	95
Tabelul 25 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele în funcție de durata evoluției la pacienții cu delir non-activ privind insight-ul cognitiv	96
Tabelul 26 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele în funcție de durata evoluției la pacienții cu delir non-activ privind domeniile metacognitive	97
Tabelul 27 – Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele în funcție de numărul de episoade la pacienții cu delir non-activ privind insight-ul cognitiv	98
Tabelul 28 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele în funcție de numărul de episoade la pacienții cu delir non-activ privind domeniile metacognitive	99
Tabelul 29 – Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele în funcție de durata de la ultima experiență delirantă la pacienții cu delir non-activ privind insight-ul cognitiv	100
Tabelul 30 – Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele în funcție de durata de la ultima experiență delirantă la pacienții cu delir non-activ privind domeniile metacognitive	101

Index grafice

Nr. și titlu grafic	Pag.
Grafic nr. 1 – Repartiția pe gen a lotului pentru adaptarea instrumentelor noi	49
Grafic nr. 2 – Distribuția pe vârstă a lotului pentru adaptarea instrumentelor noi	50
Grafic nr. 3 – Repartiția pe gen a lotului extins A – pacienți cu delir non-activ	52
Grafic nr. 4 – Distribuția pe vârstă a lotului extins A - pacienți cu delir non-activ	53
Grafic nr. 5 – Repartiția pe gen a lotului extins B – pacienți non-deliranți	55
Grafic nr. 6 – Distribuția pe vârstă a lotului extins B - pacienți non-deliranți	56
Grafic nr. 7 – Repartiția pe gen a lotului extins C – non-pacienți	58
Grafic nr. 8 – Distribuția pe vârstă a lotului extins C – non- pacienți	59
Grafic nr. 9 – Repartiția participanților la loturile extinse după diagnostic actual	61
Grafic nr. 10 – Repartiția participanților la loturile extinse după alte diagnostice în evoluție	62
Grafic nr. 11 – Repartiția participanților la loturile extinse după nr. de episoade	63
Grafic nr. 12 – Repartiția participanților la loturile extinse după nr. de internări	64
Grafic nr. 13 – Repartiția participanților la loturile extinse după tratament actual	65
Grafic nr. 14 – Repartiția pacienților cu delir non-activ în funcție de durata evoluției tulburării	66
Grafic nr. 15 – Repartiția pacienților cu delir non-activ în funcție de nr. de episoade	67
Grafic nr. 16 – Repartiția pacienților cu delir non-activ în funcție de durata de la ultima experiență delirantă	68

Listă abrevieri

- ANOVA = analiza de varianță
- AGFI = Adjusted Goodness of Fit Index
- BCIS = Scala de Insight Cognitiv Beck
- CAS = sindromul cognitiv-atențional
- CERQ = Chestionarul de evaluare a coping-ului cognitiv-emoțional
- CFA = analiza factorială confirmatorie
- CFI = Comparative Fit Index
- CGI = Scala impresiei clinice globale
- CSC = conștiința de sine cognitivă
- DSM-IV-TR = Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale, ediția a IV-a, text revizuit
- DSM-5 = Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale, ediția a 5-a
- EEG = electroencefalografie
- FRS = simptome de prim rang
- GFI = Goodness of Fit Index
- IC = încredere cognitivă
- ICD-10 = Clasificarea Internațională a Bolilor, ediția a 10-a
- IFI = Incremental Fit Index
- JTC = săritul la concluzii
- LTM = memoria de lungă durată
- MCQ-30 = Chestionarul de metacogniții în forma scurtă
- MR = ipoteza realităților multiple
- NEG = credințe negative despre incontrolabilitatea și pericolul îngrijorării
- NC = nevoia de control
- POZ = credințe pozitive despre îngrijorare
- QI = coeficient de inteligență
- RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation
- S-REF = Funcția Executivă Auto-Reglatorie
- TCQ = Chestionarul de control al gândurilor

Introducere

Suferința psihică e una dintre cele mai dramatice tipuri de suferință. În același timp, în mod nemeritat, este unul dintre cele mai neglijate tipuri de suferință.

Trăirile delirante sunt experiențe negative severe, dificil de abordat psihopatologic și terapeutic. Manifestările și mecanismele delirului au fost cercetate și dezbătute, mai cu seama începând cu sec. al XIX-lea, dar încă rămân zone neacoperite în ce privește substratul, în diferite planuri. Cunoașterea acestui substrat și a conexiunilor contextuale ar putea aduce valoare direcțiilor de cercetare și terapeuticii acestei sindromatici, uneori extrem de rezistente la tratament.

Perspectiva „oficială”, numită doxastică, are în vedere delirul ca și credință / convingere falsă, neconcordanță cu realitatea. Sensul utilizat este excesiv de simplificat și limitativ. Realitatea clinică și datele oferite de domenii teoretice și practice (istoria psihopatologiei, filosofie, științe cognitive etc.) par să pună la îndoială simplitatea doxastică.

Unul dintre domeniile noi de abordare a manifestărilor psihopatologice se referă la la metacogniții, adică la cunoștințele metacognitive și la procesualitatea metacognitivă (în modul cel mai simplu de exprimare, cogniții despre cogniții și procesele reglatorii implicate), atât ca parte a mecanismului simptomelor, cât și ca modalitate adaptativă, de ajustare la suferință.

Tradițional, procesele metacognitive fac obiectul psihologiei educaționale, unde vizează componente active în procesul învățării, cu scopul creșterii randamentului și calității achiziției. În psihopatologie, psihologie clinică și în psihoterapie, procesualitatea metacognitivă se referă la participarea legată de elaborarea simptomului, la încercările spontane sau deliberate ale minții de ajustare și auto-reglare la disconfort. În aceste domenii, eforturile de cercetare sunt limitate, izolate și relativ recente. Datele de până acum din literatură, care se referă clar la o diferențiere minuțioasă în ce privește varietatea și complexitatea trăirilor delirante în raport cu fenomenele metacognitive, sunt restrânse și țin, de obicei, de demersuri interdisciplinare sau multidisciplinare, cu precădere de efortul psihopatologiei, științelor cognitive și al fenomenologiei.

Lucrarea de față abordează delirul în primul rând din punct de vedere sindromatic și abia secundar din punct de vedere nosologic, centrat pe tulburări specifice, cu intenția de start de a fi un punct de plecare centripet, de la general către particular / specific. Aceasta presupune asumarea riscului generalității, dar, în același timp, poate să ofere posibilitatea (argumentată) ca studiul mai atomizat al ajustării metacognitive în psihopatologie, început aici, să fie continuarea cercetării doctorale, iar rezultatele cercetării să constituie pretextul acestei continuări.

Mai specific, teza urmărește să vadă în ce măsură există diferențe de participare metacognitivă – metacogniții, controlul gândurilor și insight cognitiv – la pacienții care au trecut prin experiențe delirante, în comparație cu pacienți care nu au experiența sindromatică a delirului și cu persoane din populația generală. Sunt studiate corelațiile cu domenii de coping cognitiv și emoțional. De asemenea, sunt studiate asocieri sau diferențe intra- și inter-categoriale.

Pentru aceasta sunt adaptate și utilizate în premieră câteva instrumente de evaluare noi pentru România: Chestionarul de control al gândurilor (TCQ, Wells și Davies, 1994), Chestionarul de metacogniții în forma scurtă (MCQ-30, Wells și Cartwright-Hatton în 1999) și Scala de Insight Cognitiv Beck (BCIS, Beck et al., 2004). Din păcate, direcții care ar fi putut să completeze analiza datelor, cum ar fi studiul cazuistic sau posibile paradigme experimentale neurocognitive, ar fi extins cercetarea prea mult pentru scopul acestei lucrări, fapt pentru care le vizăm ca abordări metodologice în continuitate.

Este interesant că, din punct de vedere metodologic, miza cercetării face ca rezultatele să aducă direcții noi de lucru, indiferent dacă aceste diferențe sunt validate sau nu, astfel că atât ipotezele alternative, acelea ale unor diferențe, cât și cele nule, care confirmă consistența cu datele existente, sunt importante pentru studiul mai specific, centripet. Aceasta cu atât mai mult cu cât pacienții participanți la studiu au fost selectați în status compensat, de remisiune totală sau parțială (oricum, bine ameliorat, cu indice GCR de maxim 3), ceea ce oferă posibilitatea de a observa dacă mecanismele de reglare cognitivă și diferențele de ajustare țin mai degrabă de o funcționare obișnuită (de exemplu, una care ține de structură) decât de funcționarea tipică din condiția simptomatică (așa cum au fost direcționate, predominant, eforturile de cercetare de până acum). De acest rezultat ar putea depinde, așadar, o bifurcare a liniilor de cercetare.

Oricum, datele obținute relevă, cantitativ și calitativ, nuanțe interesante, parțial consistente cu datele din literatură, parțial diferite.

Câteva mențiuni sunt necesare din perspectiva terminologiei. O serie de termeni inediți din literatura de specialitate au fost adaptați în limba română cu încercarea de a evita mai degrabă confuzia conceptuală sau de a crește coerența ideilor, cu riscul de a nu corespunde cuvânt cu cuvânt. De exemplu, am preferat ca *acceptance* să fie tradus ca *acceptanță*, pentru o delimitare mai clară și pentru a evita posibile confuzii conceptuale în cazul traducerii alternative cu termeni mult mai comuni ca *acceptare* sau *acceptiune*. Iată un alt exemplu: am preferat ca *self-reflectivity* să fie tradus ca *auto-reflecție*, pentru că, din punct de vedere conceptual, considerăm că are o mai mare relevanță pentru limba română decât traduceri alternative, cum ar fi *auto-reflectivitate* sau o mai mare simplitate în utilizare decât *capacitate de auto-reflecție*. Din aceleași rațiuni, au fost termeni care au fost traduși diferit în funcție de contextul utilizării lor. De exemplu, au termenul *metacognitive knowledge* a fost tradus, în unele contexte, *cunoaștere metacognitivă*, iar în altele, *cunoștințe metacognitive* sau chiar *informație cognitivă*, pentru mai multă coerență a contextului. Acolo unde am considerat că ar fi util, termenii traduși au fost dublați, în paranteză, de termenii originali, pentru o mai ușoară identificare. De asemenea, tot pentru identificarea mai ușoară a termenilor de altfel consacrați, au fost păstrați unii termeni în limba în care sunt semnificativ vehiculați (de exemplu, *insight*) și s-au păstrate abrevieri utilizate în limba din care s-a făcut traducerea (de exemplu, *LTM* de la *long-term memory*).

Partea generală

Capitolul I – Aspecte cognitive și metacognitive

1. Introducere – perspectiva generală

Registrul cognitiv al minții umane se referă la domeniile ale funcționării cognitive, cum ar fi atenția, percepția, memoria, limbajul, activități intelectuale, cu procesualitatea implicată, precum și cu structurile ce susțin această procesualitate și produse ale acesteia. Minteă umană conține structuri cu ajutorul cărora suntem capabili de a ne reprezenta realitatea și de a o procesa în scop adaptativ. Suntem capabili să selectăm, să evaluăm și să interpretăm datele realității, informațiile din mediul extern și din cel intern, procese complexe care ne ajută să ne orientăm și să acționăm. Există o arhitectură complexă a minții care integrează o arhitectură cognitivă la fel de complexă.

Deși registrul cognitiv a fost studiat dintotdeauna în demersurile psihologice preștiințifice și științifice, de câteva decenii reprezintă domeniul predilect al psihologiei cognitive, una din științele cognitive agregate în urma celui de-al II-lea război mondial, ca reacție paradigmatică cu accent pe reconsiderarea minții și procesările informației.

2. Cogniții și metacogniții

2.1 Cognițiile

2.1.1 Circumscriere.

Cognițiile pot desemna procese sau activități ale sistemului psihic uman, derulate în registrul său cognitiv, dar ele pot numi și structuri ce susțin aceste procese sau produse ale acestora. Este evident că atributul „cognitiv” vizează cunoașterea, așa că am putea descrie simplu cognițiile ca elemente, unități ale cunoașterii sau care participă la cunoaștere. Din acest punct

de vedere, cognițiile au un rol instrumental, de mediere sau de reglare epistemică, pe de o parte a cunoașterii în sine și, pe de altă parte, a reacțiilor necesare cunoașterii.

Vom prezenta câteva concepte, relații și modele conceptuale din sfera cognitivă care pot fi utile cercetării.

2.1.2 Credințele

O specie importantă de cogniții o reprezintă *credințele*. Ele mai sunt numite și convingeri, deși este frecvent întâlnită particularizarea convingerii ca și credință puternică, uneori până la inflexibilitate. Credința este analizată ca entitate psihologică, deosebind actul cognitiv în sine de conținutul său și este considerată o atitudine intelectuală a unei persoane care consideră adevărat un enunț sau un fapt, fără să existe în mod necesar o demonstrație obiectivă și acceptabilă a acestei atitudini, iar conceptul de *atitudine* vizează o dispoziție internă durabilă care susține răspunsurile favorabile sau nefavorabile ale individului la un obiect sau la o clasă de obiecte, aspectul central al acesteia fiind unul legat de *evaluare*. (1) Această ar putea sugera că avem de-a face cu un concept conștient, binar, strict dihotomizat (ori credem ori nu credem ceva), fără nuanțe intermediare și care are rol central în evaluarea situațiilor. Credințele au fost dezbătute și puse în relație – echivalate sau diferențiate – cu alte concepte, cum ar fi cel de atitudine, opinie sau acceptanță.

2.1.3 Cogniții și emoții

Emoțiile au parcurs un drum conceptual lung și, întocmai ca și conștiința, au fluctuat între o poziție cu filiație empiristă și una cu filiație intelectualistă. Conceptul de emoție rămâne în dezbateri, uneori cu revizuri interesante. De exemplu, teoria periferică a emoțiilor emisă de James a fost reluată din perspectiva experimentală a neuroștiințelor. William James afirma, contrar punctelor de vedere existente în epocă, faptul că emoțiile nu precedă reacțiile noastre, ci reacțiile precedă emoțiile, acestea având rolul de a înțelege schimbările corporale. Punctul lui de vedere a fost sistematic infirmat, începând cu teoria centrală a emoțiilor a lui Cannon până la teoriile cele mai în vogă asupra emoțiilor, teoriile cognitive. Dar, în 1983, Benjamin Libet, studiind potențialul EEG legat de eveniment, cunoscut ca precedând mișcarea voluntară a degetelor și comparând timpul de start al acestui potențial cu timpul la care subiecții raportează că devin conștienți de faptul că sunt pe cale să facă fiecare mișcare, constată că

actul conștient precedă mișcarea efectivă, dar după ce creierul își începe activitatea care duce la mișcare. (2, 3, 4) Un astfel de experiment duce la ideea că mișcările sunt declanșate nu de conștiință, ci de procesările subconștiente ale creierului. (4)

Consistente cu punctul de vedere al lui Libet sunt și abordările experimentale ale lui Wegner (1999, 2002), în care s-a formulat ipoteza că experiența cauzării personale a unei acțiuni nu este diferită de oricare altă experiență de tip cauză-efect – credem că ceva cauzează altceva dacă și numai dacă ceea ce credem despre evenimentul cauzal apare chiar înainte de ceea ce credem despre efect. (4, 5, 6)

Un alt reper istoric supus reconsiderării la un nivel mai general este cel al lui Titchener, legat de proprietățile fundamentale ale emoțiilor. El considera că stărilor afective le lipsește claritatea (experiența ce stă în centrul atenției noastre este mai clară decât cea către care nu ne orientăm), deoarece e imposibil să îți focalizezi atenția nemijlocit asupra unei emoții: când dorim să ne concentrăm astfel, calitatea afectivă – cum ar fi tristețea sau încântarea – dispare. (7)

Un astfel de punct de vedere anunța dezbateră încă neîncheiată în ce privește primatul emoțiilor sau cognițiilor ca procesualitate. Astfel de revizuri readuc în dezbatere, pe lângă problema voinței conștiente sau a caracterului activ al experiențelor conștiente, și aspecte legate de natura emoțiilor.

Teoria lui Lazarus, numită și teorie *cognitiv-motivațional-relațională*, se înscrie în rândul modelelor ce propun anterioritatea evaluării. Ea nu se înscrie, însă, ca un model de cauzalitate liniară, ci, mai degrabă, circulară sau sistemică. După Lazarus, cognițiile au un rol funcțional și temporal în cadrul emoțiilor: din punct de vedere procesual, activitatea cognitivă, care este permanentă, conștientă și inconștientă (avem cogniții conștiente, dar și cogniții inconștiente), precede cauzal producerea unei emoții dar și activitatea cognitivă ulterioară este influențată de emoția produsă, asigurând vieții psihice caracterul de continuitate. (8) Avem de a face, așadar cu o ipoteză cognitivă circulară. Autorul menționează că stresul psihic și emoția nu pot fi definite adecvat fără o referire la motivație și la modul în care individul își definește și apreciază propriile relații cu mediul, proces numit evaluare. (8) El face referire la afirmația emisă de Abramson, Garber și Seligman (1980), potrivit căreia persoane cu experiențe similare reacționează diferit în funcție de atribuiri subiective. Cu alte cuvinte, evaluările cognitive diferențiază reacțiile de stres sau cele emoționale. Evaluarea poate fi primară,

componentele ei cognitiv-decizionale vizând relevanța experienței pentru scopuri, congruența sau incongruența acesteia în raport cu scopurile și gradul de implicare a eului, sau secundară, iar componentele ei vizează se referă la învinuire sau laudă, la potențialul adaptativ și la expectațiile față de viitor. Pentru Lazarus, emoția nu poate fi separată de cogniție, motivație, adaptare și activitatea fiziologică. (8)

2.2 Metacognițiile

2.2.1 Circumscriere

Metacognițiile permit cunoașterea propriilor demersuri cognitive. Termenul de strategii metacognitive este utilizat în psihologia educațională, alături de monitorizare (engl. *monitoring*), metamemorie, metacomprehensiune etc., cu referire la gestiunea sarcinilor de învățare sau a rezolvării de probleme, presupunând identificarea finalității propuse și atinse, modalitățile de a o atinge (strategii), planificarea și controlul acțiunilor. Termenul de metacogniție deși are rădăcini conceptuale vechi, a fost formulat coerent de Flavell (1979), care considera că informația / cunoașterea metacognitivă se referă la cunoașterea sau credințele cuiva despre el însuși sau alții ca agenți cognitivi, despre sarcini, despre acțiuni sau strategii și despre modul în care toate acestea interacționează în direcția afectării rezultatelor oricărui fel de întreprindere intelectuală; experiențele metacognitive sunt experiențe cognitive și afective conștiente care apar în timpul acestei întreprinderi și privesc orice aspect al ei – deseori, cât de bine merge. (9)

Există, însă, începând cu anii '80, preocupări și pentru o componentă metacognitivă activă, care vizează reglarea / auto-reglarea. Astfel că se face o distincție bazală între *cunoaștere metacognitivă* - informația pe care indivizii o au despre propria cogniție și *reglare metacognitivă* – o serie de funcții executive, cum ar fi alocarea de atenție, monitorizare, verificare, planificare și detecția erorilor în performanță (10)

Wells și Mathews (1994), Wells (2000) propun o conceptualizare tripartită a metacognițiilor, nuanțând distincția (11, 10):

1. *Cunoașterea metacognitivă / cunoștințele metacognitive* se referă la credințele / convingerile și la teoriile pe care indivizii le au despre propriile cogniții, cum ar fi cele despre sensul anumitor gânduri, despre randamentul memoriei sau despre controlul cognitiv. Există

cunoștințe metacognitive explicite, care sunt conștiente și pot fi exprimate verbal sau *cunoștințe metacognitive implicite*, care nu sunt, în mod normal, regăsite la nivelul conștiinței și nu pot fi exprimate într-o formă verbală, sunt reguli sau planuri care ghidează procesări cum sunt alocarea atenției, căutarea mnezică și utilizarea euristicilor și a distorsiunilor în formarea judecăților / raționamentelor.

2. *Experiențele metacognitive* includ evaluări ale sensului unor evenimente mentale specifice (de exemplu, gânduri), sentimentele metacognitive în sine și judecățile legate de statusul cogniției, adică interpretări conștiente și etichetări ale experiențelor cognitive. Ele sunt manifestări directe ale utilizării cunoștințelor metacognitive în evaluarea cogniției.

3. *Strategiile metacognitive de control* sunt răspunsuri individuale care participă la controlul activităților sistemului cognitiv propriu. Ele pot intensifica sau inhiba strategiile de gândire și pot fi direcționate spre antrenarea proceselor de monitorizare.

Această procesualitate auto-referențială nu poate evita câteva concepte larg dezbătute în literatura de specialitate: conștiința, sinele și concepte corelate cu acestea.

2.2.2 Aspecte legate de conștiință

Pentru că e vorba de capacitatea de *auto-reflectare*, nu se poate evita dezbaterea asupra *conștiinței*, precum și concepte subsumate sau corelate acesteia – *conștiința de sine* sau *sinele*.

În ce privește conceptul de conștiință, ea presupune ideea de reflexivitate și de reprezentare a ceva, precum și ideea de experiență subiectivă. Stările conștiente vizează date sensibile (senzații și percepții), precum și gânduri. Conștiința este o caracteristică pervazivă, dar și una generatoare de perplexitate (dată de impresia că e ceva misterios, în ciuda familiarității conținuturilor ei), a vieții noastre mentale. (12)

Damasio (1999) face distincția între conștiință și minte, considerând *conștiința* ca fiind în întregime un *fenomen subiectiv, la persoana întâi*, care apare ca parte a ceea ce numim *minte*, un *proces subiectiv, la persoana întâi*, iar acestea două sunt legate de comportamentele externe, observabile de către terțe persoane. (13) Fără conștiință, adică fără mintea înzestrată cu subiectivitate, nu am avea modalități de a cunoaște că existăm, cine suntem și ce gândim. Ea nu se referă întotdeauna la imaginile din minte, ci, în cel mai bun caz, la o organizare a conținuturilor minții centrată pe organismul care produce și motivează aceste conținuturi. (14)

Searle (2013) afirmă că pot exista stări de conștiință care să nu fie intenționale sau fenomene intenționale care să nu fie conștiente. (15) Astfel el exemplifică prima situație prin stările de anxietate fără obiect (deși ar fi interesant de explorat descripțiile pacienților cu referire la acele stări, descripții care ar putea reflecta experiența respectivă sau ar fi interesantă o nuanțare a distincției pe care autorul o face între conștient și inconștient). A doua situație poate fi exemplificată prin faptul că pot exista cogniții inconștiente despre cogniții: eu pot avea o părere inconștientă despre alte păreri.

2.2.3 Problematika sinelui

Odată ce discutăm despre conștiință, nu putem eluda implicațiile conceptului de *sine*.

Chalmers (1996), alcătuind un fel de catalog al trăirilor conștiente, alătură experiențelor perceptive și imageria mentală, gândul conștient, emoțiile, dar și sentimentul de *sine* (engl. *the sense of self*), experiență resimțită ca un „zgomot de fundal” care transcende toate elementele conștiente specifice și este ceva profund, intangibil, încât pare uneori iluzoriu, într-un fel fundamental conștiinței, chiar și atunci când alte componente nu apar. (16). După unii autori, de când ne naștem avem capacitatea de a ne situa în lume. După alții, acest lucru se constituie sau se delimitează ulterior, la câteva luni de viață sau mai târziu. Oricum, impresiile aferente sinelui corespunzător etapei timpurii a copilului diferă de trăirea a ceea ce este numit *sine conceptual*, atunci când copilul are un acces conștient la imaginea de ansamblu a ceea ce va constitui, mai târziu persoana sa, diferită de a altora și prezentă în lume.

Capitolul II – Psihopatologia delirului / convingerii patologice

1. Introducere

Delirul reprezintă una dintre cele mai fascinante teme ale psihopatologiei. În fapt, dacă ar fi să găsim o zonă reprezentativă a „nebuniei”, aceasta ar putea-o constitui delirul, eventual alăturat de halucinații. Delirul mai este denumit și convingere patologică, reflectând structura formală similară cu cea a conceptului psihologic mai larg al credinței sau convingerii. Convingerea este o structură cognitivă ce se referă la evaluarea și interpretarea cu certitudine, în manieră fermă și stabilă, a unui sau mai multor fapte ale realității. Aceasta ar presupune, ca atare, existența unei dispoziții atitudinale consecvente, stabile. În delir, pe lângă fermitatea și persistența convingerii, interpretarea contrazice flagrant, în general, realitatea, iar preocuparea excesivă apare atunci când intensitatea ideilor delirante este semnificativă. Excesul de preocupare „confiscă”, acaparează atenția și comportamentul persoanei, reducându-i abrupt și masiv disponibilitatea pentru alte preocupări, eventual orientează spre a „converti” delirant multe din aspectele vieții conștiente. Trăirile delirante pot fi diferite în ce privește intensitatea, calitatea sau tematica lor, precum și relațiile cu alte trăiri și cu comportamentul.

2. Circumscriere – definire și istoric al delimitărilor

2.1 Repere istorice ale trăirilor delirante

2.1.1 Delir și delirium

Termenul de delir vine de la termenul latin *delirium* (*deliro, delirare, de-liro* – a izbucni cu furie), cu trimitere la termenul grecesc *ληρος* (*leros* – a vorbi aiurea, nonsens), dar cu referire mai specifică la *φρενιτις* (*phrenitis*), doi dintre aproximativ 16 termeni hipocratici care desemnau o categorie malativă asemănătoare cu actualul sindrom clinic de delirium.

Phrenitis, alături de manie, melancolie și paranoia, făcea parte din nosologia „psihiatrică” a vremii respective, cu referire la o tulburare a gândirii, dispoziției și a acțiunii observată în mai multe boli acute acompaniate de febră, în stări de intoxicație / otrăvire sau traumatisme craniene. (17, 18)

Conceptul de delir a evoluat ca unitate sindromatică integrată în diferite nosologii, cu precădere în delirium, până în secolul al XIX-lea. Adevăratele distincții apar abia în acest secol, când e nevoie de introducerea unor termeni clarificatori, cum este cel de *confuzie mentală* pentru a desemna delirium-ul organic.

Prezența febrei a evoluat, de obicei, ca un criteriu diferențial între phrenitis sau delirium și nebunia convențională, criteriu moștenit până în secolul al XIX-lea, când apare distincția între forma vesanică (delirantă) și cea non-vesanică (organică) a delirium-ului (17), atributul de vesanic venind de la vesanie, ce însemna o perturbare, o rățacire a spiritului.

Forma vesanică presupunea, așadar, erori de judecată care erau reflectate în discurs și, consecutiv, în dispoziție și în acțiuni, deci o afectare, în primul rând, a rațiunii.

2.1.2 Punctul de vedere clinico-nosologic

Nici în antichitate, nici mai târziu, delirul nu a constituit o entitate distinctă, ci un simptom / sindrom accesoriu al unor tulburări, cu precădere ale celor afective, ale maniei, respectiv, ale melancoliei. Abia începând cu secolul al XIX-lea, capătă o delimitare mai clară, atât din punct de vedere clinic, cât și din punct de vedere nosologic. Ideile delirante devin, de asemenea, importante în delimitarea unor noi forme maladive, mai cu seamă în aria psihopatologiei franceze, dovadă fiind și lexicul utilizat pentru aceste delimitări. Astfel, Pinel utiliza termenul de delir (*délire*) atât pentru a desemna erori de judecată, cât și cu referire la phrenitis. É. Georget distinge diagnostic între delir acut (sau febril) și delir cronic sau fără febră. Esquirol include la baza nebuniilor parțiale (monomaniilor) delirul de persecuție și delirul de grandoare, Lasègue introduce conceptul diagnostic de delir de persecuție, Magnan separă pacienții cu nebunie delirantă cronică (delirul cronic) de cei despre care credea că au predispoziție ereditară semnificativă la boală mentală. (1)

În psihopatologia franceză a vremii respective, delirul cronic avea patru faze (1):

1. neliniște anxioasă; 2. persecuție; 3. megalomanie; 4. demență vesanică terminală.

P. Sérieux și J. Capgras delimitează delirul de interpretare, bine sistematizat și organizat, care integrează fiecare nouă informație în interpretarea delirantă, încapsulând-o și mai tare. (1) G. Ballet descrie psihoza halucinatorie cronică, în care, deși halucinațiile domină tabloul clinic, delirul are o prezență semnificativă. G.G. Clérambault descrie delirurile pasionale (de exemplu, erotomania, delirul de gelozie sau cel hipocondriac etc.), construcții delirante sistematizate, rigide, în general monotematice, cu exaltare afectivă. E. Dupré discută despre delirurile de imaginație, cu alura confabulatorie și tematică bogată, de obicei megalomană. (1)

În psihopatologia germană a vremii, delirul capătă, de asemenea proeminență în cadrul entităților malade, mai ales în corelație cu evoluția conceptului de paranoia. Astfel, E. Kretschmer descrie delirul senzitiv de relație, cu interpretări de tip persecutoriu care apar în interacțiunea cu ceilalți, cu precădere la persoane cu structură senzitivă, entitate ce va fi inclusă în categoria paranoiei. Conceptul de paranoia a fost revitalizat clar în spațiul germanic, chiar dacă el sau echivalenți ai lui (de exemplu, monomania de persecuție a lui Pinel) au subzistat și în alte părți. Astfel, J.C.A. Heinroth, în 1818, a conferit importanță centrală stărilor delirante și comportamentului aferent în paranoia. El a repus în uzul curent termenul de paranoia, dar el a fost utilizat mai specific de către W. Griesinger, în 1845, cu sens de psihoză independentă de cauze externe sau de stări malade anterioare. El va fi, însă, consacrat în 1863 de către Kahlbaum, care vede acest concept diagnostic un subgrup de nebunii mai mult sau mai puțin parțiale al căror simptome centrale sunt intelectuale și care rămân în mare măsură neschimbate în timp, punctul de vedere al lui Kahlbaum fiind începutul a ceea ce a statuat psihopatologia germană a vremii: introducerea, alături de marile boli afective, a celei de-a treia boli – paranoia.(19) Sindromul delirant își primea, astfel, locul cuvenit, în noua entitate nosologică.

2.1.3 Punctul de vedere al lui Jaspers

Poate cea mai reprezentativă și mai influentă circumscriere a delirului a rămas, din punct de vedere istoric, cea a lui Karl Jaspers. Jaspers afirmă că, din vremuri imemorabile, delirul a fost considerat ca o caracteristică fundamentală a nebuniei, iar a fi nebun și a fi delirant erau considerate două lucruri identice.(20, 21)

Jaspers afirmă că delirurile pot să se manifeste numai în procesul gândirii și al judecării, dar se face o vagă aplicație la orice tip de judecăți false ce prezintă următoarele caracteristici externe:

1. sunt susținute cu o extraordinară convingere și cu certitudine subiectivă;
2. există o impermeabilitate la alte experiențe sau la alte contra-argumente (incorijibilitate);
3. conținutul lor este imposibil / improbabil.

Jaspers distinge, după origine, între idei pseudo-delirante și delirurile veritabile, numite și deliruri primare. Ideile pseudo-delirante au o urgență comprehensibilă din experiențe ce vulnerabilizează, „cutremură” persoana, iar rădăcina lor poate fi regăsită psihologic în anumite afecte, nevoi, dorințe și temeri, din false percepții sau din experiența derealizării etc.. Delirurile veritabile sunt ireductibile psihologic și derivă din experiențele psihopatologice primare: senzații primare, trăiri vitale, stări de dispoziție, alertă etc. Totul ia un nou înțeles, pacientul parcă este într-o atmosferă delirantă generală, o lume a unor noi înțelesuri ce poate fi trăită prin experiențe delirante diferite: percepții delirante, idei delirante, amintiri delirante etc. Din punct de vedere fenomenologic, delirul este o experiență, din punct de vedere al performanței psihologice, este o perturbare a gândirii, ca produs psihologic este o creație mentală, din punct de vedere al conexiunilor de semnificație este un conținut dinamic, motivat și, în cadrul studiului nosologico-biografic, poate fi înțeles ca o ruptură în linia normală a vieții sau ca parte a continuumului dezvoltării personalității (punct de vedere întâlnit și la alți autori, de exemplu la Kretschmer). Delirul veritabil constituie o experiență primară și implică o transformare a întregii noastre conștiințe asupra realității, nu doar în ce privește certitudinea imediată a realității, dar și în judecata asupra realității. El este o manifestare morbidă a cunoașterii și erorii în ce privește realitatea empirică, la fel cum este o manifestare morbidă a credinței și superstiției în ce privește realitatea metafizică.(20)

2.2 Circumscriere actuală

2.2.1 Clinica delirului

În clinică se face distincția între delirul primar și delirul secundar, distincție moștenită din psihopatologia lui Jaspers și, în continuitate, cea a lui Kretschmer.

Lăzărescu (1994) distinge între ideea prevalentă, delirul sistematizat de tip paranoiac, delirul nesistematizat de tip paranoid și delirul secundar, prezentându-le succint și precis (22). Autorul le descrie astfel:

- *Ideea prevalentă* este o convingere anormală într-o temă marginală realității, neadevărată, dar plauzibilă, în care subiectul crede, având o anumită argumentare, cu o trăire afectivă secundară, congruentă și care centrează preocupările și comportamentul subiectului o perioadă de timp.
- *Delirul sistematizat, de tip paranoiac*, reprezintă o convingere patologică a cărei legături raționale cu evenimente trăite nu este evidentă (sau este extrem de laxă), având, deci un caracter „endogen” și bazându-se (sau fiind în strânsă corelație) cu alte trăiri patologice din seria iluzii și interpretări patologice, modificări endotime (expansive, depresive, anxioase) sau alte trăiri din seria tulburărilor paradelirante. Delirul se desfășoară într-o evidentă coerență logică și centrează existența și comportamentul pacientului.
- *Delirul nesistematizat (de tip paranoid)*. Este prezentă convingerea delirantă, dar fără sistematizare și aparență de logică, se corelează cu alte sindroame psihopatologice cognitive și depersonalizante: tulburări paradelirante, halucinatorii, depersonalizare, transparentă-influență, dezorganizare conceptuală (disociație) ideo-verbală, confabulație.
- *Delirul secundar*. Prezent în contextul unor trăiri afective majore, în starea maniacală și depresivă, apare ca o prelungire congruentă a particularităților atitudinale proprii acestora. Pot fi prezente și halucinații congruente. Datorită faptului că starea afectivă domină acum tabloul clinic, sistematizarea delirului nu mai apare ca pregnantă ca în cazul delirului sistematizat. (22).

Nefirescul discursului delirant și comportamentului aferent delirului uimește prin inadecvare și, de multe ori, prin sărăcirea și rigiditatea argumentelor ce întemeiază ideile delirante. Lăzărescu (2010) afirmă, de altfel, că aspectul esențial al delirului constă în reducerea complexității arhitectonicii psihismului, a cărui raportare circumstanțială la lume are în mod normal în spate o cunoaștere și înțelegere structurată a acesteia, iar prin simplificare, o anumită înțelegere deformată a propriei prezențe în lume, a propriei identități, valori și problematici, a relaționării subiectului cu alții și lumea umană în general înțelegere ce se desfășoară ca o „temă”, ca o „teză”, apare acum în prim plan; ea ocupă ansamblul preocupărilor subiectului, care nu se mai poate ancora în derularea firească a vieții, nu mai

poate fi atent la varietatea și multitudinea solicitărilor, devine convingere absolută care susține și întreține anumite atitudini și comportamente anormale. (23)

2.2.2 Puncte de vedere fenomenologice

Consistent cu Jaspers, Arthur Tatossian menționează incorijibilitatea actului delirant veritabil dar și, consecutiv, infailibilitatea acestuia, incapacitatea de a fi supus erorii.

Infailibilitatea, însă, presupune o incorijibilitate de drept și nu una de fapt, pentru că nu este vorba de un simptom ci de o condiție de posibilitate a delirului; incapacitatea de a fi supus erorii nu este adăugată din afară și post-factum în relatarea delirantului, ci relatarea este adăugată secundar actului de cunoaștere specific delirantului. (21)

Într-un registru similar, Sass (2007) discută despre manifestările pre-psihotice care preced dispoziția delirantă, caracterizate printr-un fenomen denumit *hiperintenționalitate*. Autorul descrie că pacienții ce experiențiază o astfel de trăire prezintă o rigiditate a percepției, se simt prinși într-o stare de suferință ce presupune o intensificare a atenției, a tendinței de a controla corpul, de a urmări scopurile, o hiper-conștiință, o hiper-reflexivitate susceptibilă de a duce la o exacerbare tipic psihotică. (24)

Ratcliffe (2010), analizând delirurile Capgras și Cotard, el susține că el pot fi înțelese mai degrabă ca expresii ale perturbărilor în structura existențială a experienței decât ca și credințe datorate unor anomalii ale conținuturilor perceptuale combinate cu un raționament deficitar. (25)

2.2.3 Abordările cognitive și neurocognitive

Pot fi grupate în trei subcategorii: abordări ascendente (engl. *bottom-up accounts*), abordări descendente (engl. *top-down accounts*) și abordări mixte.

Abordările *ascendente* vizează o perspectivă empirică asupra formării delirurilor, de la experiență către credințe. Există anomalii perceptivă ce pot duce la formarea delirurilor, chiar în condițiile unei facultăți normale de judecare. Logica persoanei funcționează normal, dar operează cu date distorsionate perceptiv.

Kapur (2003) afirmă rolul central al dopaminei în a media între “proeminența” evenimentelor din mediu și reprezentările interne. În fenomenul psihotic, perturbarea hiper-dopaminergică de la nivelul creierului poate duce la atribuirea aberantă a proeminenței

elementelor din experiență la nivel mintal; delirul este un efort cognitiv al pacientului de a face plauzibile aceste experiențe aberante.(26) Hemsley (2005) menționează rolul deficitelor de procesare a contextului în fenomenele psihotice, inclusiv în delir.(27)

Abordările *descendente* vizează o perspectivă raționalistă asupra formării delirurilor și se referă la perturbările care au loc la nivelul unor credințe fundamentale ale subiectului, perturbări care pot afecta experiențele și acțiunile. (28) Una dintre aceste abordări vizează faptul că există biasări atribuționale în deliruri și alta vizează biasări ale judecăților, cum ar fi saltul direct la concluzii (engl. *jumping to conclusions* – JTC), inflexibilitatea credinței / convingerii (engl. *belief inflexibility*) sau distorsiunile referitoare la evidența disconfirmatorie (engl. *bias toward disconfirmatory evidence*. (29, 30, 31) De exemplu, pacienții cu schizofrenie sunt deficitari în abilitatea lor de a integra argumente disconfirmatorii chiar și pentru aspectele care nu sunt tangente cu temele delirante, iar acest pattern de răspuns este mai pronunțat pentru convingerile mai puternice și poate contribui la fixarea ideilor false. (32)

Abordările *mixte* vizează o combinație a abordărilor precedente. Un model relevant este cel al lui Chris Frith (1992). El susține că nu se poate observa un singur mecanism clar în ce privește formarea delirurilor. Dacă în unele deliruri apar clar anomalii perceptuale, cum sunt cele în care simptomele primare sunt halucinațiile, în altele sunt greu de observat anomalii de acest gen, chiar dacă nu sunt excluse. În astfel de fenomene, par să fie implicate deficite de procesare logică, cum ar fi deficitul de raționament / judecată socială (engl. *social reasoning*). Nu este vorba neapărat de un proces conștient de judecare, nu este vorba de un lucru comun tuturor oamenilor și procesele rezolutive implicate nu izează atât de mult de logică pe cât izează de cunoștințele extrase din experiență. De asemenea, Frith a observat că în delirurile de control există un deficit al așa numitului sistem central de monitorizare, prin care persoana distinge schimbările datorate propriilor acțiuni și schimbările legate de evenimentele externe. Acest deficit este susceptibil de a crește vulnerabilitatea persoanei în a atribui eronat originea schimbărilor în evenimente externe când ele se datorează propriilor acte intenționale și viceversa.(33)

Teoria celor doi factori în formarea delirului pare să fie cea mai în vogă teorie neuropsihologică a momentului. Coltheart et al.(2007), Coltheart (2010) susțin că delirul presupune prezența a două tipuri de deficit neuropsihologic: unul care indică inițial credința

delirantă și un al doilea deficit care interferează cu procesele de evaluare a credinței, care, altfel, ar fi cauzat rejectarea credinței delirante. (34, 35)

2.2.4 Delimitarea „oficială” a delirului – perspectiva doxastică

Ne referim aici la perspectiva ateoretică, oferită de manualele diagnostice. Ea reprezintă perspectiva standard a delirului, cea ca și credință / convingere, numită și perspectivă *doxastică*. Doxastică vine de la termenul din greaca veche δόξα / δοξασία, care înseamnă credință, convingere.

În ICD-10 nu există o prezentare specifică a delirului. Ea este făcută sistematic, deși succint, în manualele americane de diagnostic.

Potrivit DSM-IV-TR, ideile delirante sunt convingeri eronate care implică, de regulă, o interpretare falsă a percepțiilor și a experiențelor, iar potrivit DSM-5, delirurile sunt credințe / convingeri fixe care nu pot fi schimbate în pofida evidenței, presupunând o varietate de teme sau conținuturi (de exemplu: de persecuție, de grandoare, de referință, somatice, religioase sau de grandoare). (36, 37)

Ideile delirante de *persecuție* (de exemplu, credința că cineva ar urma să fie rănit, hărțuit etc. de către un individ, organizație sau alt grup) sunt cele mai frecvente. Ideile delirante de *referință* (de exemplu, credința că anumite gesturi, comentarii, semnale ambientale etc. îi sunt adresate în mod special) sunt, de asemenea, frecvente. Ideile delirante de *grandoare* (de exemplu, când un individ crede că are abilități excepționale, bunăstare sau faimă) și idei delirante *erotomane* (de exemplu, când un individ crede în mod fals că o altă persoană este îndrăgostită de el) sunt, de asemenea, întâlnite. Ideile *nihilistice* presupun convingerea că o catastrofă majoră se va întâmpla, iar ideile delirante *somatice* se focalizează asupra preocupărilor legate de sănătate și funcționarea organelor. (37)

În afara acestor principale teme delirante, mai regăsim idei delirante de gelozie, vinovăție, posesiune, inserția sau răspândirea gândirii etc. De asemenea, în delirul secundar trăirilor afective, regăsim idei congruente cu dispoziția (a căror tematică este în consonanță cu trăirea afectivă – de exemplu, delirul de vinovăție sau cel de nimicnicie din depresia psihotică sau ideile delirante de grandoare din mania psihotică)

Ideile delirante pot fi considerate bizare sau non-bizare. Cele bizare presupun lipsa plauzibilității, a comprehensibilității și faptul că nu sunt raportate la experiențe comune. Un

exemplu ar fi ideile de transparență-influență care, potrivit lui Kurt Schneider, fac parte dintre simptomele de rang I (First Rank Symptoms – FRS), caracteristice schizofreniei: o persoană poate avea impresia că îi sunt inserate în minte gânduri din afară.(38) De altfel, bizareria ideilor delirante face ca acestea să fie integrate ca element în tablourile de tip schizofren, fără a fi, însă, un criteriu suficient. Insuficiența acestui criteriu poate fi pusă la îndoială, de exemplu, de utilizarea simplistă a FRS în sistemele de diagnostic operațional și în multe din instrumentele de evaluare, care tind să participe la creșterea confuziei.(39)

Ideile delirante non-bizare presupun un conținut și o articulare a acestuia mai apropiate de tărâmul experiențelor comune. Un exemplu ar fi acela în care o persoană are convingerea că este urmărit de diverse personaje individuale sau colective (un criminal sau poliția). Ideile non-bizare sunt atribuite, diagnostic, mai degrabă tulburărilor non-schizofrene, cum ar fi tulburările delirante.

2.2.5 Perspectiva realităților multiple ale delirului

Gallagher (2009) susține interpretarea delirului în multiple realități, având în vedere complexitatea sa. Autorul consideră insuficiente și nesatisfăcătoare circumscriserile fenomenelor delirante ca false credințe, sisteme complexe de credințe, tulburări ale logicii inferențiale. Ipoteza realităților multiple (MR) în delir integrează aspectele ascendente și cele descendente, împreună cu alți factori: corpul, afectele, factorii sociali și de mediu.(40)

Pe baza distincției dintre delirurile psihotice și cele non-psihotice (de exemplu, cele legate de auto-înșelare), Hamilton (2007) susține că delirurile psihotice au caracteristici neasemănătoare credințelor, cum ar fi *netemeinicia* (engl. *groundlessness* – în delirurile psihotice, fie pacientul nu oferă temeieri pentru delirul lui, fie, dacă oferă, par că nu le ia în serios), *inerția comportamentală* (engl. *behavioural inertia* – multe deliruri nu sunt transpuse integral în act) și *virtualitatea convingerii* (engl. *web of belief* – atribuirea convingerii este guvernată de constrângeri legate de raționalitate sau de caracterul rezonabil, dar în unele deliruri nu putem găsi o legătură inteligibilă între convingere și experiență). (41)

Frankish (2009) face o distincție între două tipuri de credințe: *credințe de nivel 1* – inconștiente, pasive (fără a fi susceptibile de control reflectiv), graduale (cu grad de confidență / încredere sau cu continuum de posibilități), stări dispoziționale (dispoziții comportamentale multi-direcționale, interdependente în ansamblu) și *credințe de nivel 2* – conștiente, controlate

(susceptibile de control reflectiv), binare (atitudine absolută: fie credem ceva, fie nu credem), stări funcționale (stări funcționale discrete ale sistemului cognitiv, care sunt activate selectiv în raționare / judecare).(42) Aceeași distincție poate fi făcută și pentru dorință. El a menționat că delirurile corespund mai bine profilului credințelor de nivel 2 decât celui al credințelor de nivel 1. Mai mult, Frankish vorbește despre credința de ordin 2 ca *acceptanță*, o stare psihologică deseori în contrast cu credința, adoptând perspectiva lui Cohen (1992) asupra credinței și acceptanței: credința este o dispoziție, involuntară, graduală și orientată către adevăr, iar acceptanța este un principiu, care poate fi adoptat activ ca răspuns la considerații pragmatice, ceea ce înseamnă că este o stare conștientă, controlată și binară.(42, 43) Frankish spune că motivația noastră de a transpune în acțiune propriile acceptanțe este una esențialmente metacognitivă și încearcă o altă conceptualizare a delirurilor bazată pe două tipuri de acceptanță: acceptanțe doxastice – tipic formate din rațiuni epistemice și sensibile la evidență și acceptanțe non-doxastice – formate din rațiuni pragmatice și fără referire la evidență, sunt eficiente numai în anumite contexte restrânse și pot să nu fie consistente unele cu altele. El susține că sunt două modele ale delirurilor, unul doxastic (delirurile sunt acceptanțe doxastice atipice – credințe de nivel 2) și altul non-doxastic (delirurile sunt acceptanțe non-doxastice tipice). Am putea avea nevoie de ambele modele ale delirurilor – și de cel doxastic și de cel non-doxastic, pentru că similaritățile între modele sunt mai importante decât diferențele dintre ele.(42)

3. Tulburări ce includ delirul

3.1 Tulburările psihotice

Trăirile delirante, deși prezente în multe domenii nosologice, sunt regăsite, ca simptome proeminente, în tulburările psihotice, unde fac parte din „prima linie” a simptomatologiei productive, pozitive. În *Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament ICD-10*, termenul de psihotic este considerat un termen descriptiv comod, fără a presupune nici o referință teoretică la mecanisme psihopatologice, indicând, pur și simplu, o serie de simptome, inclusiv ideile delirante, alături de halucinații sau anormalități grave ale

comportamentului, cum ar fi excitarea grosieră și hiperactivitatea, retardarea motorie marcată și a comportamentului catatonie. (44)

În respectiva clasificare, tulburările psihotice se regăsesc la intervalul de codificare F20–F29 – Schizofrenia, tulburările schizotipale și tulburările delirante, iar trăirile delirante sunt simptome proeminente în marea majoritate a tulburărilor, mai cu seamă în *tulburările delirante persistente* (F22) și în *schizofrenia paranoidă* (F20.0). (44)

În DSM-5 ideile delirante sunt prezente, de asemenea, în rândul trăsăturilor cheie din configurațiile tablourilor psihotice, alături de halucinații, gândire sau vorbire dezorganizată, comportament motor dezorganizat grosier sau anormal și simptome negative. În respectiva clasificare, tulburările psihotice se regăsesc la capitolul *Spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice*, iar trăirile delirante sunt simptome proeminente în marea majoritate a tulburărilor, mai cu seamă în *tulburarea delirantă* (297.1) și în *schizofrenie* (295.90). (45)

3.2 Tulburările afective

Este relativ impropriu să vorbim separat despre tulburări afective, ca și categorii psihopatologice distincte de psihoze, cel puțin o parte dintre ele constituind, încă, obiectul asocierii spre suprapunere cu statusul psihotic. Separația oficială este relativ arbitrară și ține de comoditatea în raportarea la termenul de psihotic. (44)

Delirul poate fi prezent ca simptom secundar trăirilor afective. În clasificarea ICD-10, trăirile delirante pot fi regăsite la *mania cu simptome psihotice* (F30.2), *tulburarea afectivă bipolară* (F31) cu episoade afective cu elemente psihotice (F31.2, F31.5, eventual F31.6), în *episodul depresiv sever cu simptome psihotice* (F32.3), *tulburare depresivă recurentă cu episod actual sever, cu simptome psihotice* (F33.3). (44) În DSM-5, delirul se regăsește în capitolul *Tulburări bipolare și asociate*, la *tulburarea bipolară I* cu episoade afective cu elemente psihotice (296.44, 296.54), în capitolul *Tulburări depresive*, la *episod depresiv major cu elemente psihotice* (296.24, 296.34). (45)

3.3 Alte tipuri de tulburări

Chiar dacă este simptom sau sindrom privilegiat în tulburările psihotice, delirul poate să fie prezent în foarte multe alte tulburări: tulburări organice, tulburări legate de consumul de substanțe psiho-actieve, tulburări legate de o condiție medicală, tulburări exotice etc. El poate,

de asemenea, să facă posibile modificări diagnostice cu pasaj de la spectrul nevrotic la cel psihotic (de exemplu, dismorfofobia sau hipocondria, condiții considerate nevrotice, pot avea intensitate delirantă, fiind incluse în „zona” diagnostică psihotică).

Capitolul III – Patologie psihică și metacogniții

1. Introducere

În ultimii aproximativ douăzeci de ani, interesul și preocuparea pentru studiul participării metacognitive la mecanismele sau manifestările psihopatologice a crescut din ce în ce mai mult. Deși au fost găsite numeroase date legate de această participare, ele sunt departe de a încheia dezbaterea. Rezultatele recente sunt, însă, tot mai încurajatoare.

În afara datelor cu trimitere la patologie, a fost studiată implicarea mecanismelor metacognitive în procese firești. Partea cea mai consistentă vizează domenii deja tradiționale, cum sunt cele legate de învățare sau de funcționarea la nivel de procese cognitive, dar direcțiile au început să se diversifice, cercetarea vizând domenii cum sunt: procesele decizionale, interacțiunile sociale – felul în care, prin metacognițiile implicite, luăm automat în considerare cunoștințele și intențiile celorlalți sau felul prin care metacognițiile explicite ne ajută să reflectăm asupra comportamentului nostru și să îl justificăm în fața altora, atitudinile, aspecte developmentale, trăirile agențiale etc. (46, 47, 48, 49, 50)

2. Procesualitate metacognitivă în patologie

2.1 Emoții și metacogniții

Se pare că există o legătură procesuală clară între emoții și metacogniții. Nelson et al. (1999) afirmă că o persoană își monitorizează starea emoțională, îi aplică etichete, o compară cu ce presupune finalitatea și acționează pentru ca starea emoțională curentă să devină mai aproape de ce presupune finalitatea. (51)

Wells (2000) îi citează pe Nelson et al. (1998) care identifică două tipuri de informație implicată în judecățile metacognitive: sentimente trecătoare sau impresii și teorii implicite care durează mai mult. (10) Wells și Mathews (1994) sugerează că emoția / sentimentul furnizează informație pentru evaluările și judecățile metacognitive din tulburările psihice. (11) La nivelul implicit, emoția poate distorsiona selecția planurilor pentru procesare, pacienții cu tulburări emoționale tind să utilizeze informația bazată pe emoții / sentimente ca ghid pentru evaluarea și reglarea executării strategiilor de coping – de exemplu, un pacient cu tulburare obsesiv-compulsivă poate repeta un ritual până „va simți sigur” că a fost derulat corect. (10)

2.2 Ajustarea metacognitivă

2.2.1 Ajustarea

Conceptul de ajustare (engl. *coping*) a început să își dobândească propria formă în anii '60 - '70, odată cu creșterea interesului pentru conceptul de stres, având ca precursor conceptul psihanalitic de mecanism de apărare, conform căruia fiecare formă de psihopatologie era asociată cu un stil defensiv particular. (52) Treptat, au fost teoretizate concepte diferite de ajustare, fie pe filiație psihodinamică – de exemplu, stiluri ierarhice de coping, fie în cadrul altor curente teoretice, cu precădere cognitive – în care ajustările erau discutate ca procese. Copingul reflectă demersul pe care persoana îl face, conștient sau inconștient, la nivel mintal sau la nivel de acțiune, pentru a gestiona solicitările interne sau externe la care este supusă. Practic, ajustarea presupune adaptare la schimbările ce solicită persoana. Evident, conceptul de coping este pus imediat în relație cu conceptul de stres și, implicit, cu solicitările emoționale. Oamenii reacționează diferit la stress, modalitățile prin care se ajustează fiind particulare fiecărei persoane, în funcție de situații, de context, de factorii personali implicați (personalitate, experiențe, emoții, cogniții etc.) sau relația dintre toate acestea.

Lazarus (2011) discută despre *emoțiile de stres* – cele cu tonalitate negativă: mânie, anxietate, vinovăție, rușine, tristețe, invidie, gelozie și deznădejde – ca domeniu al *adaptării centrate pe emoții*, diferită de *adaptarea centrată pe problemă*, care presupune acțiuni menite să reducă stresul. (8)

2.2.2 Reglarea metacognitivă

Încă din anii începutului teoriei și terapiei cognitive, Beck (2001) observă că pacienții depresivi par să aibă două moduri de a gândi și de a comunica: unul obișnuit, conversațional, prin care comunică efectiv cu ceilalți, constând în diferite gânduri și emoții și un al doilea mod prin care pacienții par să comunice cu sine, un „sistem propriu de semnalizare”, constând în auto-monitorizare, auto-instrucțiuni și auto-avertizări, incluzând interpretări rapide, automate, ale evenimentelor, auto-evaluări și anticipații. (53) Sistemul de comunicare internă al pacienților depresivi – reprezentat de autoevaluare, atribuire, expectatii, concluzii, evocare – era stăpânit de negativitate, ce se manifesta prin stimă de sine scăzută, autoreprosuri, autocritică, predicții negative, interpretări negative ale experiențelor, amintiri neplăcute; în situații ambigue, pacienții depresivi erau în mod special înclinați să facă o interpretare negativă, atunci când una pozitivă părea mai adecvată; nu numai că ei amplificau experiențele lor neplăcute, dar etichetau ca negative experiențe personale pe care alții le-ar fi considerat pozitive. (53) Chiar dacă modelul cognitiv beckian nu este considerat ca unul metacognitiv, această relatare despre începuturile lui subliniază fără nici o îndoială o dinamică procesuală metacognitivă, în care al doilea mod, sistemul de comunicare internă, este cel prin care pacientul este atent și reflectiv la propria experiență, evaluează, interpretează, formulează predicții, încercând ajustări la situație.

O astfel de procesualitate reglatorie este similară cu cea menționată de Nelson și Narens (1990). Ei afirmă că procesele cognitive operează la mai multe nivele legate între ele. (54) Autorii identifică două nivele între care circulă informația: *nivelul obiectului* (engl. *object-level*) și *meta-nivelul* (engl. *meta-level*). Fluxul informației de la nivelul obiectului către meta-nivel asigură monitorizarea, informând meta-nivelul despre starea nivelului obiectului, iar fluxul informației dinspre meta-nivel spre nivelul obiectului asigură controlul, prin care se informează nivelul obiectului ce urmează să facă. (54) Astfel, se presupune că activitatea cognitivă presupune nivele și modalități diferite de procesare și complexitate, obiecte și scopuri diferite, asigurându-se reglarea prin cele două componente procesuale: *monitorizare* și *control*.

2.3 Modelul funcției executive auto-reglatorii (S-REF)

2.3.1 Introducere

În tulburările clinice, strategiile metacognitive de control pot consta în tentative de a controla fluxul conștiinței. (10)

Modelul funcției executive auto-reglatorii (S-REF) (10, 11, 55) pare cel mai bine susținut din perspectivă teoretică și clinică. Formulată pentru a acoperi unele goluri ale modelului terapeutic cognitiv (10), el oferă o interpretare coerentă a reglării metacognitive și asigură o bază promițătoare pentru intervenții terapeutice.

Autorul afirmă că teoriile clinice de model cognitiv tind să fie mai degrabă descriptive în ce privește fenomenele clinice decât să ofere o explicație mai profundă a mecanismelor de surprind interacțiunea dintre credințe și funcționarea sistemului de procesare a informației a indivizilor tulburați emoțional; teoria cognitivă și cea a schemelor (tot un model cognitiv) se focalizează pe conținutul cogniției la nivelul cunoașterii (credinței) și la nivelul evaluării, scăpând din vedere aspecte cum sunt metacogniția, atenția, reglarea procesării și aspecte dinamice ale acesteia, ignorând forma pe care o ia gândirea negativă și mecanismele care dau proeminență gândurilor disfuncționale. (10)

Pentru a umple aceste goluri de explicație, a apărut interesul pentru registrul metacognitiv și pentru reglarea la nivel metacognitiv, nu ca o negare a teoriilor cognitive, cât mai degrabă ca o critică rezonabilă și o completare a acestora. Aceste completări sunt sintetizate într-un model arhitectonic auto-reglator multi-nivelar. Prezentăm, în continuare, ideile principale ale acestui model.

2.3.2 Sistemul S-REF

Sistemul S-REF constă într-o arhitectură dinamică în care există o interacțiune între trei nivele (10):

1. Un nivel inferior ce presupune o rețea de unități de procesare, orientată / condusă de stimuli, care funcționează predominant automatic, în afara câmpului de conștiință, ale cărei produse pot pătrunde intruziv în conștiință. Procesarea la acest nivel nu este foarte dependentă de resursele cognitive și este, în mare măsură reflexivă.
2. Un nivel al procesării controlate directe, implicată în evaluarea conștientă a evenimentelor, în controlul acțiunii și al gândului și care necesită resurse atenționale mai consistente. Ca atare, este dependent de resursele atenționale, presupune, în mod normal, nivele diferite de alertă conștientă și de control voluntar, deși, în cazul unor tulburări clinice, acestea pot

diminua. De asemenea, procesarea la acest nivel este dependentă de accesarea cunoștințelor și credințelor legate de sine, neputând funcționa independent și se bazează pe cunoașterea de sine din memorie pentru a o ghida.

3. Un nivel al înmagazinării credințelor, cunoașterii de sine, în memoria de lungă durată (LTM). Aceste credințe au o componentă metacognitivă și constau cel puțin parțial din planuri pentru procesare. (10)

La nivelul acestei arhitecturi au loc diferite procesări de informație.

2.3.3 Moduri și configurații ale procesării informaționale

Procesările de informație pot fi derulate după două *moduri* (perspective legate de gândurile sau credințele proprii) sau după diverse *configurații* (patternuri ale proceselor cognitive care sunt activate într-un moment anume). În condiții firești, operațiile cognitive se desfășoară în *modul legat de obiect* (engl. *object-mode*), în care gândurile și percepțiile sunt considerate ca reprezentări precise și non-evaluate ale evenimentelor. Al doilea mod este *modul metacognitiv*, presupunând distanțare de gânduri și percepții, acestea putând fi evaluate, deși nu neapărat admise ca reprezentări directe ale realității. (10)

Pentru tulburarea psihică este importantă *configurația S-REF*, cu referire la procesările relevante pentru sine, care servesc funcției executive, orientate către scop, de reducere a auto-discrepanțelor dintre reprezentarea stării actuale a sinelui și reprezentarea dorită sau „normativă” și care, în condiții firești, sunt de scurtă durată, iar gestiunea discrepanțelor se efectuează fie cu ajustare prin focalizare pe sarcină, fie prin modificarea credinței. Ea îndreaptă atenția spre sine și evaluează semnificația personală a stimulilor externi, a celor interni și a cognițiilor, de obicei în modul legat de obiect (evaluările sunt considerate reale și precise). În tulburările psihice, apare eșecul în atingerea scopului – eșec datorat selectării unor strategii nepotrivite de coping, evaluării negative repetate a unei stări influențate de credințe negative despre sine, existenței unor scopuri auto-reglatorii nerealiste sau constrângeri externe care compromit reducerea discrepanței – și configurația auto-reglatorie devine perseverativă. Constrângerile externe nu sunt decisive, procesările auto-reglatorii pot fi eficace și când aceste constrângeri împiedică atingerea scopurilor. Autorul oferă exemplul pacienților cu boli terminale, al căror scop legat de supraviețuire este împiedicat de boală. Activarea auto-reglatorie poate fi moderată prin abandonarea scopului principal (cel al supraviețuirii) și

dezvoltând scopuri secundare alternative care sunt tangibile – reducerea durerii, a lăsa lucrurile în ordine etc. Astfel de strategii, spune Wells, sunt capabile să modereze efectele emoționale, spre deosebire de situația când scopurile sunt rigide și inflexibile, făcând imposibilă auto-reglarea. (10)

2.3.4 Cunoașterea de sine și cunoașterea metacognitivă

Credințele despre sine, spre deosebire de teoriile cognitive tradiționale, nu sunt considerate specii declarative, ci planuri generale pentru procesare și ajustare. (10)

Cunoașterea metacognitivă constă din planuri implicite care ghidează procesarea și operează în mare măsură în afara conștiinței, dar și din credințe explicite / declarative despre modul de a gândi. Activarea cunoștințelor despre sine presupune accesarea informațiilor relevante pentru sine despre realitate și ceilalți, precum și două tipuri de cunoștințe metacognitive: cunoștințe despre semnificația gândurilor și planuri care orientează și modelează cognițiile. Planul ghidează atenția și evaluarea, poate avea integrate scopuri auto-reglatorii care, la nivel metacognitiv, pot specifica asimilarea unor date noi în rândul credințelor existente sau acomodarea credințelor pentru a fi consistente cu noile date. Când un plan metacognitiv este activat, avem de-a face cu o credință puternică – de exemplu, prezența unui obiect fobogen poate activa puternic convingerea despre pericolul potențial, iar absența acestuia poate activa convingerea că teama fobică este irațională. (10)

2.3.5 Procesările S-REF

Stimulii interni sau externi cu semnificație negativă sau de pericol pot genera intruziuni la nivelul procesării automate care declanșează procesările S-REF. S-REF accesează cunoștințele despre sine din LTM pentru o evaluare a amenințării și pentru a pregăti ajustarea, adică planuri generale pentru evaluare și coping, prelucrate la nivelul procesării curente pentru a le adapta situației particulare. Planurile, având o componentă metacognitivă care orientează procesarea și efectul reciproc al procesării asupra credințelor în LTM, sunt pasibile și ele de a se modifica, în funcție de succesul sau eșecul evaluării și a strategiei de coping adoptate sau prin exersarea repetată a comportamentelor ce conduc la proceduralizarea răspunsurilor. Procesarea directă modifică sau întărește credințele, în funcție de planul și scopurile metacognitive activate și de efectul strategiilor de coping specificate de planul actual. S-REF

influențează procesările de nivel inferior, implementând strategii prin biasarea activității la acest nivel. (10)

2.3.6 S-REF și emoțiile

Starea emoțională este determinată de îndeplinirea scopurilor. Astfel, anxietatea este asociată cu eșecul anticipat al atingerii scopurilor, în timp ce depresia este asociată cu un eșec deja existent. (10) Emoția are o funcție informațională și influențează prioritizarea procesării; răspunsurile emoționale devin ele însele ținta activității S-REF, menținând, astfel, configurația. Când există toleranță limitată a emoțiilor negative, există o stare cronică de alertă în încercarea de a monitoriza declanșatorii emoționali și de a suprima răspunsurile emoționale. Anxietatea va apare numai când S-REF este activă și va înceta când sunt apelate scopuri sau planuri alternative sau când procesarea își atinge scopurile. Wells dă exemplul atacului de panică, în care scopul imediat este cel de auto-conservare prin aplicarea unor comportamente diferite de coping: S-REF va fi dezactivată numai când individul va evalua că a atins cu succes scopul de a preveni o catastrofă fizică sau mentală, în urma accesării unor date interne (de exemplu, reducerea simptomelor fiziologice) sau externe (de exemplu, asigurarea că nu are nimic grav primită de la un medic). Dacă astfel de date modifică semnificativ cunoașterea de sine, adică informația eronată sau planul de evaluare și coping, atacurile de panică se pot reduce, dacă nu, persoana rămâne vulnerabilă. Dintre aceste date metacognitive, cele interne sunt originare în memorie, trăiri emoționale și o impresie despre sine. Componente a atenției focalizate pe sine, ele influențează bidirecțional evaluările (evaluarea semnificației evenimentului – de exemplu, semnificația periculoasă – și evaluarea cunoașterii de sine – de exemplu, estimarea resurselor) și furnizează un punct de reper pentru încetarea sau continuarea eforturilor de ajustare. Trăirile interne pot influența interpretarea cunoștințelor despre sine, cum se întâmplă în cazul disocierii dintre credințele intelectuale și cele emoționale (10): știu că o credință este eronată, dar „simt”, totuși, ca și cum ea ar fi adevărată („nu știu, dar așa simt”, „îmi dau seama ca nu-i așa, dar așa simt”).

2.3.7 Procesările S-REF în tulburările psihice

Perturbarea psihologică este legată cauzal de *sindromul cognitiv-atențional*, care presupune atenție auto-focalizată, procesarea directă a credințelor negative despre sine,

alegerea strategiilor bazate pe îngrijorare / ruminație, monitorizarea amenințării, limitărilor resurselor și coping maladadaptativ. (10) Este vorba de un stil particular în ce privește gândirea și modalitățile de coping cu ideile negative și amenințarea, care împiedică auto-reglarea eficientă a gândurilor și a emoțiilor, precum și asimilarea informației corective. (56)

Procesările derulate în condiția maladivă interferează cu ajustările cognitive necesare întoarcerii individului la o funcționare normală. Activitățile de procesare asociate cu îngrijorare sau ruminație tind să interfereze cu operațiile interne ale sistemului executiv (de exemplu, comutarea priorităților de procesare sau modificarea credințelor), și cu implementarea strategiilor de coping atențional care presupun exigență prosexică. În mod normal, perioadele de disconfort sunt scurte, din moment ce evaluarea și strategiile de coping conduc la atingerea scopului și la ieșirea din procesarea S-REF. Întreruperea activității S-REF poate fi realizată și prin activarea unor scopuri concurente și devierea atenției. Dacă discrepanțele rămân, S-REF tinde să se reactiveze, dacă se reduc (de exemplu, prin schimbarea credințelor și / sau prin înlăturarea naturii amenințării), atunci S-REF poate să nu se reactiveze prin expunerea la stimuli subsecvenți, ea rămâne activă sau în alertă pentru reactivare până auto-discrepanțele sunt rezolvate.

În tulburarea psihică, dificultățile de auto-control, corespunzătoare unei activități intense a S-REF, au surse la nivel individual sau la nivel de mediu.. Factorii individuali, predominanți în aceste dificultăți, pot fi (10):

- evaluări eronate în ce privește controlul, influențate de credințele metacognitive (de exemplu, individul nu este conștient de controlul pe care îl deține)
- utilizarea unor strategii nefolositoare de coping care împiedică, de asemenea, controlul (de exemplu, încercările de supresie a gândurilor sau de sprijinire pe îngrijorare)
- utilizarea unor strategii de coping care eșuează în modificarea unor credințe maladaptative despre sine, astfel încât discrepanțele persistă (de exemplu, evitarea situațiilor stresante reduce expunerea la informații care ar putea corija credințele negative eronate)
- cunoștințe disfuncționale despre sine sub forma unor scopuri nerealiste pentru auto-reglare, eșecul în atingerea scopurilor activând repetat procesarea S-REF destinată reducerii discrepanței. Autorul exemplifică prin situația unui pacient hipocondriac care crede că simptomele inexplicabile sunt semnul unei boli grave; el este susceptibil de a avea un scop auto-reglator în încercarea de a ține cont de toate reacțiile corporale pentru a

reduce anxietatea și amenințarea, iar această strategie va conduce la situații repetate de eșec în explicarea simptomelor și, astfel, la activarea credințelor negative despre boală. (10)

Alți factori ce contribuie la procesarea perseverativă a S-REF sunt:

- credințele metacognitive, cum ar fi credința că îngrijorarea sau ruminarea sunt strategii de coping eficiente și dezirabile, de asemenea, pot menține activitatea S-REF: indivizii utilizează gânduri catastrofice pentru a genera un sentiment intern că vor face față eficient amenințării. La fel se întâmplă în cazul unor tipuri de comportament compulsiv, în care individul se simt constrâns să efectueze un ritual până apare un sentiment interior că scopul e atins, stare ce constituie un semnal că ritualul poate fi oprit. Îngrijorarea și ruminarea nu furnizează informație care infirmă credințele sau evaluările negative, ci epuizează resurse valoroase de procesare, prelungesc crizele de procesare auto-focalizată și pot distorsiona sau întrerupe alte operații utile, cum ar fi procesarea emoțională.
- trăsături de personalitate cum ar fi auto-focalizarea dispozițională a atenției, legată de strategii de evitare și neuroticismul, care poate avea legătură cu accesibilitatea cunoștințelor negative despre sine și preferința pentru strategii de coping centrate pe emoții.
- strategii de coping ce implică direct atenția, cum ar fi monitorizarea susținută a amenințării, dacă nu sunt acompaniate de strategii care furnizează dovada unui coping eficient și conduc la revizuirea cunoștințelor negative despre sine. Autorul dă exemplul unui individ traumatizat în urma unui jaf, care poate menține subsecvent o strategie de scanare a semnelor de amenințare, cum ar fi căutarea persoanelor „suspecte”. (10)

2.4 Metacognițiile și patologia non-psihotică

2.4.1 Introducere

O serie de perturbări emoționale sunt legate de evaluări și judecăți metacognitive negative, de exemplu, în manifestările obsesiv-compulsive, anxietatea generalizată, depresia, stresul post-traumatic, tulburările de personalitate, consumul de alcool, hipocondrie etc. Vom prezenta, în continuare, perspectiva metacognitivă asupra a trei dintre cele mai studiate

patologii: tulburarea obsesiv-compulsivă, anxietatea generalizată și depresia, iar apoi vom face referiri foarte succinte la alte probleme explorate.

2.4.2 Aspecte metacognitive în simptomatologia obsesiv-compulsivă

În problematica obsesiv-compulsivă se accentuează rolul credințelor metacognitive care se referă la sensul gândurilor intruzive și a credințelor instrumentale despre răspunsurile comportamentale ce pot duce la minimizarea pericolului evaluat. (10, 11, 57)

Pacienții obsesivi nu numai că sunt susceptibili de a evalua distorsionat gândurile intruzive, în sensul creșterii amenințării, dar acest lucru activează procesări cu focalizarea atenției pe evenimentele interne, reducând încrederea în abilitățile mnezice și determinând perseverarea procesărilor până la apariția sentimentului interior de reducere a pericolului (corespunzătoare reducerii discrepanței).

Au fost găsite, de asemenea, date care confirmă participarea credințelor metacognitive, alături de responsabilitate, la tulburările obsesiv compulsive ale adolescenților. (58)

Emmelkamp și Aardema (1999), studiind cognițiile la un lot de 305 pacienți cu tulburare obsesiv-compulsivă, afirmă că credințele metacognitive (în mod specific, în studiul citat, cele legate de inferențele inverse sau de fuziunea gând-acțiune) sunt importante, indiferent de specificitatea tulburării obsesiv-compulsive. (59)

Cohen și Calamari (2004), într-un studiu asupra procesualității cognitive în obsesionalitate, găsesc *conștiința de sine cognitivă* (CSC), domeniu metacognitiv care vizează tendința la focalizarea atenției asupra gândurilor proprii și conștientizarea lor, ca aspect distinct în cognițiile din tulburarea obsesiv-compulsivă. (60)

În tulburarea obsesiv-compulsivă, modelul metacognitiv al lui Wells, alături de alte modele consacrate, cum este cel al lui Salkovskis (1985, 1989, 1998, Salkovskis et al., 1995) sau cel al lui Rachman (1997, 1998), susțin credințele despre obsesii ca fiind ținte necesare pentru intervențiile clinice. (61)

Modelul metacognitiv poate fi validat practic prin confirmarea rezultatelor intervenției metacognitive în tulburarea obsesiv compulsivă. Fisher și Wells (2008), utilizând metodologie cazuistică individuală, au raportat rezultate încurajatoare în urma parcurgerii de către patru pacienți a unui program de intervenție metacognitivă de 12 – 14 ședințe. (62)

2.4.3 Conceptualizarea metacognitivă a anxietății generalizate. Implicațiile îngrijorării

În conceptualizarea anxietății generalizate, importanța acordată îngrijorării de către modelul metacognitiv este de prim ordin. În îngrijorare, persoana înlănțuie gânduri, scenarii problematice cu deznodăminte variate, predominant negative și incontroleabile, în încercarea de a anticipa scenariile posibile de pericol și de a le găsi rezolvare. Din păcate, finalul scenariilor nu este întotdeauna pozitiv, rezolutiv, deznodămintele pot fi imaginate, gândite în termeni de risc și imprevizibilitate. Mai mult scenariile se pot combina sau pot deriva unele din altele la nesfârșit. Alături de ruminare, îngrijorarea este una dintre componentele tulburărilor psihice în general, fiind susținută de credințe metacognitive.(10). Modelul metacognitiv al anxietății generalizate acordă importanță îngrijorării nu doar ca și consecință simptomatică a anxietății, ci și ca stil activ de evaluare și coping cu amenințarea, susținut de credințele individului. (10)

În anxietatea generalizată, pacientul trăiește două tipuri de îngrijorare, care participă la procesualitatea și la perpetuarea tulburării. Wells (1995, 1997, 1999, 2000, 2005) afirmă că există o îngrijorare de tip 1, care are drept obiect evenimente externe și evenimente interne non-cognitive (de exemplu, simptome fizice) și o îngrijorare de tip 2, ce vizează evaluarea negativă a procesualității gândirii, numită și meta-îngrijorare. (63, 57, 64, 10, 65)

Declanșatori cum sunt gândurile intruzive scenarizate („Dar dacă...?”) sau evenimente externe pătrund în câmpul conștiinței și activând credințe metacognitive pozitive despre îngrijorare (de exemplu, „Îngrijorarea mă poate ajuta să descopăr soluții”, „Dacă am grijă, n-o să mi se întâmple nimic” etc.) Avem de-a face cu îngrijorarea „privită” de mintea noastră ca strategie de control sau de rezolutivă. Ca atare, în tipul 1, scenariile sunt contemplate și asociate cu fenomene emoționale, fapt ce duce la activarea îngrijorării ca modalitate de ajustare. Dacă scenariile rezolutive sunt mulțumitoare și acoperă posibilitățile anticipate, anxietatea diminuează. În cazul persoanelor cu anxietate generalizată, lucrurile nu se opresc aici, deoarece, pornind de la contemplarea scenariilor de pericol, sunt activate credințe metacognitive negative, cu precădere cele legate de incontroleabilitatea și pericolul îngrijorării (de exemplu, „N-o să fac față îngrijorării sau spaimelor mele”, „Să îmi fac griji nu mă lasă să scap de temeri”, „Nu mai scap de griji și de neliniște” etc.), care devin invazive și facilitează intrarea în scenă al celui de-al doilea tip de îngrijorare, meta-îngrijorarea sau îngrijorarea față de îngrijorare, în care sunt intensificate și întreținute răspunsurile anxioase, atât la nivel emoțional și comportamental, inclusiv fiziologic, dar în care se intensifică și efortul auto-

reglator de control al gândurilor. Efortul e perpetuat de faptul că apar noi intruziuni care arată că strategiile de ajustare nu își ating scopul și care dau persoanei sentimentul că nu face față, dar și de faptul că intensificarea anxietății presupune în sine trăiri interne (gânduri catastrofice, disconfort emoțional, senzații corporale neplăcute) care sunt evaluate negativ (de exemplu, „Nu o să mai scap de anxietate”, „Starea asta de rău o să mă facă să înnebunesc” etc.) sau comportamente (de exemplu, evitarea situațiilor „periculoase” sau evitarea consecințelor îngrijorării sau anxietății), care împiedică persoana să evalueze adecvat pericolul (în îngrijorarea de tip 1) sau să evalueze negativ și distorsionat scenariile legate de îngrijorare (în meta-îngrijorare).

Modelul metacognitiv al anxietății generalizate și implicarea îngrijorării au fost confirmate de mai multe studii care au vizat: corelația pozitivă a credințelor cu tendința la îngrijorare patologică, meta-îngrijorarea și credințele negative ca predictorii în tulburarea de tip anxietate generalizată, ponderea mai mare a credințelor negative despre îngrijorare și a meta-îngrijorării la pacienții cu anxietate generalizată comparativ cu pacienți cu tulburare de panică, fobie socială sau non-pacienți, predicția credințelor și strategiilor metacognitive în îngrijorare, obsesionalitate și stiluri de coping etc. (66, 67, 10, 68)

2.4.4 Abordarea metacognitivă a depresiei. Rolul rumației

Wells (2000) afirmă că dispoziția depresivă este asociată cu eșecul evaluat în atingerea unor scopuri personale importante, iar durata și severitatea depresiei este modulată de metacognițiile care influențează strategiile atenționale și ideative; indivizii cu tendință la depresie activează procesarea auto-focalizată, reprezentată tipic prin monitorizarea gândurilor și a senzațiilor corporale. (10) Credințele metacognitive specifică implementarea gândurilor ruminative ca mod de ajustare și auto-reglare. (10)

Ce este rumația? Există multe definiții a acestei ideții depresive persistente și recurente, dar, din punct de vedere metacognitiv, ne vom opri asupra unei circumscrieri specifice. Papageorgiou și Wells (2004) descriu rumația ca fenomen ce include gândirea auto-focalizată / focalizată pe sine și evaluări negative referitoare la sine, emoții, comportamente, situații, stresori și ajustare. (69) Atâta timp cât acest stil de gândire nu este întotdeauna inițiat voluntar, executarea continuă a rumației devine subiect al controlului voluntar și este asociat cu credințe pozitive despre utilitatea acestei strategii; auto-focalizarea

și rumația deviază atenția de la forme mai adaptative de coping, cum ar fi rezolvarea de probleme și contribuie la ineficiența metacognitivă, individul pierzând din flexibilitate în decursul procesării funcționale. (10)

Rumația are, așadar un rol central în procesualitatea și menținerea depresiei. Ea este investită inițial, prin credințele metacognitive pozitive, ca strategie rezolutivă, numai că rareori lanțul nesfârșit de gânduri și întrebări ce o caracterizează („De ce...?”, „Dacă aș fi făcut altfel...?”, „dacă s-ar fi întâmplat în alt fel...?” etc.) duce la soluții și, implicit, la liniștire. În urma acestei procesări sunt activate credințe negative despre simptomele depresive, care oferă sentimentul incontrollabilității gândurilor și dispoziției, generând, în continuitate, noi și noi gânduri negative, cu pesimism, deznădejde, auto-descalificare, atribuirii nerezonabile etc. și mediind trăiri emoționale, motivaționale și comportamente tipic depresive: tristețe, anhedonie, avoliție, izolare, inactivitate etc. Mai mult, persoana devine din ce în ce mai puțin conștientă de activitatea ruminativă.

Această meta-conștiință redusă interferează cu abilitatea de a interpreta și întrerupe răspunsurile ruminative, astfel că ele persistă în ciclul depresiv, iar pentru că persoana crede că rumația este de ajutor, procesul nu este recunoscut spontan ca proces toxic, așa cum este, de fapt. (56)

Au fost studiate relativ puține aspecte metacognitive ale depresiei până acum. Foarte interesante sunt cele care verifică potențialul predictiv al metacognițiilor. De exemplu, Spada et al. (2008) au găsit corelații pozitive semnificative între metacogniții, stres perceput și emoții negative – anxietate și depresie, iar Yilmaz et al. (2011) au găsit credințele negative despre incontrollabilitatea și pericolul îngrijorării ca predictor pentru simptome subsecvente de depresie, independent de evenimentele majore de viață și de variabilele demografice. (70, 71)

2.4.5 Alte aspecte și domenii studiate

Și alte aspecte ce implică participarea metacognitivă în patologia non-psihotică au fost studiate.

Toneatto (1999) observă participarea metacognițiilor în procesualitatea craving-ului la substanțe psiho-active, Hoyer et al. (2007) afirmă legătura metacognițiilor cu variabile terapeutice relevante în consumul de alcool, Spada și Wells (2005, 2006), Spada, et al.(2007), confirmă participarea metacognitivă în consumul de alcool. (72, 73, 74, 75, 76)

Buwalda et al. (2008) relevă modificări metacognitive în urma intervențiilor psiho-educative la pacienții cu tulburare hipocondriacă, Wells (2000), Wells și Sembi (2004), Fisher și Wells (2009) prezintă un model metacognitiv al tulburării de stres post-traumatic, având la bază ideea că activarea sindromului cognitiv-atențional (CAS) este ceea ce duce la persistența simptomelor, pentru că interferează cu controlul procesării emoționale, Woolrich et al. (2008) arată implicarea metacognițiilor explicite și a strategiilor metacognitive de control în tulburările de comportament alimentar etc. (77, 10, 78, 56, 79)

Preocupările față de participarea metacognitivă devin tot mai susținute cu fiecare an, acoperind din ce în ce mai multe arii patologice sau non-patologice.

2.5 Procesări metacognitive în problematica psihotică

2.5.1 Participarea metacognitivă în psihoze

Se pare că există o participare metacognitivă la dezvoltarea și la menținerea fenomenelor psihotice pe un orizont destul de larg, cu consecințe nu doar la nivel intern. De exemplu, Lysaker et al. (2011) afirmă că deficitul metacognitiv are un rol inclusiv în persistența disfuncției psiho-sociale în schizofrenie. (80)

O serie de studii arată că procesualitatea cognitivă ar putea influența vulnerabilitatea psihotică, dar și evoluția tulburărilor psihotice.

Credințele pozitive despre experiențele psihotice sunt asociate cu apariția fenomenelor psihotice cum sunt halucinațiile și delirul, iar credințele negative despre experiențele psihotice sunt asociate cu disconfort ca răspuns la ele. (81)

. Se pare că îngrijorarea, ca simptom vulnerabilizant generic, participă la fenomenul psihotic. Morrison și Wells (2007) au găsit că îngrijorarea poate fi implicată în experiențe psihotice, iar persoanele cu diagnostic psihotic experiențiază nivele crescute de îngrijorare. (82) Autorii nuantează, afirmând că îngrijorarea este asociată cu dimensiuni ale ideății delirante și cu domenii generale de evaluare a experienței psihotice, că există dovezi ale unei relații reduse dintre îngrijorare și dimensiuni ale fenomenelor halucinatorii, singură meta-îngrijorarea corelând cu disconfortul asociat vocilor. (82)

Îngrijorarea socială este asociată cu disconfortul delirant, dincolo de intensitatea credințelor delirante, precum și cu depresia, în plus față de simptomele psihotice pozitive. (82)

Morrison et al. (2007) au efectuat un studiu extrem de interesant asupra implicării metacognițiilor de-a lungul continuumului psihotic. (83) Autorii au comparat dimensiunile metacognitive la pacienți cu tulburări psihotice, la subiecți cu risc foarte crescut de a dezvolta psihoză și la non-pacienți. Rezultatele și implicațiile posibile sunt surprinzătoare:

- pacienții cu diagnostice psihotice și cei cu risc au arătat scoruri mai crescute la dimensiunile credințelor metacognitive decât subiecții din populația generală;
- pacienții psihotici au credințe metacognitive pozitive mai puternice decât subiecții cu risc;
- pacienții psihotici au un grad mai mare de participare metacognitivă dezavantajoasă în ansamblu, în comparație cu non-pacienți;
- pacienții cu tulburări psihotice relevă credințe metacognitive pozitive despre îngrijorare mai puternice comparativ cu subiecții cu risc și non-pacienții;
- pacienții cu tulburări psihotice și subiecții cu risc relevă credințe metacognitive negative despre gândurile nedorite mai puternice comparativ cu subiecții non-pacienți;
- grupul de subiecți cu risc diferă de non-pacienți doar la nivelul credințelor negative, fapt ce sugerează că credințele negative despre gânduri pot predispuce la anxietate, dar că psihoza apare când credințele pozitive despre îngrijorare sunt, de asemenea, puternice;
- creșterea în ce privește credințele pozitive apare specifică doar în cazul pacienților cu psihoză veritabilă, rezultat diferit de rezultatele din alte tulburări, cum ar fi anxietatea generalizată, în care credințele negative și nu cele pozitive disting între pacienți și non-pacienți;
- rezultatele studiului sunt consistente cu modelul S-REF, pentru că credințele metacognitive pozitive sau negative pot singure să contribuie la vulnerabilitate și la simptomatologia cu nivel scăzut;
- dezvoltarea categoriei credințelor opuse și efectul lor comun sunt, mai degrabă, cele care măresc disconfortul asociat și prelungesc tulburarea;
- patternul exact al efectelor credințelor metacognitive pozitive și negative pot diferi de-a lungul tulburărilor, necesitând analize specifice tulburării ale relațiilor temporale dintre ele și influența lor asupra disfuncției;
- dacă subiecții cu risc sunt considerați ca indivizi în procesul de dezvoltare a psihozei, diferențele găsite la nivel metacognitiv pot spune ceva despre vulnerabilitate sau despre factorii cauzali inițiali; în contrast, metacognițiile găsite în psihozele veritabile pot revela

ceva despre menținere – este posibil ca credințele metacognitive negative despre gânduri să fie factori cauzali inițiali, în timp ce credințele pozitive despre îngrijorare să contribuie la escaladarea și persistența simptomelor ce duc la psihoză veritabilă;

- pacienții diferă de non-pacienți la nivelul dimensiunilor metacognitive ale încrederii cognitive și conștiinței de sine cognitive, pacienții având un nivel mai scăzut. Aceasta sugerează că diferențele metacognitive pot fi destul de extensive, oferind o „amprentă” metacognitivă pentru psihoză, care pare să fie diferită de-a lungul unei serii mai mare de dimensiuni metacognitive identificate în tulburările emoționale. (83)

Autorii sunt conștienți de limitările studiului, afirmând despre aceste pattern-uri interesante de date că merită viitoare investigații pentru a li se confirma soliditatea. (83)

2.5.2 Metacognițiile în simptomatologia halucinatorie

Implicarea procesărilor S-REF în halucinațiile auditive pot presupune activarea și menținerea de către planurile de monitorizare atențională și metacogniții privind experiența halucinatorie. (10)

În mod particular, pacienții pot derula strategii cognitive și comportamentale pentru selectarea și intensificarea anumitor halucinații auditive și elaborând, în acest fel, o bază pentru deprinderea halucinatorie; aceasta poate fi cuplată cu strategii de încercare de a controla sau neutraliza pericolele evaluate asociate cu voci specifice răuvoitoare, o incompatibilitate între aceste răspunsuri contribuind la o evaluare diminuată a controlului și la creșterea disconfortului legat de experiența halucinatorie. (10)

Prezentăm, în continuare, câteva studii care arată participarea metacognitivă la experiențele halucinatorii.

Baker și Morrison (1998) au comparat scorurile la Chestionarul de Metacogniții (MCQ - Cartwright-Hatton, S., Wells, A., 1997) la pacienți cu schizofrenie care au experiențiat halucinații auditive, schizofrenici non-halucinatorii și subiecți de control non-psihiatrici. (84, 66) Pacienții care au avut halucinații au avut scoruri mai mari decât celelalte două grupuri la credințe metacognitive despre incontrollabilitatea și pericolul gândurilor și la credințe pozitive despre îngrijorare, iar analizele regresiei asupra predicției statusului halucinator / non-halucinator, credințele despre incontrollabilitatea și pericolul gândurilor apare ca singurul predictor dintre anxietate, evaluările interne ale monitorizării sursei și QI. (84)

Morrison și Wells (2003) au găsit nivele mai ridicate ale intensității credințelor metacognitive disfuncționale la pacienții cu halucinații auditive decât la pacienții cu delir, cei cu panică sau subiecți non-psihiatrici, scoruri semnificativ mai mari decât la cel puțin alte două grupuri înregistrându-se la credințe pozitive despre îngrijorare, credințe negative despre incontrollabilitate și pericol, încredere cognitivă și credințe negative ce include superstiția, pedeapsa și responsabilitatea. (85)

Într-un studiu care a examinat relațiile dintre predispoziția la halucinații, credințele metacognitive și strategiile de control al gândurilor, Morrison, Wells și Nothard (2000) au arătat că indivizii foarte predispuși au scoruri mai mari la credințele despre incontrollabilitatea și pericolul gândurilor și o mai mare conștiință de sine cognitivă decât subiecții care au o predispoziție mai scăzută; subiecții înalt halucinatori au raportat un nivel mai mare de utilizare a pedepsei și a re-evaluării la controlul gândurilor; credințele pozitive despre experiențele perceptiv neobișnuite apar ca fiind cel mai bun predictor pentru predispoziția la halucinații auditive, pe când anxietatea ca trăsătură, depresia, paranoia, predispoziția la halucinații vizuale și credințele negative despre experiențele perceptiv neobișnuite au fost incluse, de asemenea, ca predictorii. (86)

Pacienții psihotici care experiențiază halucinații auditive manifestă la un nivel mai puternic interpretări pozitive și negative ale vocilor, în comparație cu non-pacienții, analizele corelațiilor revelând că interpretările vocilor sunt semnificativ asociate cu caracteristici emoționale, fizice și cognitive ale vocilor. (87)

Larøi et al. (2005) au studiat asocierile dintre credințele metacognitive și tendința halucinatorie, constatând că subiecții cu tendință halucinatorie obțin scoruri mai mari la credințele metacognitive măsurate decât cei fără tendință și că există o corelație pozitivă semnificativă între scorurile la domeniile măsurate și gradul tendinței halucinatorii. (88)

2.5.3 Delir și metacogniții

Reglarea metacognitivă intervine în fenomenele delirante. Au fost găsite date ce susțin implicarea procesualității metacognitive, insuficiente pentru a circumscrie precis relația dintre metacogniții și delir. Vom prezenta câteva dintre ele.

Persoanele care experiențiază idei delirante au nivele ridicate de meta-îngrijorare. (89)
Acest fapt susține din nou ideea că îngrijorarea poate fi un factor generic de vulnerabilitate.

Morrison et al. (2005) afirmă o asociere între credințele pozitive despre paranoia ca strategie pentru gestiunea pericolului interpersonal și gânduri paranoide, precum și o asociere între credințele negative despre paranoia și disconfort. (90)

Credințele metacognitive ale pacienților cu delir de persecuție și ale pacienților cu panică, sunt frecvent similare și mai puternice comparative cu cele ale non-pacienților, sugerând că astfel de credințe sunt factori generici de vulnerabilitate. (85)

În ideea de a extinde perspectiva neuroștiințifică asupra delirului ca rezultat al experienței anormale, Corlett et al. (2009) oferă un punct de vedere din perspectiva teoriilor învățării, susținând rolul central al erorii de predicție, al inadecvării dintre expectanță și experiență: evenimentele surprinzătoare solicită schimbare în așteptările noastre, fapt ce implică o reșezare (ceea ce am învățat devine labil, necesită actualizare și raportare recurentă la memorie) și o reconsolidare a memoriei; sub influența unei excesive erori de predicție, credințele delirante sunt în mod repetat reconsolidate, întărindu-se și astfel, devenind tot mai persistente. (91) Această perspectivă este consistentă cu ideea de procesualitate metacognitivă care susține excesul procesual pentru corijarea discrepanțelor.

Aceași perspectivă este confirmată și de Bruno et al. (2012) într-un studiu care explorează persistența credințelor delirante (sentimentele puternice de convingere și rezistența mare la schimbare); pacienți deliranti cu schizofrenie au fost comparați în privința deficitului metacognitiv cu pacienți cu schizofrenie non-deliranti și subiecți sănătoși, iar rezultatele au arătat că deficitul metacognitiv are un rol important în menținerea credințelor delirante. (92)

2.6 Insight-ul cognitiv

2.6.1 Insight și patologie

Insight-ul (numit și *insight clinic*) sau conștiința maladiei este un concept dezbătut, inițial ca și concept unidimensional, ca urmare a influenței jaspersiene, iar apoi, treptat, ca și concept multi-component, ce presupune mai multe dimensiuni.

David (1990a, 1990b) propune trei dimensiuni ale insight-ului pentru sfera clinică: conștiința maladiei (recunoașterea că cineva are o boală mentală), conștiința anormalității simptomelor (abilitatea de a re-eticheta evenimentele mintale nefirești ca fiind patologice) și acceptarea tratamentului prescris (compliance / aderența la tratament). (93, 94)

La aceste dimensiuni devenite, deja clasice, au fost încercări de a formula dimensiuni adiționale, cum ar fi, de exemplu, conștiința impactului social al bolii. (95)

Insight-ul a fost și este raportat predominant la registrul psihotic, unde a fost studiat în legătură cu mai multe domenii. Lipsa conștiinței maladiei și a simptomelor pare să fie o trăsătură prevalentă a pacienților cu schizofrenie, până la 80% dintre pacienți eșuează în a recunoaște că au o boală mintală. (96)

Lipsa insight-ului clinic a fost asociată cu numeroși factori cum ar fi severitatea bolii, funcționarea globală scăzută, complianța scăzută la tratament, recurența, evoluția slabă, factori neuropsihologici, factori socio-culturali etc.

Legătura insight-ului cu funcționarea cognitivă pare, mai degrabă, o legătură slabă, insignifiantă sau chiar faptul că s-ar putea ca lipsa insight-ului și funcționarea cognitivă să nu fie fenomene asociate în psihoză. (97, 98, 99)

2.6.2 Modelul beckian al insight-ului cognitiv: auto-reflecție și auto-certitudine

Beck et al. (2004), Beck et al. (2009) susțin că *insight-ul cognitiv*, modalitate adițională a insight-ului clinic, capacitate de conștientizare a propriei funcționări mintale, de a recunoaște propriile distorsiuni cognitive, de a le evalua și testa, precum și de a lua în considerare interpretări mai realiste ale evenimentelor, poate fi divizată în două componente: *auto-reflecția*, adică disponibilitatea de a admite posibilitatea eșecului sau a erorii, corijibilitatea și recunoașterea raționamentului greșit și *auto-certitudinea*, adică tendința la încredere excesivă de sine, încredere excesivă în ce privește validitatea propriilor convingeri. (100, 101)

Pe baza acestei atomizări conceptuale, autorii au elaborat o scală de măsurare a insight-ului cognitiv, Beck Cognitive Insight Scale (BCIS), care are două subscale corespunzătoare celor două dimensiuni. (100) Scorurile celor două subscale au fost slab intercorelate, indicând că ele reprezintă două dimensiuni diferite. (102, 103) Scala este utilizată cu precădere în domeniul psihotic, dar nu numai. De exemplu, Engh et al. (2007) au găsit-o aplicabilă nu doar în psihoze, ci și în tulburări afective bipolare. (102)

Conceptul de insight cognitiv poate trimite ușor la una dintre distorsiunile cognitive deja amintite și prezente în delir, inflexibilitatea credinței / convingerii (vezi cap. II, 2.2). Flexibilitatea credinței în psihoze a fost definită ca proces metacognitiv în legătură cu modul

de a gândi despre propriile credințe delirante, cu schimbarea lor în lumina reflecției și evidenței și cu generarea și considerarea alternativelor. (104, 30) De asemenea, Beck et al. (2004) afirmă că insight-ul cognitiv include evaluarea și corijarea credințelor distorsionate și a interpretărilor eronate. (100) Ori, din această perspectivă, putem discuta despre insight-ul cognitiv ca despre un concept metacognitiv care are valențe de măsurare a flexibilității credinței, dar și a capacității de conștientizare a acesteia.

Această idee nu este nouă. Într-un experiment în care au fost comparate trei grupuri de subiecți (pacienți psihiatrici deliranti – diagnosticați cu schizofrenie, pacienți psihiatrici non-deliranti – diagnosticați cu depresie, psihoză maniaco-depresivă, fobie, stare anxioasă, tulburare de comportament alimentar și un grup de populație normală) într-o sarcină de inferență probabilistică, Huq, Garety și Hemsley (1988) au constatat că pacienții deliranti au primit mai puțină informație înainte de a lua o decizie și au exprimat un nivel mai ridicat de certitudine decât în oricare grup de control; de asemenea, au manifestat încredere excesivă în estimarea probabilității unui eveniment viitor. (105)

Scoruri mari ale auto-certitudinii pot diminua capacitatea de auto-reflecție, iar insight-ul cognitiv este cu atât mai sărac cu cât nivelul auto-reflecției este mai scăzut, nivelul auto-certitudinii este mai mare, iar indexul compozit al scalei (calculat prin scăderea auto-certitudinii din auto-reflecție) are valori mai scăzute. (100)

În schizofrenie, scoruri ridicate ale auto-certitudinii și scoruri scăzute ale auto-reflecției par să fie asociate cu insight-ul clinic deficitar (102), ceea ce apropie cele două tipuri de insight (cel clinic și cel cognitiv).

Warman et al. (2007), într-un studiu asupra relației dintre insight-ul cognitiv și psihoză și asupra impactului delirurilor active asupra acestei asocieri, au găsit date care indică faptul că indivizii cu tulburări psihotice au un insight cognitiv mai deficitar decât subiecții sănătoși, chiar dacă deficitul pacienților cu deliruri active și al pacienților fără delir diferă pe domenii; pacienții cu delir manifestă un nivel mai ridicat de auto-certitudine decât subiecții sănătoși și decât cei fără delir, chiar dacă nivelul auto-reflecției a fost găsit similar cu cel al subiecților sănătoși; pacienții fără delir au avut un nivel mai scăzut al auto-reflecției în comparație cu pacienții cu delir și cu subiecții sănătoși. (106)

Auto-certitudinea și auto-reflecția diminuată sunt amândouă asociate cu psihoza acută, dar reducerea simptomelor pozitive după spitalizare pare să fie asociată cu îmbunătățirea

insight-ului clinic și numai cu auto-reflecția, iar scorurile totale scăzute ale BCIS, nivelul mai scăzut al auto-reflecției și un nivel mai crescut al auto-certitudinii au fost găsite ca asociate cu psihoza și cu prezența unor deliruri mai puternice. (107, 106) Auto-certitudinea pacienților cu schizofrenie ar putea fi o caracteristică relativ persistentă, prezentă și după revenirea din psihoză. (107)

Nu a fost găsită nici o diferență semnificativă între nivelul auto-reflecției la pacienții cu schizofrenie deliranți și cel al pacienților cu schizofrenie non-deliranți, deși ca rezultate apare ușor mai mare la pacienții cu delir, însă nivelul auto-certitudinii a fost mai ridicat la pacienții deliranți, ceea ce sprijină faptul că deficitul metacognitiv participă la menținerea delirului. (92)

Insight-ul cognitiv poate fi un predictor pentru rezultate pozitive în terapia psihozelor și o îmbunătățire a insight-ului cognitiv este corelată cu o îmbunătățire legată de credințele delirante. (108)

Perivoliotis et al. (2010), într-un studiu asupra relației dintre insight-ul cognitiv și răspunsul la tratament psihoterapeutic cognitiv-comportamental la pacienți psihotici, susțin validitatea și utilitatea clinică a constructului de insight cognitiv în psihoză și sugerează că acest tip de insight poate fi un predictor și un mediator al reducerii simptomului în terapia cognitiv-comportamentală a psihozelor. (109)

Partea specială

Capitolul IV – Motivația și dezideratele cercetării

1. Necesitatea și importanța realizării cercetării

În momentul de față există relativ puține demersuri în studiul metacognițiilor în patologia psihotică delirantă. Domeniul respectiv este reprezentat semnificativ, mai degrabă, la nivel general sau la nivelul unor patologii nevrotice cum sunt anxietatea generalizată sau obsesionalitatea. Deși există progrese în ultimii ani, participarea metacognitivă la fenomenologia delirantă are, încă, multe necunoscute și incertitudini.

Sunt aproape absente studiile pe populații clinice non-active, cu simptomatologia în remisiune, așa cum este cercetarea de față. Sunt puține încercări de decelare a asocierii metacognițiilor cu aspecte clinico-evolutive.

Apariția unor concepte noi, cum ar fi, de exemplu, cel de insight cognitiv, este încurajatoare și necesită, de asemenea validări tot mai consistente.

2. Scopul, obiectivele și ipotezele cercetării

2.1 Scopul cercetării

Cercetarea de față își propune să extindă și să nuanceze studiul mecanismelor cognitive și metacognitive în patologia delirantă non-activă, în condiția de remisiune, vizând în mod specific modalități procesuale, diferențe și similarități cu alte patologii sau cu funcționarea non-patologică.

Mai specific, studiul de față se dorește a fi unul care participă la clarificarea diferențelor de participare metacognitivă în condiția delirantă față de condiția non-delirantă (la pacienți și la non-pacienți). De asemenea, el tinde să surprindă prezența unor eventuale asocieri între domeniile metacognitive și modalitățile de ajustare, precum și eventuale asocieri cu unii parametri clinico-evolutivi, fapt care ar putea fi util în gestiunea îngrijirilor.

2.2 Obiective

Obiectivele cercetării vizează:

1. Conturarea unor modalități de procesualitate cognitivă și metacognitivă la pacienții cu patologie psihotică delirantă non-activă.

2. Decelarea unor asocieri, diferențe sau similarități cu alte patologii fără antecedente de experiență delirantă sau cu funcționarea normală.

2.3 Ipoteze

1. Există diferențe de participare metacognitivă, insight cognitiv, ajustare metacognitivă și cognitiv-emoțională între pacienții cu patologie delirantă non-activă, pacienții

cu patologii non-delirante și non-pacienți, precum și la nivel intra-categorial (la nivel de diagnostic).

2. Există asocieri ale credințelor metacognitive și insight-ului cognitiv cu unii parametri clinico-evolutivi (durata evoluției, numărul de episoade, perioada de la ultima experiență delirantă) la pacienții deliranți non-activi.

Capitolul V – Material și metodă

1. Participanți

Au fost delimitate mai multe loturi de subiecți, în funcție de etapa de cercetare.

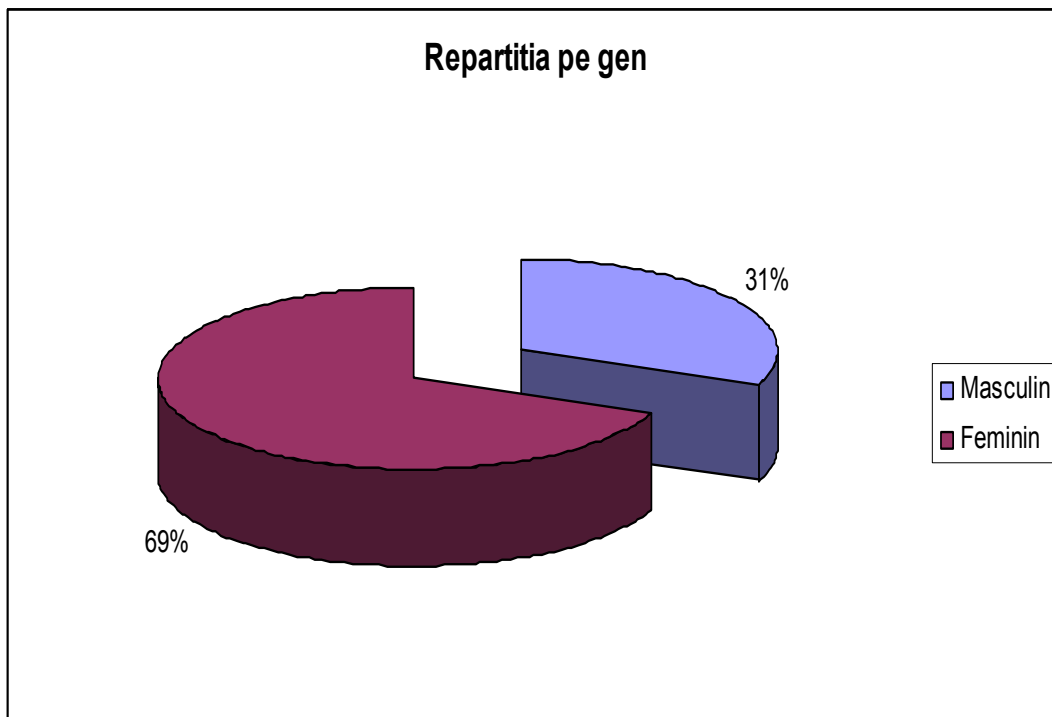
1.1 Lotul pentru adaptarea instrumentelor

Lotul pentru adaptarea instrumentelor noi a fost constituit din 170 persoane din populația generală, cu vârsta între 19 – 53 ani, 117 de gen feminin și 53 de gen masculin.

Repartiția pe gen indică o proporție de aproximativ 69 % populație feminină și 31 % populație masculină.

Prezentăm, mai jos, grafic distribuția pe gen a participanților.

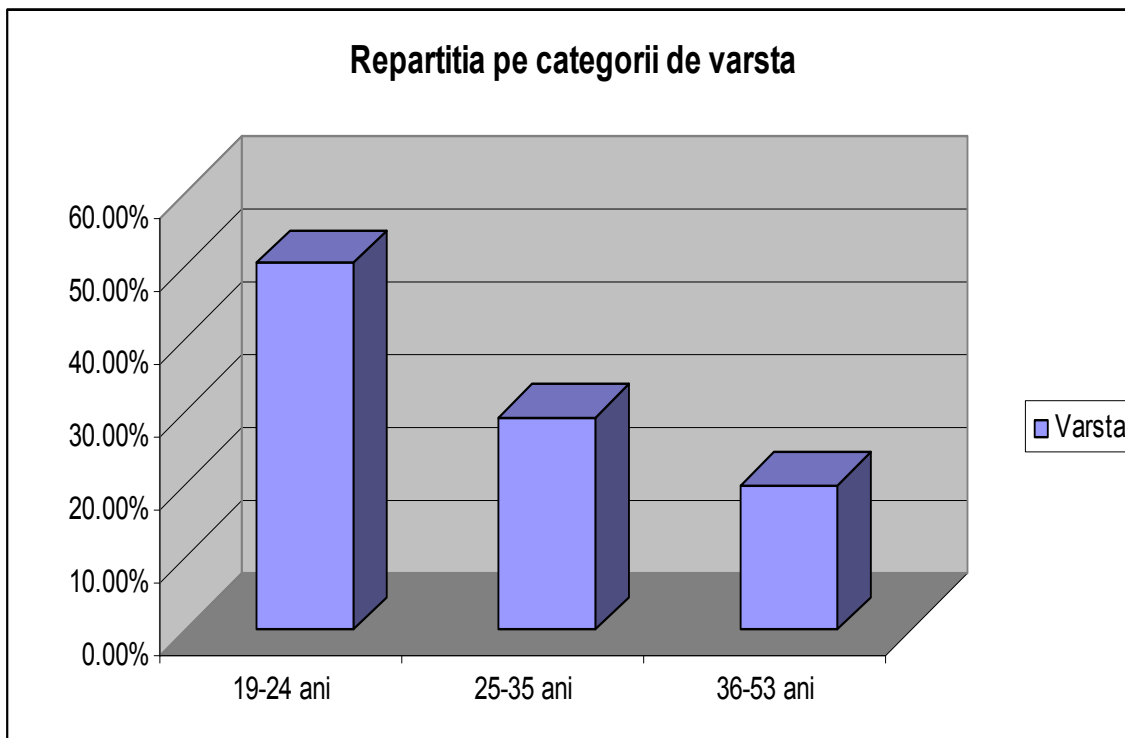
Grafic nr. 1 – Repartiția pe gen a lotului pentru adaptarea instrumentelor noi ($n = 170$)



Repartiția pe intervale de vârstă indică o proporție de 50.60 % subiecți între 19 și 24 ani, 29.40 % între 25 și 35 ani și 20 % între 36 și 53 ani.

Prezentăm mai jos, grafic și în tabel, distribuția pe vârstă a participanților ($n = 170$):

Grafic nr. 2 – Distribuția pe vârstă a lotului pentru adaptarea instrumentelor noi



Tabel nr. 1 – Repartiția pe categorii de vârstă a lotului pentru adaptarea instrumentelor noi

<i>Categorii de vârstă</i>	<i>Procentul din eșantionul utilizat</i>
19-24 ani	50.60%
25-35 ani	29.40%
36-53 ani	20.00%

Criteria de includere:

1. Non-pacienții care și-au dat consimțământul în privința participării la acest studiu.

Criterii de excludere:

1. Istoric de patologie psihică.
2. Prezența retardului mental.
3. Patologie somatică severă
4. Lipsa dorinței sau reticenta în a participa la studiu.
5. Dificultăți de comunicare care fac imposibilă obținerea unor date credibile.

1.2 Loturi de cercetare extinse

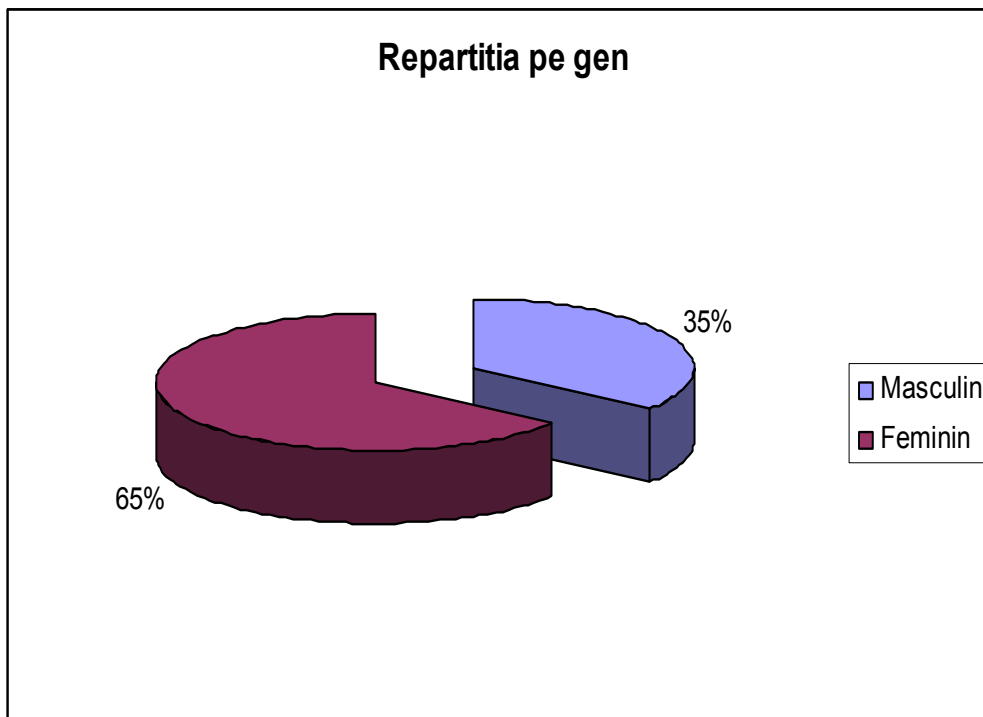
Au fost delimitate 3 loturi extinse: două loturi clinice și un lot de populație generală (non-pacienți).

Primul lot clinic extins (A) a fost constituit din 96 pacienți psihiatrici cu experiență delirantă în evoluție, aflați într-o stare de remisiune totală sau parțială a delirului și a tulburării, fără decompensare clară sau masivă (pacienți cu delir non-activ), cu vârstă între 20 și 68 ani, 62 de gen feminin și 34 de gen masculin.

Repartiția pe gen indică o proporție de aproximativ 65 % populație feminină și 35 % populație masculină.

Prezentăm, mai jos, grafic distribuția pe gen a lotului extins A – pacienți cu delir non-activ ($n = 96$):

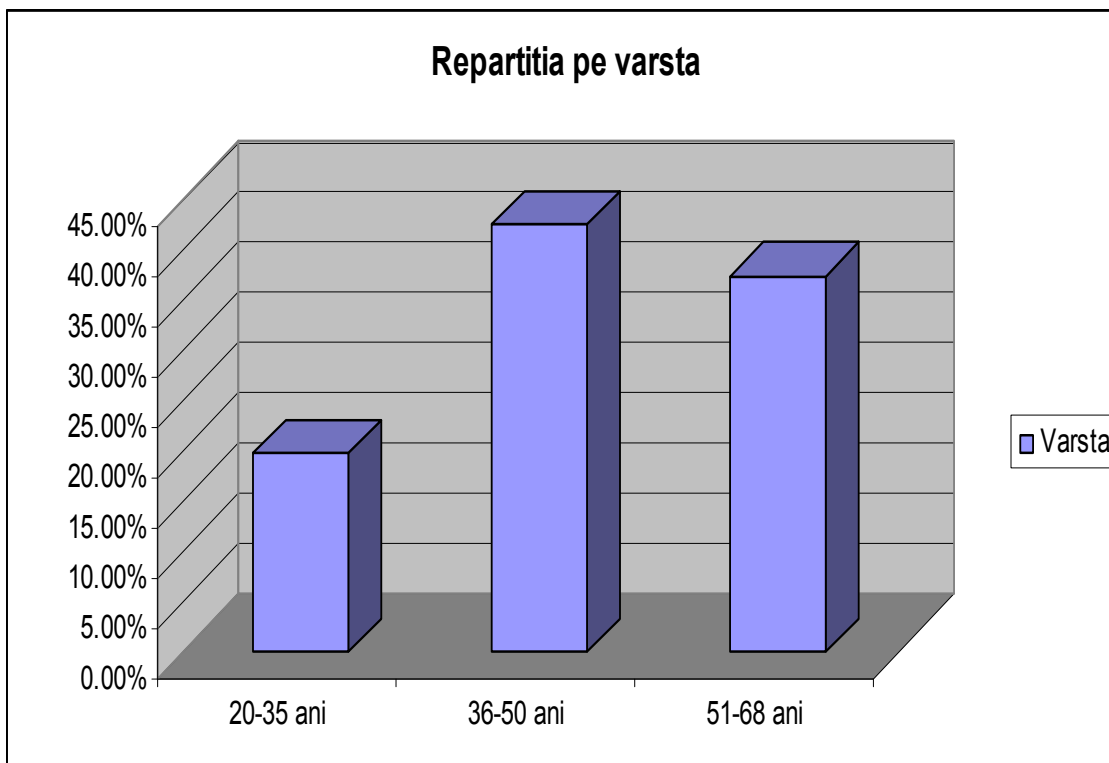
Grafic nr. 3 – Repartiția pe gen a lotului extins A – pacienți cu delir non-activ



Repartiția pe intervale de vârstă indică o proporție de 19.80 % subiecți între 20 și 35 ani, 42.70 % între 36 și 50 ani și 37.50 % între 51 și 68 ani.

Prezentăm mai jos, grafic și în tabel, distribuția pe vârstă a lotului extins A – pacienți cu delir non-activ ($n = 96$):

Grafic nr. 4 – Distribuția pe vârstă a lotului extins A - pacienți cu delir non-activ



Tabel nr. 2 – Repartiția pe categorii de vârstă a lotului extins A – pacienți cu delir non-activ

<i>Categorii de vârstă</i>	<i>Procentul din eșantionul utilizat</i>
20-35 ani	19.80%
36-50 ani	42.70%
51-68 ani	37.50%

Repartiția pe diagnostice este următoarea (n = 96):

Tabel nr. 3 – Repartiția pe diagnostice a lotului clinic extins A – pacienți cu delir non-activ

1.	Tulburări delirante persistente (F22)	30
2.	Schizofrenie paranoidă (F20.0)	24
3.	Tulburări psihotice acute și tranzitorii (F23)	2
4.	Tulburări schizo-afective (F25)	7
5.	Alte tulburări psihotice – schizofrenie reziduală (F20.5)	3
6.	Tulburare afectivă bipolară (F31) cu elemente psihotice	18
7.	Tulburare depresivă recurentă (F33) cu elemente psihotice și episod depresiv (F32) cu elemente psihotice	12

Criterii de includere:

1. Vârsta de debut 18-55 ani.
2. Statusul actual să fie ameliorat, cel mult cu simptome ușoare (scor la scala CGI de maximum 3 – vezi mai jos la cap. V, 2.2)
3. Pacienții care si-au dat consimțământul în privința participării la acest studiu.

Criterii de excludere:

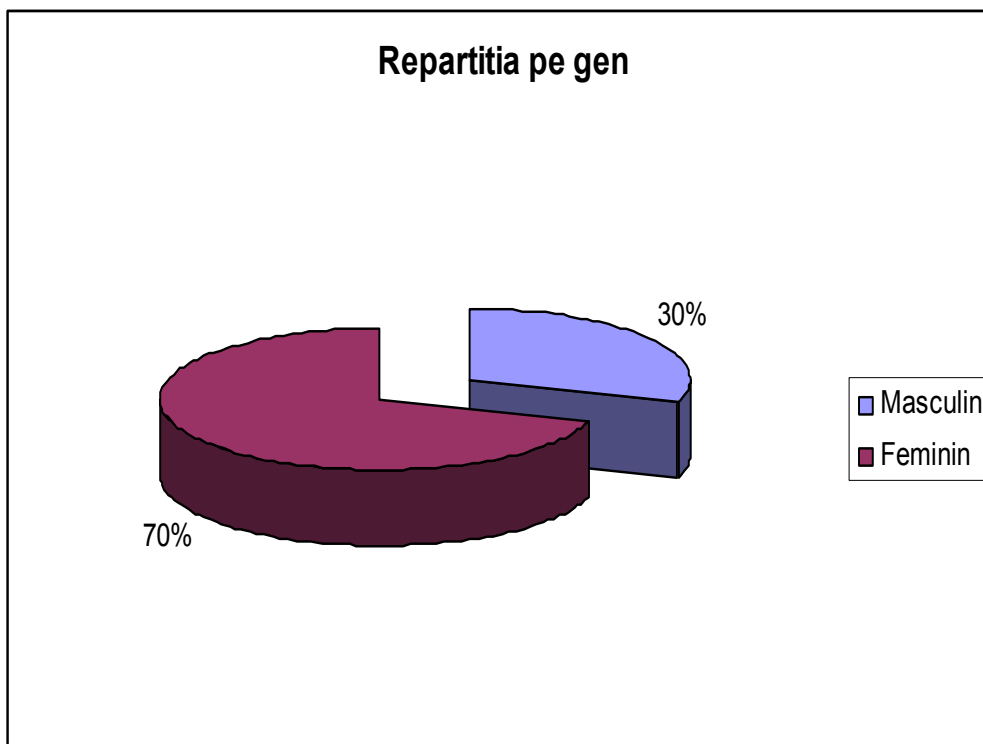
1. Tulburare psihotică de natură organică.
2. Psihoza indusă de consum de droguri și/sau alcool.
3. Tulburare psihotică din cadrul epilepsiei.
4. Prezența retardului mental.
5. Patologie somatică severă
6. Lipsa dorinței sau reticența în a participa la studiu.
7. Dificultăți de comunicare care fac imposibilă obținerea unor date credibile

Al doilea lot clinic extins (B) a fost constituit din 56 pacienți psihiatrici fără experiență delirantă în evoluție, aflați într-o stare de remisiune totală sau parțială a tulburării, fără decompensare clară sau masivă (pacienți non-deliranți), cu vârstă între 20 și 70 ani, 39 de gen feminin și 17 de gen masculin.

Repartiția pe gen indică o proporție de aproximativ 70 % populație feminină și 30 % populație masculină.

Prezentăm, mai jos, grafic distribuția pe gen a lotului extins B – pacienți non-deliranți ($n = 56$):

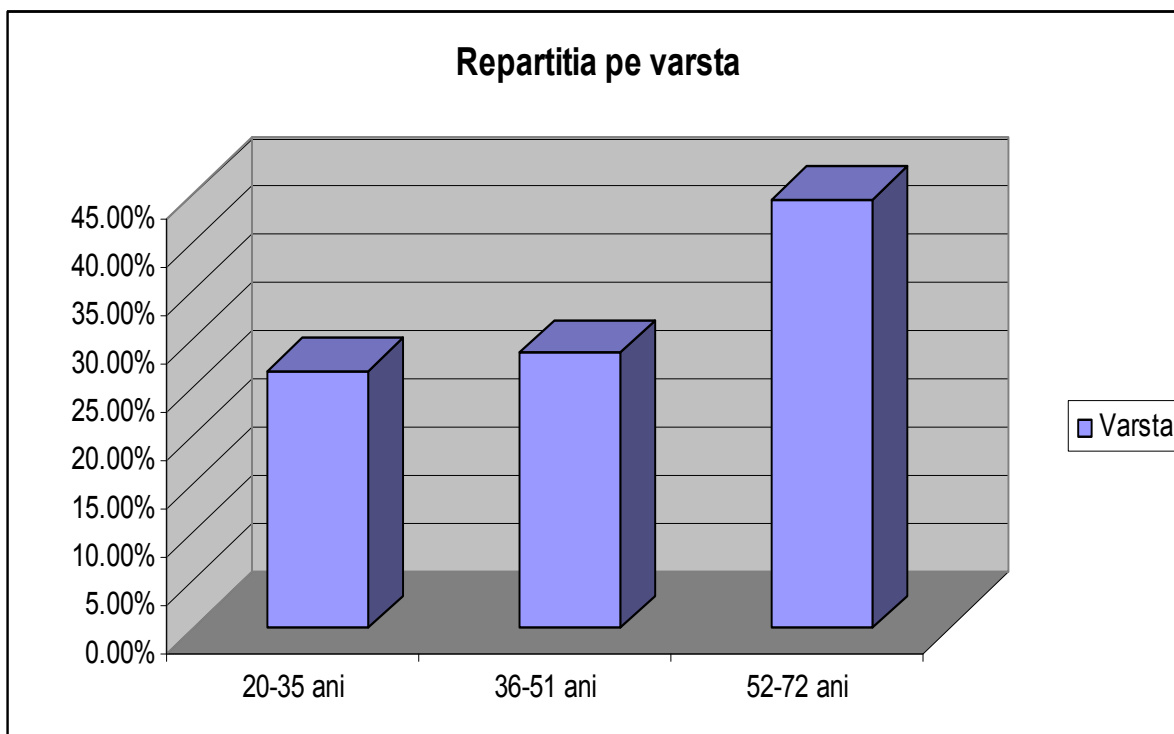
Grafic nr. 5 – Repartiția pe gen a lotului extins B – pacienți non-deliranți



Repartiția pe intervale de vârstă indică o proporție de 26.80 % subiecți între 20 și 35 ani, 28.60 % între 36 și 51 ani și 44.60 % între 52 și 70 ani.

Prezentăm mai jos, grafic și în tabel, distribuția pe vârstă a lotului extins B – pacienți non-deliranti ($n = 56$):

Grafic nr. 6 – Distribuția pe vârstă a lotului extins B - pacienți non-deliranti



Tabel nr. 4 – Repartiția pe categorii de vârstă a lotului extins B – pacienți non-deliranti

<i>Categoriile de vârstă</i>	<i>Procentul din eșantionul utilizat</i>
20-35 ani	26.80%
36-51 ani	28.60%
52-72 ani	44.60%

Repartiția pe diagnostice este următoarea (n = 56):

Tabel nr. 5 – Repartiția pe diagnostice lotului clinic extins B – pacienți non-deliranți

8.	Tulburare afectivă bipolară (F31) fără elemente psihotice	5
9.	Tulburare depresivă recurentă (F33) fără elemente psihotice și episod depresiv (F32) fără elemente psihotice	32
10.	Tulburări nevrotice legate de stress și somatoforme (F40–48)	19

Criterii de includere:

1. Vârsta de debut 18-55 ani.
2. Statusul actual să fie ameliorat, cel mult cu simptome ușoare (scor la scala CGI de maximum 3 – vezi mai jos la cap. V, 2.2)
3. Pacienții care si-au dat consimțământul în privința participării la acest studiu.

Criterii de excludere:

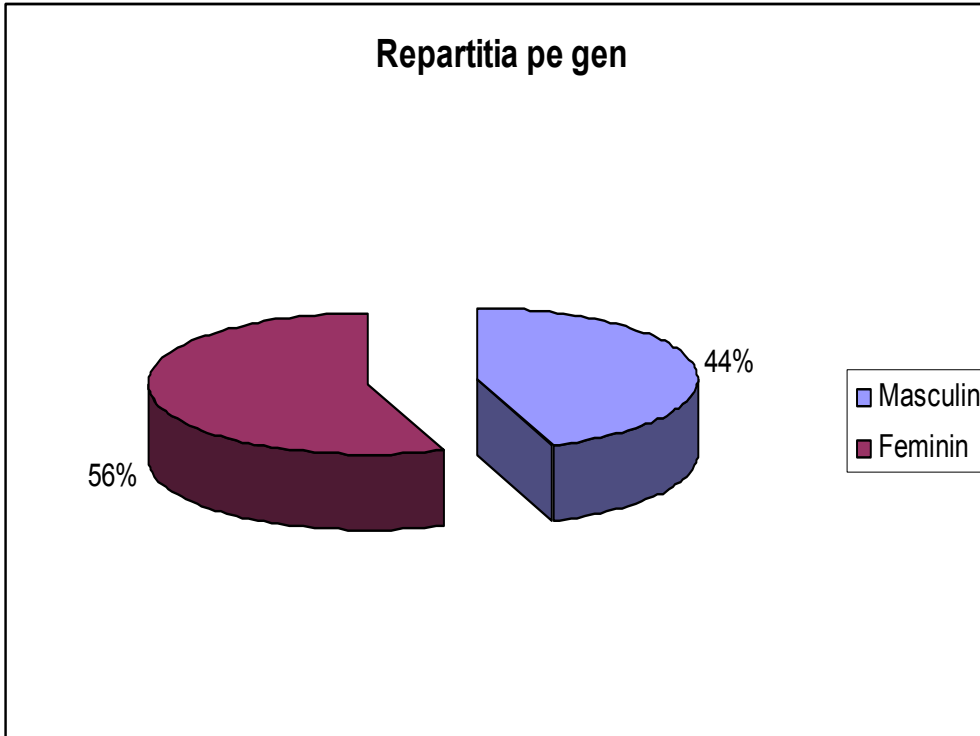
1. Tulburare cu prezența simptomelor delirante în evoluție.
2. Prezența retardului mental.
3. Patologie somatică severă
4. Lipsa dorinței sau reticenta în a participa la studiu.
5. Dificultăți de comunicare care fac imposibilă obținerea unor date credibile.

Lotul extins de subiecți din populație generală (C), fără patologie psihică în istoric (non-pacienți), cu vârstă între 22 și 53 ani, 50 de gen feminin și 40 de gen masculin.

Repartiția pe gen indică o proporție de aproximativ 56 % populație feminină și 44 % populație masculină.

Prezentăm, mai jos, grafic distribuția pe gen a lotului extins C – non-pacienți (n = 90):

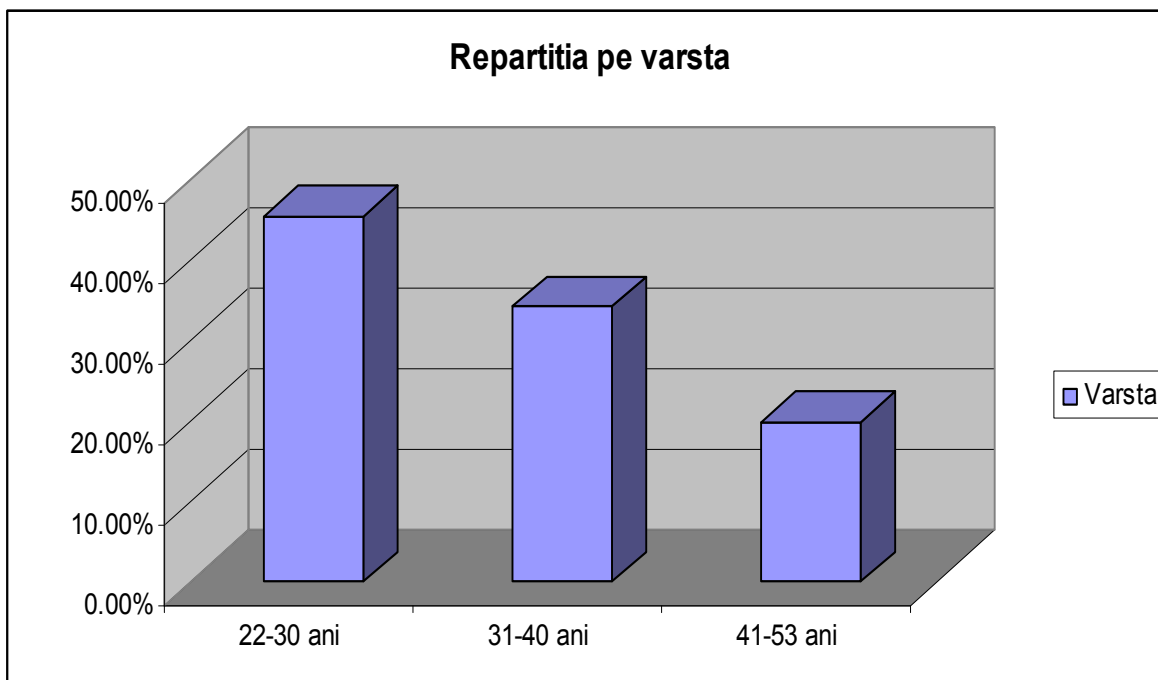
Grafic nr. 7 – Repartiția pe gen a lotului extins C – non-pacienți



Repartiția pe intervale de vârstă indică o proporție de 45.60 % subiecți între 22 și 30 ani, 34.40 % între 31 și 40 ani și 20 % între 41 și 53 ani.

Prezentăm mai jos, grafic și în tabel, distribuția pe vârstă a lotului extins C – non-pacienți ($n = 90$):

Grafic nr. 8 – Distribuția pe vârstă a lotului extins C – non- pacienți



Tabel nr. 6 – Repartiția pe categorii de vârstă a lotului extins C – non-pacienți

<i>Categorii de vârstă</i>	<i>Procentul din eșantionul utilizat</i>
22-30 ani	45.60%
31-40 ani	34.40%
41-53 ani	20.00%

Criterii de includere:

1. Non-pacienții care si-au dat consimțământul in privința participării la acest studiu.

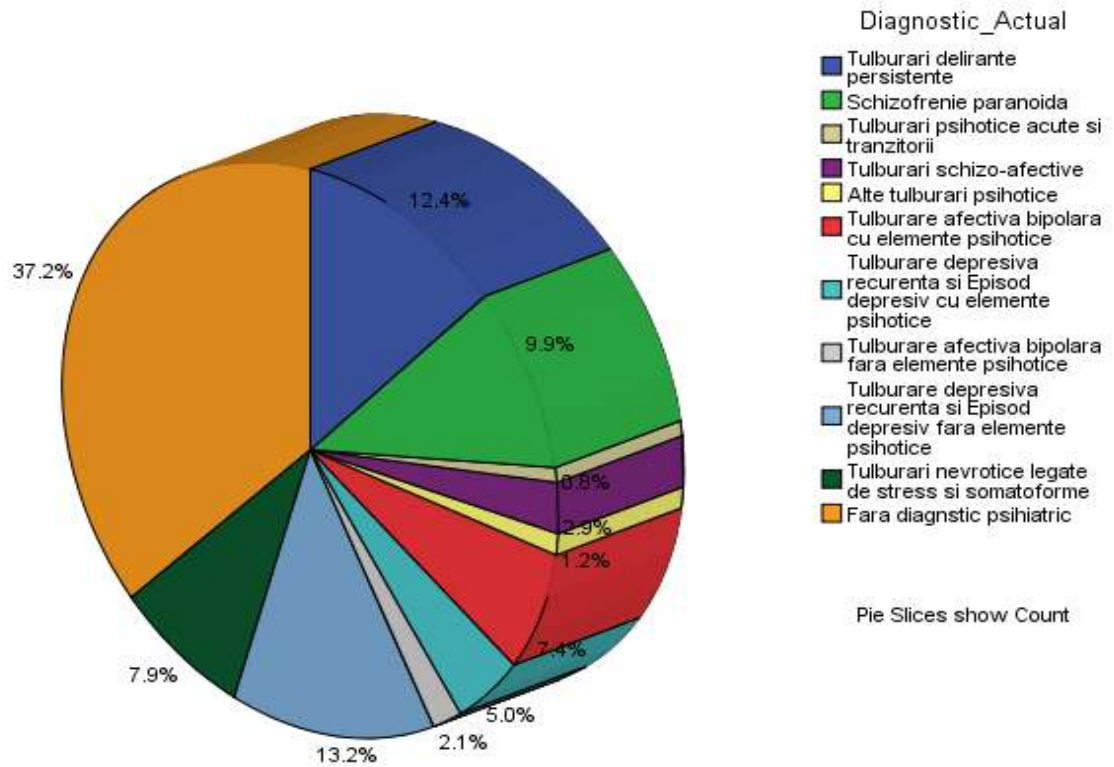
Criterii de excludere:

1. Istoric de patologie psihică.
2. Prezența retardului mental.
3. Patologie somatică severă
4. Lipsa dorinței sau reticenta în a participa la studiu.
5. Dificultăți de comunicare care fac imposibilă obținerea unor date credibile.

Prezentăm în continuare (grafic) repartiția participanților din toate cele trei loturi testate, privind alte variabile de interes, care ar putea fi utile pentru clarificarea caracteristicilor, dar și pentru extinderea cercetărilor ulterioare.

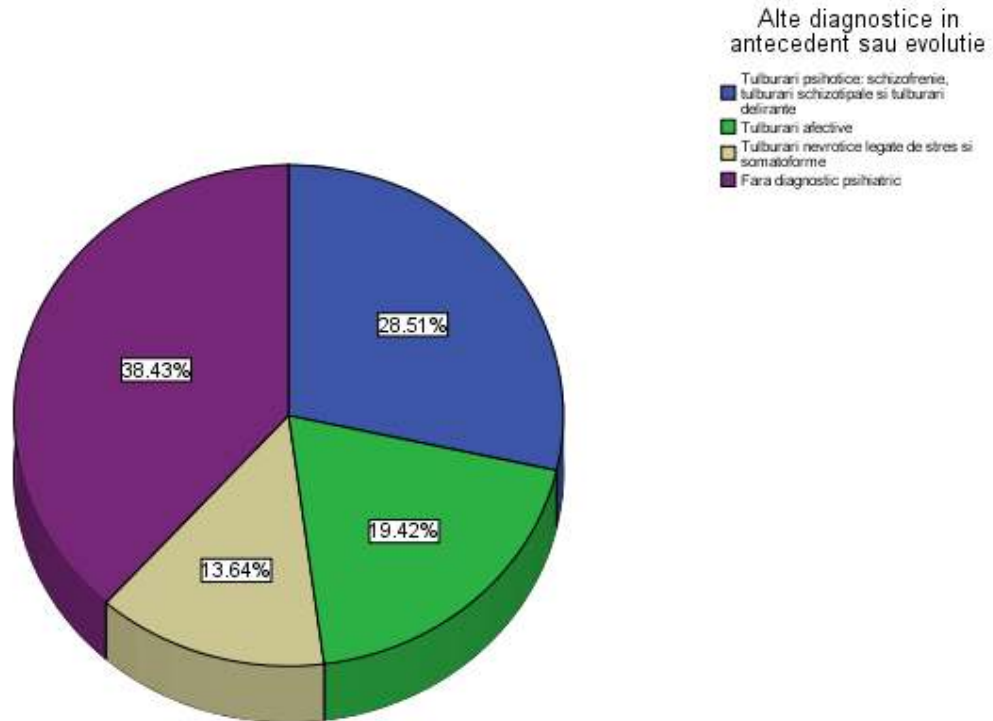
Avem mai jos, reprezentată grafic, participarea la loturile extinse după diagnosticul actual:

Grafic nr. 9 – Repartiția participanților la loturile extinse după diagnostic actual



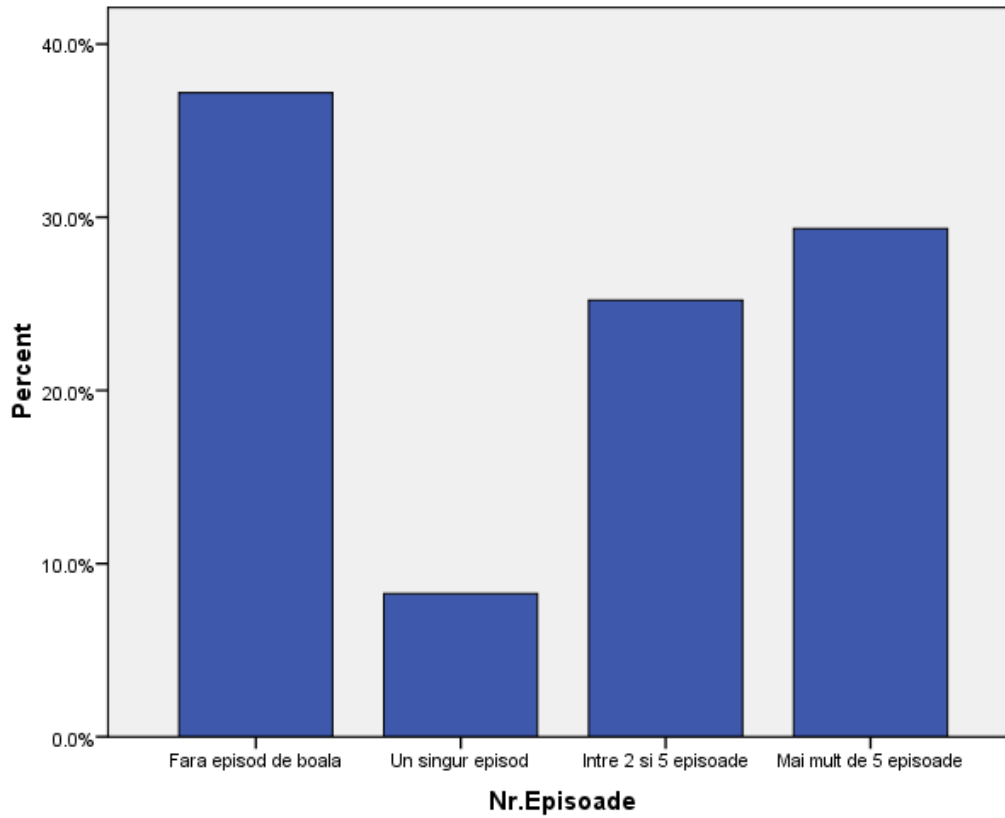
Pacienții pot avea diagnostice diferite în evoluție:

Grafic nr. 10 – Repartiția participanților la loturile extinse după alte diagnostice în evoluție



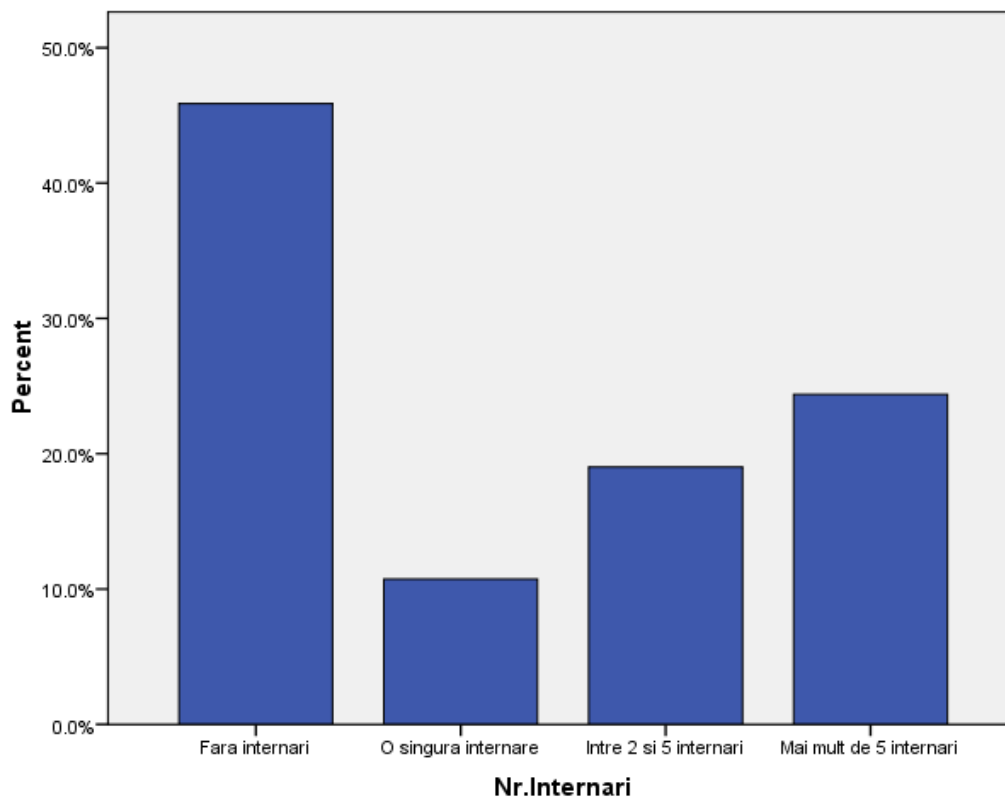
Am explorat și numărul de episoade psihopatologice al subiecților:

Grafic nr. 11 – Repartiția participanților la loturile extinse după nr. de episoade



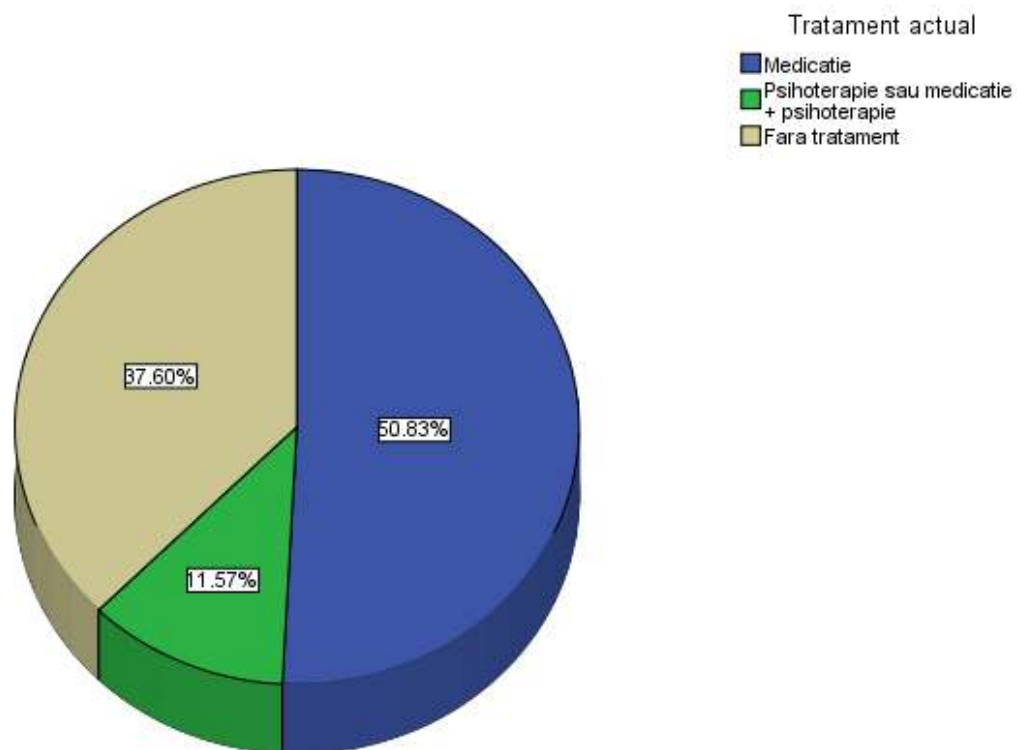
De asemenea a fost evidențiat și numărul de internări:

Grafic nr. 12 – Repartiția participanților la loturile extinse după nr. de internări



S-a obținut și o evidență a eventualului tip de tratament:

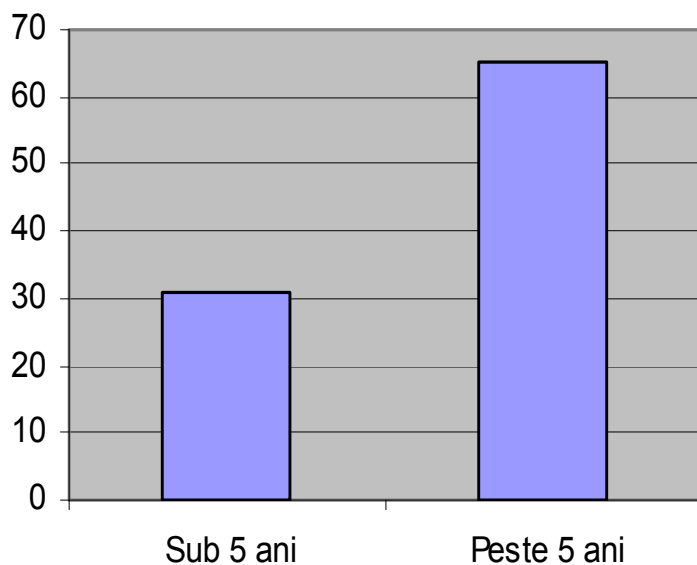
Grafic nr. 13 – Repartiția participanților la loturile extinse după tratament actual



Alături de aceste variabile, necesare pentru o mai clară prezentare a subiecților, am urmărit și variabile mai specifice, necesare pentru testarea celei de-a doua ipoteze, pentru lotul clinic extins de pacienți cu delir non-activ (n = 96): durata evoluției tulburării (sub 5 ani și peste 5 ani), nr. de episoade (1 – 5 episoade și peste 5 episoade) și durata de la ultima experiență delirantă (sub 3 luni și peste 3 luni).

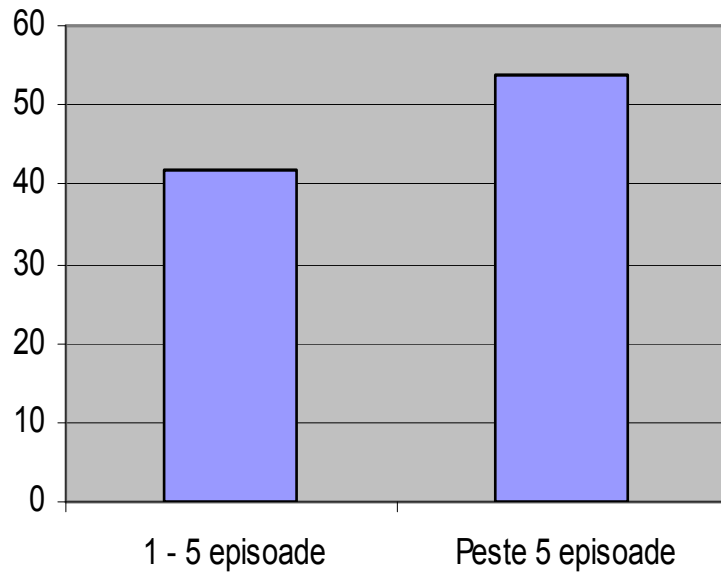
Prezentăm graficul cu repartiția pacienților cu delir non-activ în funcție de durata evoluției tulburării:

Grafic nr. 14 – Repartiția pacienților cu delir non-activ în funcție de durata evoluției tulburării



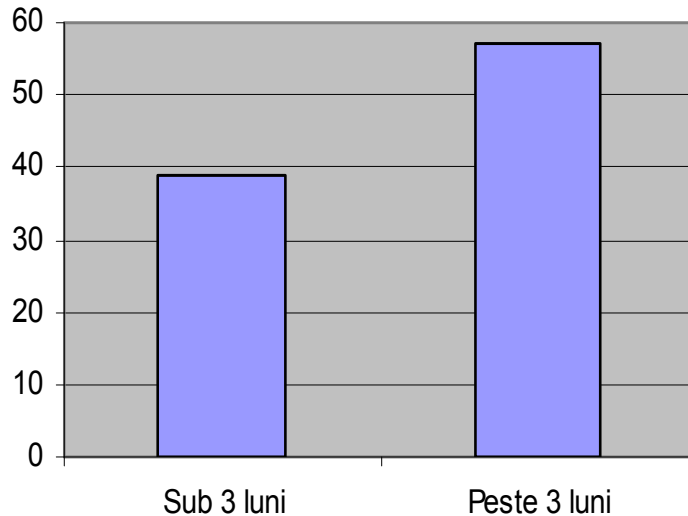
Prezentăm graficul cu repartiția pacienților cu delir non-activ în funcție de nr. de episoade:

Grafic nr. 15 – Repartiția pacienților cu delir non-activ în funcție de nr. de episoade



Prezentăm graficul cu repartiția pacienților cu delir non-activ în funcție de durata de la ultima experiență delirantă:

Grafic nr. 16 – Repartiția pacienților cu delir non-activ în funcție de durata de la ultima experiență delirantă



Din cadrul loturilor extinse au fost selectate paneluri de subiecți, pentru corelații intra- și inter-categoriale, rezultând mai multe sub-categorii de loturi restrânse. Le vom prezenta sintetic în continuare.

1.3 Loturi clinice restrânse

Există șase sub-categorii de loturi restrânse:

1. O primă etapă de restrângere a loturilor a vizat distincția intra-categorială în populația clinică, fiind decelate 3 loturi clinice de pacienți și un lot de non-pacienți, după cum urmează:

A. Pacienți cu experiență delirantă proeminentă – 54 pacienți cu două categorii de diagnostic în care simptomele delirante sunt principale: tulburări delirante persistente (F22) sau schizofrenie paranoidă (F20.0).

B. Pacienți cu tulburări afective cu elemente psihotice – 30 pacienți cu tulburare afectivă bipolară (F31) cu elemente psihotice, tulburare depresivă recurentă (F33) cu elemente psihotice sau episod depresiv (F32) cu elemente psihotice.

C. Pacienți cu tulburări afective fără elemente psihotice – 37 pacienți cu tulburare afectivă bipolară (F31) fără elemente psihotice, tulburare depresivă recurentă (F33) fără elemente psihotice sau episod depresiv (F32) fără elemente psihotice.

D. Non-pacienți – 54 subiecți din populația generală.

2. A doua etapă de restrângere a loturilor vizează o primă distincție intra-categorială a două loturi clinice de pacienți cu experiență delirantă proeminentă:

A. Pacienți cu tulburări delirante persistente (F22) – 30 pacienți .

B. Pacienți cu schizofrenie paranoidă (F20.0). – 24 pacienți.

3. A treia etapă de restrângere a loturilor vizează distincția intra-categorială a două loturi clinice de pacienți cu tulburări psihotice în care delirul este simptom proeminent:

A. Pacienți cu tulburări delirante persistente (F22) – 30 pacienți cu tulburare delirantă (F22.0).

B. Pacienți psihotici cu componentă schizofrenă – 31 pacienți schizofrenie paranoidă (F20.0) și tulburări schizo-afective (F25).

4. Din lotul clinic extins de pacienți cu delir non-activ, am diferențiat două loturi restrânse în funcție de durata evoluției tulburării:

A. Pacienți cu delir non-activ cu o durată sub 5 ani – 31 pacienți.

B. Pacienți cu delir non-activ cu o durată peste 5 ani – 65 pacienți.

5. Din lotul clinic extins de pacienți cu delir non-activ, am distins două loturi restrânse în funcție de nr. de episoade de boală:

A. Pacienți cu delir non-activ cu un nr. de 1 – 5 episoade – 42 pacienți.

B. Pacienți cu delir non-activ cu peste 5 episoade – 54 pacienți.

6. Din lotul clinic extins de pacienți cu delir non-activ, am diferențiat două loturi restrânse în funcție de durata de la ultima experiență delirantă:

A. Pacienți cu delir non-activ cu durată sub 3 luni de la ultima experiență delirantă – 39 pacienți.

B. Pacienți cu delir non-activ cu durată de peste 3 luni de la ultima experiență delirantă – 57 pacienți.

2. Procedură și instrumente utilizate

2.1 Colectarea datelor

Atât recrutarea subiecților, cât și colectarea propriu-zisă a datelor s-au făcut în mod diferențiat diferențiat.

În ce privește subiecții din lotul pentru adaptarea instrumentelor noi, ei au fost recrutați dintre studenții la psihologie de la „Univ. Al. I. Cuza” din Iași, dintre membrii unor grupuri profesionale de formare ale Asociației Române de Terapie Comportamentală și Cognitivă, locate în București și Timișoara, precum și dintre cunoștințele și aparținătorii acestora la nivel de rețea socială, identificarea lor realizându-se și cu ajutorul și acordul unor persoane-resursă: colegi psihologi și psihiatri, formatori, cunoștințe la nivel de rețea socială .

Subiecții din loturile clinice au fost recrutați dintre pacienții mai multor secții de psihiatrie din județul Timiș, inclusiv Clinica de Psihiatrie „Eduard Pamfil” Timișoara și dintre pacienții a două cabinete psihiatrice și un cabinet psihologic din Timișoara, cu ajutorul și acordul unor colegi psihiatri și psihologi, titulari ai cabinetelor sau șefi de secție.

Atât persoanelor-resursă, cât și subiecților li s-au administrat informații cu privire la cercetare, prin intermediul unei informări scrise (vezi anexa 1), precum și verbal, iar subiecților și prin intermediul unui formular de consimțământ informat (vezi anexa 2).

Protocolul de informare în vederea recrutării a presupus oferirea de informații generale asupra scopului cercetării, proceduri incluse, riscuri și beneficii, confidențialitate, opțiuni de participare. Persoanelor-resursă li s-a comunicat verbal criteriile de includere / excludere pentru fiecare tip de participanți (vezi cap. V, 1).

Fiecărui participant i s-a oferit un formular de consimțământ informat în care sunt prezente, în general, cam aceleași informații ca și în informarea asupra cercetării, dar având, în plus o parte cu referire la acordul de participare (vezi anexa 2). Nu s-a trecut mai departe la colectarea propriu-zisă a datelor dacă subiectul nu a consimțit la participare.

După identificarea și recrutarea participanților, s-a operat colectarea propriu-zisă a datelor generale și specifice. Aceasta s-a făcut printr-un interviu anamnestic-clinic individual cu participantul, prin solicitarea unor informații persoanelor-resursă și prin consultarea (în cazul pacienților) documentelor (foi de observații, fișe, buletine de investigații etc.) și prin aplicarea unor scale sau chestionare de evaluare (vezi anexa 3). În cazurile unde au existat dubii în ce privește acuratețea informației au fost consultate persoanele-resursă, iar dacă dubiile nu au putut fi depășite, s-a renunțat la participarea subiecților în cauză.

Datele generale au fost sumarizate într-o fișă a subiectului, cu prezentare tabelară (vezi anexa 4).

Scalele și chestionarele aplicate au fost despuiate, iar datele specifice obținute în urma aplicării au fost centralizate într-un centralizator (vezi cap. VI, 1).

2.2 Probele utilizate

Pentru fiecare caz se face o examinare a statusului actual al simptomelor (CGI), a metacognițiilor (MCQ-30), controlului gândurilor (TCQ), insight-ului cognitiv (BCIS), a modalităților de coping cognitiv și emoțional (CERQ).

Datele anamnestic-clinice și cele consecutive evaluării cu CGI sunt centralizate într-o fișă de evaluare sintetică.

Iată prezentate, mai jos, câteva informații sumare despre instrumentele ce vor fi utilizate:

1. Scala impresiei clinice globale (CGI, Guy, 1976) – este o scală de evaluare generală utilizată pentru toate tipurile de pacienții psihiatrici.

Este concepută a fi administrată de un evaluator specializat. Scala cuprinde trei itemi : gravitatea bolii; ameliorarea; indicele de eficiență (utilizat în studiile referitoare la medicație) și diferite gradații de răspuns. Pentru cercetare, am selectat subiecți în loturile clinice cu scorul de maxim 3 la severitatea bolii, corespunzând statusului fără simptome, marginal sau cel mult cu simptome ușoare (1 = normal, deloc bolnav; 2 = la limita dintre sănătos și bolnav; 3 = ușor

bolnav), fapt care atestă condiția de remisiune totală sau parțială, oricum de simptomatologie non-activă. Scorul participă la criteriile de includere (vezi cap.V, 1).

2. Chestionarul de metacogniții în forma scurtă (MCQ-30 – Wells și Cartwright-Hatton, 2004), cuprinde 30 itemi ale căror răspunsuri vizează informații din 5 domenii: credințe pozitive despre îngrijorare (POZ), credințe negative despre incontrolabilitatea și pericolul îngrijorării (NEG), încredere cognitivă (IC), nevoia de control (NC), conștiință de sine cognitivă (CSC). Toate aceste domenii reflectă credințe metacognitive, evaluări și tendințe de monitorizare considerate importante pentru modelul metacognitiv al tulburărilor psihice. (110)

3. Scala de Insight Cognitiv Beck (BCIS, Beck et al., 2004) este un instrument ce măsoară insight-ul cognitiv, capacitatea de conștientizare a propriei funcționări mintale, de a recunoaște propriile distorsiuni cognitive, de a le evalua și testa, precum și de a lua în considerare interpretări mai realiste ale evenimentelor. (100, 101) Insight-ul cognitiv are două dimensiuni concretizate în două subscale: auto-reflecția, adică disponibilitatea de a admite posibilitatea eșecului sau a erorii, corijibilitatea și recunoașterea raționamentului greșit și auto-certitudinea, adică tendința la încredere excesivă de sine, încredere excesivă în ce privește validitatea propriilor convingeri (vezi cap. III, 2.6). (100, 101)

Indexul compozit BCIS este calculat ca diferență dintre auto-reflecție și auto-certitudine. Insight-ul cognitiv mai sărac este indexat prin scoruri mai scăzute la subscala de auto-reflecție, scoruri mai ridicate ale auto-certitudinii și scoruri mai scăzute la indexul compozit BCIS.

4. Chestionarul de control al gândurilor (TCQ, Wells și Davies, 1994), cuprinde 30 itemi ale căror răspunsuri vizează informații din 5 domenii: distragere, pedeapsă, reevaluare, îngrijorare, control social. Instrumentul măsoară modalități de ajustare la gânduri neplăcute, intruzive / nedorite, constituind strategii metacognitive de auto-reglare. (111)

5. Chestionarul de evaluare a coping-ului cognitiv-emoțional (CERQ, Garnefski, Kraaij și Spinhoven, 2001), este un instrument multidimensional care măsoară strategiile de

ajustare cognitivă utilizate pentru reglarea emoțională, după ce persoana a trăit anumite evenimente sau situații negative. (112)

El cuprinde 36 itemi ale căror răspunsuri vizează 9 domenii:

1. Auto-culpabilizare – gândurile prin care dăm vina pe propria persoană.
2. Acceptare – gândurile pri care ne resemnăm.
3. Ruminare – gânduri prin care ne gândim încontinuu la sentimentele și ideile asociate evenimentului negativ.
4. Refocalizare pozitivă – gânduri la lucruri plăcute și nu la evenimentul în sine.
5. Refocalizare pe planificare – gânduri legate de pașii de urmat pentru confruntarea cu evenimentul.
6. Reevaluare pozitivă – atribuirea unei semnificații pozitive evenimentului, în termenii unei dezvoltări personale.
7. Punerea în perspectivă – gânduri prin care minimalizăm gravitatea evenimentului, comparat cu alte evenimente
8. Catastrofare – accentuarea explicită a gravității, a terorii provocate de eveniment
9. Culpabilizarea celorlalți – atribuirea responsabilității celorlalți pentru cele întâmplate. (112)

Capitolul VI – Analiza statistică

1. Centralizarea datelor

Datele specifice obținute în urma aplicării probelor, precum și datele din fișele subiecților au fost centralizate într-un centralizator (vezi cap. V, 2.1), cu transformarea datelor în parametri numerici, pentru a putea fi prelucrate statistic.

2. Prelucrarea datelor

S-a realizat cu ajutorul unui soft specializat, de către un statistician independent, după colectarea și centralizarea datelor de către cercetător.

Pentru fiecare etapă de prelucrare a datelor s-au folosit analize specifice.

Pentru adaptarea scalelor s-a utilizat analiza factorială confirmatorie (CFA), realizată cu ajutorul programului AMOS 16 (Arbuckle, 2007), a fost utilizată pentru a verifica potrivirea cu datele a structurii factoriale a probelor utilizate. CFA a fost efectuată pe matricea de covarianță dintre itemi, folosind metoda de estimare a verosimilității maxime (engl. *maximum likelihood estimation method*). Gradul de adecvare a modelelor testate a fost stabilit folosind atât indicatori absoluți, cât și indicatori relativi. Indicatorii absoluți calculați au fost testul χ^2 al gradului de potrivire, *GFI* (engl. *Goodness of Fit Index*), *GFI* ajustat (*AGFI*, engl. *Adjusted Goodness of Fit Index*) și *RMSEA* (engl. *Root Mean Square Error of Approximation*). Indicatorii relativi calculați au fost *IFI* (engl. *Incremental Fit Index*) și *CFI* (engl. *Comparative Fit Index*).

Pentru *GFI*, *AGFI*, *IFI* și *CFI*, valorile mai mari de .90 arată o potrivire bună a modelului testat cu datele, iar valorile peste .85 arată o potrivire acceptabilă a modelului testat. (113)

Valorile sub .80 indică clar un model testat slab. Pentru *RMSEA*, valorile mai mici de .05 arată că avem de-a face cu un model bun, iar valorile sub .08 arată că avem un model acceptabil. (114)

Valorile mai mari de .10 arată clar că modelul testat nu se potrivește cu datele. De asemenea, o valoare nesemnificativă a testului χ^2 al gradului de potrivire indică absența unor diferențe semnificative între matricea datelor brute și matricea obținută pe baza legăturilor specificate în model, situația unui χ^2 nesemnificativ fiind de dorit. Valoarea lui χ^2 este afectată puternic de volumul eșantionului, astfel existând mari șanse să obținem un χ^2 semnificativ atunci când testăm un număr mare de participanți. (115)

Pentru testarea ipotezelor s-a utilizat analiza de varianță (ANOVA), în mod obișnuit folosită pentru comparații între mai multe grupuri, cu comparații post hoc Games-Howell.

Capitolul VII – Rezultate

1. Adaptarea instrumentelor

1.1 Chestionarul de control al gândurilor (TCQ)

Pentru testarea gradului de adecvare a structurii factoriale a TCQ a fost utilizată analiza factorială confirmatorie (CFA); rezultatele CFA sunt prezentate în tabelul 7. Au fost testate 2 modele posibile: un model constând din 5 factori necorelați și un model format din 5 factori corelați. Primul model a obținut o slabă potrivire cu datele, iar cel de-al doilea model a obținut o potrivire mai bună, dar valorile indicatorilor utilizați au avut doar valori marginale. Astfel, cel de-al doilea model este mai potrivit, chiar dacă indicatorii semnifică o potrivire destul de slabă cu datele.

Tabelul 7 - Indicatori de potrivire ai CFA la TCQ

<i>Model</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>GFI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>IFI</i>	<i>CFI</i>
5 factori necorelați	116.64**	405	.66	.105 [.098 - .112]	.59	.58
5 factori corelați	88.50**	391	.73	.086 [.079 - .094]	.74	.73

Note: ** $p < .01$.

Tabelul 8 prezintă mediile, abaterile standard, valorile skewness, kurtosis și coeficienții α Cronbach, pentru subscalele TCQ. Consistența internă variază de la .52 (pentru

scala Pedepsă) la .85 (pentru scala Distragere). Singura valoare inadecvată a consistenței interne este obținută de subscala Pedepsă, iar subscala Îngrijorare obține o valoare marginală. Celelalte trei subscale au obținut valori optime ale consistenței interne. Valorile skewness și kurtosis arată faptul că distribuțiile nu deviază substanțial de la normalitate.

Tabelul 8 - Mediile, abaterile standard, valorile skewness, kurtosis și coeficienții α la TCQ

<i>Scala</i>	<i>M</i>	<i>AS</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>	α Cronbach
Distragere	16.28	3.71	.03	-.17	.85
Pedepsă	9.33	2.07	.78	.66	.52
Reevaluare	14.79	3.56	.05	-.47	.74
Îngrijorare	1.66	2.63	.37	-.24	.64
Control social	14.29	3.86	-.10	.00	.80

Rezultatele indică, așadar, că TCQ poate fi utilizat pe populație românească. Probabil că o extindere a eșantionului și o analiză aferentă ar aduce o imagine și clară asupra valențelor instrumentului.

1.2 Scala de Insight Cognitiv Beck (BCIS)

Pentru testarea gradului de adecvare a structurii factoriale a BCIS a fost utilizată analiza factorială confirmatorie (CFA); rezultatele CFA sunt prezentate în tabelul 9. Au fost testate 2 modele posibile: un model constând din 2 factori necorelați și un model format din 2 factori corelați. Primul model a obținut o potrivire destul de slabă cu datele, iar cel de-al doilea model a obținut o potrivire mai bună, indicatorii utilizați atingând valori marginale sau chiar optime. Astfel, cel de-al doilea model este mai potrivit, indicatorii arătând o potrivire acceptabilă cu datele.

Tabelul 9 – Indicatori de potrivire ai CFA la BCIS

<i>Model</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>GFI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>IFI</i>	<i>CFI</i>
2 factori necorelați	207.71**	90	.86	.088 [.072 - .104]	.68	.66
2 factori corelați	148.28**	87	.90	.065 [.046 - .082]	.83	.82

Note: ** $p < .01$.

Tabelul 10 prezintă mediile, abaterile standard, valorile skewness, kurtosis și coeficienții α Cronbach, pentru subscalele BCIS. Consistența internă a fost de .65 pentru scala Auto-Reflecție, și de .61 pentru scala Auto-Certitudine. Ambele valori arată un nivel marginal al consistenței interne. Valorile skewness și kurtosis arată faptul că distribuțiile nu deviază substanțial de la normalitate.

Tabelul 10 – Mediile, abaterile standard, valorile skewness, kurtosis și coeficienții α la BCIS

<i>Scala</i>	<i>M</i>	<i>AS</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>	α Cronbach
Auto-Reflecție	12.95	3.60	.19	-.04	.65
Auto-Certitudine	9.39	2.76	-.16	.52	.61
BCIS	3.56	5.07	.24	-.36	-

Rezultatele indică, așadar, că BCIS poate fi utilizat pe populație românească.

1.3 Chestionarul de metacogniții în forma scurtă (MCQ-30)

Pentru testarea gradului de adecvare a structurii factoriale a MCQ a fost utilizată analiza factorială confirmatorie (CFA); rezultatele CFA sunt prezentate în tabelul 11. Au fost testate 2 modele posibile: un model constând din 5 factori necorelați și un model format din 5 factori corelați. Primul model a obținut o potrivire destul de slabă cu datele, iar cel de-al doilea model a obținut o potrivire mai bună, dar indicatorii utilizați au atins doar valori marginale. Astfel, cel de-al doilea model este mai potrivit, indicatorii arătând o potrivire marginală cu datele.

Tabelul 11 – Indicatori de potrivire ai CFA la MCQ-30

<i>Model</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>GFI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>IFI</i>	<i>CFI</i>
5 factori necorelați	856.09**	405	.74	.081 [.074 - .089]	.79	.78
5 factori corelați	732.48**	395	.78	.071 [.063 - .079]	.84	.84

*Note: ** $p < .01$.*

Tabelul 12 prezintă mediile, abaterile standard, valorile skewness, kurtosis și coeficienții α Cronbach, pentru subscalele MCQ. Consistența internă variază între .65 (pentru scala NC) și .89 (pentru scala POZ). Singura valoare care cade sub pragul de .70 este pentru scala NC, restul subscalelor obținând valori optime. Valorile skewness și kurtosis arată faptul că distribuțiile nu deviază substanțial de la normalitate.

Tabelul 12 – Mediile, abaterile standard, valorile skewness, kurtosis și coeficienții α la MCQ-30

<i>Scala</i>	<i>M</i>	<i>AS</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>	α Cronbach
POZ	1.35	3.75	.82	.07	.89
NEG	1.07	3.25	1.27	1.93	.72
IC	1.23	3.42	1.09	1.05	.83
NC	9.99	3.33	.66	-.06	.65
CSC	15.50	3.93	.16	-.49	.83

Rezultatele indică faptul că MCQ-30 poate fi utilizat pe populație românească.

2. Metacogniții

2.1 Rezultatele la loturile extinse

Pentru a verifica diferențele în funcție de grup privind subscalele MCQ, am realizat o analiză de varianță (ANOVA). Rezultatele ANOVA sunt prezentate în tabelul 13.

Tabelul 13 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile extinse privind subscalele MCQ

Scale	Grupul						F	Partial η^2
	Cu experiență delirantă (n = 96)		Fără experiență delirantă (n = 56)		Populație generală (n = 90)			
	M	AS	M	AS	M	AS		
POZ	13.72c	4.50	13.05c	4.11	9.31ab	2.89	33.07**	.22
NEG	15.22c	4.44	16.21c	4.30	9.69ab	2.99	64.91**	.35
IC	13.27c	4.83	13.05c	4.62	9.97ab	3.40	15.94**	.12
NC	15.16c	3.86	15.07c	4.28	9.31ab	3.27	67.57**	.36
CSC	17.78	3.59	17.77c	3.66	14.46ab	3.95	22.25**	.16

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$. Diferențele în funcție de grup: Cu experiență delirantă (a), Fără experiență delirantă (b) și Populație generală (c), potrivit comparațiilor post hoc Games-Howell.

Rezultatele scot la iveală faptul că au fost identificate diferențe semnificative pentru toate cele cinci subscale. Comparațiile post hoc Games-Howell au arătat că diferențele au fost identificate între pacienții cu experiență delirantă și lotul de populație generală, respectiv între pacienții fără experiență delirantă și lotul de populație generală, cu efecte de la moderat la

foarte puternic. Nu au fost identificate diferențe semnificative între pacienții cu experiență delirantă și cei fără experiență delirantă.

2.2 Rezultatele la loturile restrânse 1

Pentru a verifica diferențele în funcție de grup privind subscalele MCQ, am realizat o analiză de varianță (ANOVA). Rezultatele ANOVA sunt prezentate în tabelul 14.

Tabelul 14 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile restrânse 1 privind subscalele MCQ

Scale	Grupul								F	Partial η^2
	A		B		C		D			
	(n = 54)		(n = 30)		(n = 37)		(n = 54)			
	M	AS	M	AS	M	AS	M	AS		
POZ	13.93d	4.17	13.40d	4.81	13.65d	4.09	9.35abc	2.77	15.66**	.22
NEG	15.33d	4.43	14.93d	4.62	16.11d	4.20	9.89abc	2.80	24.98**	.31
IC	13.44d	4.58	12.93	5.60	13.76d	4.37	1.59ac	3.71	5.12**	.08
NC	15.31d	3.76	14.53d	4.01	15.46d	4.00	9.00abc	2.78	37.19**	.40
CSC	17.09d	3.29	18.60d	3.83	17.62d	3.56	14.11abc	3.77	13.06**	.19

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$. Diferențele în funcție de grup: A (a), B (b), C (c) și D (d), potrivit comparațiilor post hoc Games-Howell.

Rezultatele scot la iveală faptul că au fost identificate diferențe semnificative pentru toate cele cinci subscale. Comparațiile post hoc Games-Howell au arătat că diferențele au fost identificate între loturile clinice și lotul de populație generală, cu efecte de la moderat la foarte puternic. Nu au fost identificate diferențe semnificative între loturile clinice.

2.3 Rezultatele la loturile restrânse 2

Pentru a verifica dintre pacienții cu tulburări delirante persistente și cei cu schizofrenie paranoidă privind subscalele MCQ, am realizat o analiză de varianță (ANOVA). Rezultatele ANOVA sunt prezentate în tabelul 15.

Tabelul 15 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile restrânse 2 privind subscalele MCQ

Scale	Grupul				F	Partial η^2
	Pacienți cu tulburări delirante persistente (n = 30)		Pacienți cu schizofrenie paranoidă (n = 24)			
	M	AS	M	AS		
POZ	14.63	4.32	13.04	3.88	1.98	.04
NEG	16.20	4.42	14.25	4.29	2.67	.05
IC	13.63	4.86	13.21	4.28	.11	.00
NC	15.87	3.62	14.63	3.90	1.47	.03
CSC	17.73	3.22	16.29	3.26	2.65	.05

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$.

Rezultatele scot la iveală faptul că nu au fost identificate diferențe semnificative între cele două grupuri pentru nicio dintre subscalele MCQ.

2.4 Rezultatele la loturile restrânse 3

Pentru a verifica dintre pacienții cu tulburări delirante persistente și cei cu schizofrenie paranoidă, respectiv tulburări schizo-afective privind subscalele MCQ, am realizat o analiză de varianță (ANOVA). Rezultatele ANOVA sunt prezentate în tabelul 16.

Tabelul 16 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile restrânse 3 privind subscalele MCQ

Scale	Grupul				F	Partial η^2
	Pacienți cu tulburări delirante persistente (n = 30)		Pacienți cu schizofrenie paranoidă și tulburări schizo-afective (n = 31)			
	M	AS	M	AS		
POZ	14.63	4.32	13.48	3.92	1.19	.02
NEG	16.20	4.42	15.03	4.40	1.07	.02
IC	13.63	4.86	13.23	4.43	.12	.00
NC	15.87	3.62	15.23	4.22	.41	.01
CSC	17.73	3.22	16.68	3.54	1.48	.03

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$.

Rezultatele scot la iveală faptul că nu au fost identificate diferențe semnificative între cele două grupuri pentru niciuna dintre subscalele MCQ.

3. Insight cognitiv

3.1 Rezultatele la loturile extinse

Pentru a verifica diferențele în funcție de grup privind subscalele BCIS, am realizat o analiză de varianță (ANOVA). Rezultatele ANOVA sunt prezentate în tabelul 17.

Tabelul 17 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile extinse privind subscalele BCIS

<i>Scale</i>	<i>Grupul</i>						<i>F</i>	<i>Partial η²</i>
	Cu experiență delirantă (<i>n</i> = 96)		Fără experiență delirantă (<i>n</i> = 56)		Populație generală (<i>n</i> = 90)			
	<i>M</i>	<i>AS</i>	<i>M</i>	<i>AS</i>	<i>M</i>	<i>AS</i>		
Auto-reflecție	15.47c	4.75	15.79c	4.90	12.56ab	3.86	13.03**	.10
Auto-certitudine	1.45	3.87	1.50	3.38	9.50	2.74	2.33	.02
Indexul BCIS	5.02c	6.50	5.29c	6.42	3.06ab	5.23	3.34*	.03

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$. Diferențele în funcție de grup: Cu experiență delirantă (a), Fără experiență delirantă (b) și Populație generală (c), potrivit comparațiilor post hoc Games-Howell.

Rezultatele scot la iveală faptul că nu au fost identificate diferențe semnificative privind scala Auto-certitudine. În schimb, au fost identificate diferențe semnificative pentru scala Auto-reflecție și pentru indexul BCIS. Comparațiile post hoc Games-Howell au arătat că diferențele au fost identificate între pacienții cu experiență delirantă și lotul de populație generală,

respectiv între pacienții fără experiență delirantă și lotul de populație generală. Analiza de mărime a efectului relevă un efect slab pentru indexul BCIS, respectiv un efect moderat pentru subscala Auto-reflecție. Nu au fost identificate diferențe semnificative între pacienții cu experiență delirantă și cei fără experiență delirantă.

3.2 Rezultatele la loturile restrânse 1

Pentru a verifica diferențele în funcție de grup privind subscalele BCIS, am realizat o analiză de varianță (ANOVA). Rezultatele ANOVA sunt prezentate în tabelul 18.

Tabelul 18 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile restrânse 1 privind subscalele BCIS

Scale	Grupul								F	Partial η^2
	A		B		C		D			
	(n = 54)		(n = 30)		(n = 37)		(n = 54)			
	M	AS	M	AS	M	AS	M	AS		
Auto-reflecție	15.30d	4.92	15.83d	4.21	14.76	4.82	13.02ab	4.11	3.35*	.06
Auto-certitudine	1.24	4.32	1.97	3.13	1.68	3.20	9.46	2.57	1.59	.03
Indexul BCIS	5.06	7.09	4.87	5.49	4.08	6.20	3.56	5.18	.64	.01

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$. Diferențele în funcție de grup: A (a), B (b), C (c) și D (d), potrivit comparațiilor post hoc Games-Howell.

Rezultatele scot la iveală faptul că au fost identificate diferențe semnificative doar pentru scala Auto-reflecție. Comparațiile post hoc Games-Howell au arătat că diferențele au fost identificate între pacienții din loturile A și B și lotul de populație generală, cu un efect slab spre moderat. Nu au fost identificate diferențe semnificative între loturile clinice.

3.3 Rezultatele la loturile restrânse 2

Pentru a verifica diferențele dintre pacienții cu tulburări delirante persistente și cei cu schizofrenie paranoidă privind subscalele BCIS, am realizat o analiză de varianță (ANOVA). Rezultatele ANOVA sunt prezentate în tabelul 19.

Tabelul 19 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile restrânse 2 privind subscalele BCIS

<i>Scale</i>	<i>Grupul</i>				<i>F</i>	<i>Partial η^2</i>
	Pacienți cu tulburări delirante persistente (<i>n</i> = 30)		Pacienți cu schizofrenie paranoidă (<i>n</i> = 24)			
	<i>M</i>	<i>AS</i>	<i>M</i>	<i>AS</i>		
Auto-reflecție	15.80	5.21	14.67	4.57	.70	.01
Auto-certitudine	10.87	3.81	9.46	4.85	1.43	.03
Indexul BCIS	4.93	6.46	5.21	7.94	.02	.00

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$.

Rezultatele relevă faptul că nu au fost identificate diferențe semnificative între cele două grupuri pentru nicio dintre subscalele BCIS.

3.4 Rezultatele la loturile restrânse 3

Pentru a verifica diferențele dintre pacienții cu tulburări delirante persistente și cei cu schizofrenie paranoidă, respectiv tulburări schizo-afective privind subscalele BCIS, am realizat o analiză de varianță (ANOVA). Rezultatele ANOVA sunt prezentate în tabelul 20.

Tabelul 20 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile restrânse 3 privind subscalele BCIS

<i>Scale</i>	<i>Grupul</i>				<i>F</i>	<i>Partial η²</i>
	Pacienți cu tulburări delirante persistente (<i>n</i> = 30)		Pacienți cu schizofrenie paranoidă și tulburări schizo-afective (<i>n</i> = 31)			
	<i>M</i>	<i>AS</i>	<i>M</i>	<i>AS</i>		
Auto-reflecție	15.80	5.21	15.03	4.43	.39	.01
Auto-certitudine	10.87	3.81	9.68	4.66	1.19	.02
Indexul BCIS	4.93	6.46	5.35	7.13	.06	.00

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$.

Rezultatele relevă faptul că nu au fost identificate diferențe semnificative între cele două grupuri pentru nicio dintre subscalele BCIS.

4. Controlul gândurilor

4.1 Rezultatele la loturile extinse

Pentru a verifica diferențele în funcție de grup privind subscalele TCQ, am realizat o analiză de varianță (ANOVA). Rezultatele ANOVA sunt prezentate în tabelul 21.

Tabelul 21 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile extinse privind subscalele TCQ

Scale	Grupul						F	Partial η^2
	Cu experiență delirantă (n = 96)		Fără experiență delirantă (n = 56)		Populație generală (n = 90)			
	M	AS	M	AS	M	AS		
Distragere	16.49	4.31	16.54	4.32	15.31	3.61	2.44	.02
Pedeapsă	12.32c	3.72	13.38c	3.85	9.02ab	1.87	39.58**	.25
Reevaluare	15.89c	3.50	15.54	3.81	14.36a	3.79	4.25*	.03
Îngrijorare	14.59c	3.42	14.27c	3.81	10.19ab	2.53	5.23**	.30
Control social	13.39	3.50	13.34	3.85	13.72	3.26	.29	.00

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$. Diferențele în funcție de grup: Cu experiență delirantă (a), Fără experiență delirantă (b) și Populație generală (c), potrivit comparațiilor post hoc Games-Howell.

Rezultatele scot la iveală faptul că nu au fost identificate diferențe semnificative privind scalele Distragere și Control Social. În schimb, au fost identificate diferențe semnificative

pentru celelalte trei scale. Comparațiile post hoc Games-Howell au arătat că diferențele au fost identificate între pacienții cu experiență delirantă și lotul de populație generală, respectiv între pacienții fără experiență delirantă și lotul de populație generală. Analiza de mărime a efectului relevă un efect slab pentru subscala Reevaluare, respectiv efecte foarte puternice pentru subscalele Pedepsă și Îngrijorare. Nu au fost identificate diferențe semnificative între pacienții cu experiență delirantă și cei fără experiență delirantă.

4.2 Rezultatele la loturile restrânse 1

Pentru a verifica diferențele în funcție de grup privind subscalele TCQ, am realizat o analiză de varianță (ANOVA). Rezultatele ANOVA sunt prezentate în tabelul 22.

Tabelul 22 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile restrânse 1 privind subscalele TCQ

Scale	Grupul								F	Partial η^2
	A (n = 54)		B (n = 30)		C (n = 37)		D (n = 54)			
	M	AS	M	AS	M	AS	M	AS		
Distragere	16.35	4.31	16.43	4.67	16.46	4.45	15.57	3.70	.49	.01
Pedeapsă	12.78d	3.93	11.30cd	3.46	13.70bd	4.02	9.02abc	1.76	17.93**	.24
Reevaluare	15.87	3.54	13.33	3.56	15.62	3.59	14.76	3.82	.91	.02
Îngrijorare	14.78d	3.51	14.00d	3.34	14.84d	3.73	10.37abc	2.64	21.07**	.27
Control social	13.43	3.46	13.67	3.60	12.76	3.87	13.67	3.23	.58	.01

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$. Diferențele în funcție de grup: A (a), B (b), C (c) și D (d), potrivit comparațiilor post hoc Games-Howell.

Rezultatele scot la iveală faptul că nu au fost identificate diferențe semnificative privind scalele Distragere, Reevaluare și Control Social. În schimb, au fost identificate diferențe semnificative pentru celelalte două subscale. Comparațiile post hoc Games-Howell au arătat că diferențele au fost identificate între cele trei loturi clinice și lotul de populație generală (pentru scalele Pedepsă și Îngrijorare), respectiv între loturile B și C (pentru scala Pedepsă). Analiza de mărime a efectului relevă un efect foarte puternic pentru ambele subscale care au prezentat rezultate semnificative. Nu au fost identificate diferențe semnificative între loturile A și B, respectiv A și C.

5. Ajustare cognitiv-emoțională

5.1 Rezultatele la loturile extinse

Pentru a verifica diferențele în funcție de grup privind subscalele CERQ, am realizat o analiză de varianță (ANOVA). Rezultatele ANOVA sunt prezentate în tabelul 23.

Tabelul 23 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile extinse privind subscalele CERQ

Scale	Grupul						F	Partial η^2
	Cu experiență delirantă (n = 96)		Fără experiență delirantă (n = 56)		Populație generală (n = 90)			
	M	AS	M	AS	M	AS		
Autoculpabilizare	1.86	3.80	11.13	4.10	1.03	3.79	2.04	.02
Acceptare	13.79c	3.65	13.91c	3.88	12.27ab	3.11	5.65**	.05
Ruminare	13.30	4.06	14.05c	3.84	12.32b	3.84	3.54*	.03
Refocalizare pozitivă	11.72	4.43	12.11c	4.91	1.43b	4.11	3.08*	.03
Refocalizare pe planificare	14.32c	3.75	15.29	3.74	15.68a	3.03	3.65*	.03
Reevaluare pozitivă	12.91c	4.04	13.52	4.36	14.79a	3.41	5.55**	.04
Punerea în perspectivă	12.79	3.96	13.34	3.83	12.27	3.58	1.41	.01
Catastrofarea	11.80c	4.52	1.98c	3.95	7.01ab	2.44	41.71**	.26
Culpabilizarea celorlalți	9.68c	4.27	8.46	4.37	7.34a	2.53	9.02**	.07

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$. Diferențele în funcție de grup: Cu experiență delirantă (a), Fără experiență delirantă (b) și Populație generală (c), potrivit comparațiilor post hoc Games-Howell.

Rezultatele scot la iveală faptul că nu au fost identificate diferențe semnificative pentru subscalele Autoculpabilizare și Punerea în perspectivă. În schimb, au fost identificate diferențe semnificative pentru toate celelalte subscale. Comparațiile post hoc Games-Howell au arătat că diferențele au fost identificate între pacienții cu experiență delirantă și lotul de populație generală pentru subscalele Refocalizare pe planificare, Reevaluare pozitivă și Culpabilizarea celorlalți), între pacienții fără experiență delirantă și lotul de populație generală (pentru subscalele Ruminare și Refocalizare pozitivă), respectiv între ambele loturi de pacienți și lotul de populație generală (pentru subscalele Acceptare și Catastrofarea). Analiza de mărime a efectului efecte slabe, respectiv slabe spre moderat pentru toate subscalele, cu excepția Catastrofării, ce prezintă un efect foarte puternic. Nu au fost identificate diferențe semnificative între pacienții cu experiență delirantă și cei fără experiență delirantă.

5.2 Rezultatele la loturile restrânse 1

Pentru a verifica diferențele în funcție de grup privind subscalele CERQ, am realizat o analiză de varianță (ANOVA). Rezultatele ANOVA sunt prezentate în tabelul 24.

Tabelul 24 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele între loturile restrânse privind subscalele CERQ

Scale	Grupul								F	Partial η^2
	A (n = 54)		B (n = 30)		C (n = 37)		D (n = 54)			
	M	AS	M	AS	M	AS	M	AS		
Autoculpabilizare	11.26	4.38	1.30	3.09	11.92	4.18	1.02	2.31	2.54	.04
Acceptare	13.44	3.67	14.10	3.92	13.73	3.92	12.37	3.18	1.87	.03
Ruminare	12.93	4.02	13.30	4.37	13.62	4.07	12.02	3.85	1.34	.02
Refocalizare pozitivă	11.57	4.45	11.63	4.88	12.59	5.05	1.46	4.43	1.59	.03
Refocalizare pe planificare	14.00d	3.95	14.77	3.58	14.68	3.77	15.87a	3.02	2.51*	.04
Reevaluare pozitivă	12.56d	3.88	13.77	3.84	12.84	4.53	14.87a	3.42	3.70*	.06
Punerea în perspectivă	12.52	3.87	13.30	3.99	12.86	3.79	12.22	3.64	.58	.01
Catastrofarea	11.56d	4.40	11.83d	4.91	11.27d	3.76	6.63abc	2.37	2.35**	.26
Culpabilizarea celorlalți	9.24d	3.91	1.47d	4.67	9.51d	4.34	7.31abc	2.68	5.23**	.08

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$. Diferențele în funcție de grup: A (a), B (b), C (c) și D (d), potrivit comparațiilor post hoc Games-Howell.

Rezultatele scot la iveală faptul că au fost identificate diferențe semnificative pentru subscalele Refocalizare pe planificare, Reevaluare pozitivă, Catastrofarea și Culpabilizarea celorlalți. Comparațiile post hoc Games-Howell au arătat că diferențele au fost identificate între loturile A și D pentru primele două subscale, cu efecte slab spre moderat, și între loturile clinice și lotul de populație generală pentru celelalte două subscale, cu un efect moderat și respectiv foarte puternic. Nu au fost identificate diferențe semnificative între loturile clinice.

6. Analiza în funcție de parametrii clinico-evolutivi

6.1 Analiza diferențelor de insight cognitiv în funcție de durata evoluției

Pentru a verifica (în cadrul lotului cu experiență delirantă) diferențele în funcție de durata evoluției (Grup A = Sub 5 ani, Grup B = Peste 5 ani) privind subscalele BCIS, am realizat o analiză de varianță (ANOVA). Rezultatele ANOVA sunt prezentate în tabelul 25.

Tabelul 25 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele în funcție de durata evoluției la pacienții cu delir non-activ privind insight-ul cognitiv

Scale	Grupul				F	Partial η^2
	A (n = 31)		B (n = 65)			
	M	AS	M	AS		
Auto-reflecție	15.87	4.90	15.28	4.71	.33	.00
Auto-certitudine	9.90	3.59	10.71	3.99	.91	.01
Indexul BCIS	5.97	6.31	4.57	6.58	.97	.01

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$.

Rezultatele relevă faptul că nu au fost identificate diferențe semnificative între cele două grupuri pentru niciuna dintre subscalele BCIS.

6.2 Analiza diferențelor din domeniile metacognitive în funcție de durata evoluției

Pentru a verifica (în cadrul lotului cu experiență delirantă) diferențele în funcție de durata evoluției (Grup A = Sub 5 ani, Grup B = Peste 5 ani) privind subscalele MCQ, am realizat o analiză de varianță (ANOVA). Rezultatele ANOVA sunt prezentate în tabelul 26.

Tabelul 26 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele în funcție de durata evoluției la pacienții cu delir non-activ privind domeniile metacognitive

Scale	Grupul				F	Partial η^2
	A		B			
	M	AS	M	AS		
POZ	13.39	4.59	13.88	4.48	.25	.00
NEG	14.51	4.63	15.55	4.34	1.15	.01
IC	12.84	4.92	13.48	4.81	.36	.00
NC	14.77	4.14	15.34	3.75	.45	.01
CSC	17.87	3.61	17.74	3.61	.03	.00

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$.

Rezultatele scot la iveală faptul că nu au fost identificate diferențe semnificative între cele două grupuri pentru nicioare dintre subscalele MCQ.

6.3 Analiza diferențelor de insight cognitiv în funcție de numărul de episoade

Pentru a verifica (în cadrul lotului cu experiență delirantă) diferențele în funcție de numărul de episoade (Grup A = 1-5 episoade, Grup B = Peste 5 episoade) privind subscalele BCIS, am realizat o analiză de varianță (ANOVA). Rezultatele ANOVA sunt prezentate în tabelul 27.

Tabelul 27 – Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele în funcție de numărul de episoade la pacienții cu delir non-activ privind insight-ul cognitiv

Scale	Grupul				F	Partial η^2
	A (n = 42)		B (n = 54)			
	M	AS	M	AS		
Auto-reflecție	15.76	5.18	15.24	4.43	.28	.00
Auto-certitudine	10.29	3.87	10.57	3.89	.13	.00
Indexul BCIS	5.47	6.30	4.67	6.68	.37	.00

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$.

Rezultatele relevă faptul că nu au fost identificate diferențe semnificative între cele două grupuri pentru nicioare dintre subscalele BCIS.

6.4 Analiza diferențelor din domeniile metacognitive în funcție de numărul de episoade

Pentru a verifica (în cadrul lotului cu experiență delirantă) diferențele în funcție de numărul de episoade (Grup A = 1-5 episoade, Grup B = Peste 5 episoade) privind subscalele MCQ, am realizat o analiză de varianță (ANOVA). Rezultatele ANOVA sunt prezentate în tabelul 28.

Tabelul 28 - Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele în funcție de numărul de episoade la pacienții cu delir non-activ privind domeniile metacognitive

Scale	Grupul				F	Partial η^2
	A (n = 42)		B (n = 54)			
	M	AS	M	AS		
POZ	13.02	4.82	14.26	4.20	1.80	.02
NEG	14.62	4.67	15.69	4.40	1.37	.01
IC	13.31	5.75	13.24	4.03	.01	.00
NC	14.76	4.32	15.46	3.48	.78	.01
CSC	17.93	3.53	17.67	3.67	.13	.00

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$.

Rezultatele scot la iveală faptul că nu au fost identificate diferențe semnificative între cele două grupuri pentru nicioare dintre subscalele MCQ.

6.5 Analiza diferențelor de insight cognitiv în funcție de durata de la ultima experiență delirantă

Pentru a verifica (în cadrul lotului cu experiență delirantă) diferențele în funcție de perioada de la ultima experiență delirantă (Grup A = Sub 3 luni, Grup B = Peste 3 luni) privind subscalele BCIS, am realizat o analiză de varianță (ANOVA). Rezultatele ANOVA sunt prezentate în tabelul 29.

Tabelul 29 – Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele în funcție de durata de la ultima experiență delirantă la pacienții cu delir non-activ privind insight-ul cognitiv

Scale	Grupul				F	Partial η^2
	A (n = 39)		B (n = 57)			
	M	AS	M	AS		
Auto-reflecție	16.18	4.69	14.98	4.78	1.48	.02
Auto-certitudine	10.64	3.90	10.32	3.87	.16	.00
Indexul BCIS	5.54	6.19	4.67	6.73	.42	.00

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$.

Rezultatele relevă faptul că nu au fost identificate diferențe semnificative între cele două grupuri pentru nicioare dintre subscalele BCIS.

6.6 Analiza diferențelor din domeniile metacognitive în funcție de durata evoluției

Pentru a verifica (în cadrul lotului cu experiență delirantă) diferențele în funcție de perioada de la ultima experiență delirantă (Grup A = Sub 3 luni, Grup B = Peste 3 luni) privind subscalele MCQ, am realizat o analiză de varianță (ANOVA). Rezultatele ANOVA sunt prezentate în tabelul 30.

Tabelul 30 – Rezultatele ANOVA referitoare la diferențele în funcție de durata de la ultima experiență delirantă la pacienții cu delir non-activ privind domeniile metacognitive

Scale	Grupul				F	Partial η^2
	A		B			
	(n = 39)		(n = 57)			
	M	AS	M	AS		
POZ	15.10	4.49	12.77	4.29	6.58*	.07
NEG	16.47	4.44	14.39	4.25	5.16*	.05
IC	13.87	5.83	12.86	4.02	1.02	.01
NC	16.41	4.23	14.30	3.37	7.38**	.07
CSC	18.56	3.64	17.25	3.49	3.20	.03

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$.

Rezultatele scot la iveală faptul că au fost identificate diferențe semnificative între cele două grupuri pentru subscalele POZ, NEG și NC, cu efecte moderate.

Capitolul VIII – Discuții

1. Adaptarea instrumentelor noi

Este foarte îmbucurător că trei noi instrumente în domeniul metacognițiilor (MCQ-30), al insight-ului cognitiv (BCIS) și al ajustării metacognitive (TCQ) sunt utilizabile și pe populație românească. Analizele factoriale confirmatorii sugerează că instrumentele respective sunt de încredere, dar că există și puncte slabe. Așa cum se poate observa la rezultate, la MCQ-30, în ce privește consistența internă, singura valoare care cade sub pragul de .70 este pentru scala NC, restul subscalelor obținând valori optime. La TCQ, singura valoare inadecvată a consistenței interne este obținută de subscala Pedepsă, iar subscala Îngrijorare obține o valoare marginală. La BCIS există un nivel marginal, dar acceptabil al consistenței interne la ambele subscale.

2. Testarea ipotezelor

Rezultatele obținute sunt parțial consistente cu datele din literatura de specialitate. Informațiile obținute în urma cercetării aduc și idei noi, care ar putea deschide noi direcții de explorare. Reamintim că o caracteristică inedită a loturilor de pacienți a fost condiția de remisiune (cel mult simptome ușoare, scor CGI de max.3 la intensitatea simptomelor). La pacienții cu delir activ au fost găsite date care sprijină ideea de participare metacognitivă la tulburare, în timp ce la pacienții cu delir non-activ, datele găsite în literatură sunt aproape

absente, oricum neclare. Studiul de față încearcă să aducă un plus de claritate în ce privește participarea metacognițiilor la vulnerabilitatea pentru delir, în primul rând, precum și la tulburarea psihică, în general.

Referitor la diferențele legate de *credițele metacognitive* după dimensiunile MCQ-30, ele au fost constatate după cum urmează:

1. În cazul loturilor extinse, au fost identificate diferențe semnificative pentru toate cele cinci subscale ale MCQ-30, diferențele au fost identificate între pacienții cu delir non-activ și non-pacienți, respectiv între pacienții non-deliranti și non-pacienți, fără să fie identificate diferențe semnificative între pacienții cu experiență delirantă și cei non-deliranti. Având în vedere caracteristicile loturilor, diferențele la nivel de funcționare metacognitivă par să nu fie asociate cu prezența non-activă a delirului, cât mai degrabă cu condiția maladivă în general, în contextul cercetării fiind în remisiune. Diferențele de funcționare cognitivă sprijină ideea participării metacognitive la tulburarea psihică, inclusiv în condiția de remisiune, fapt ce susține ideea de vulnerabilitate la nivel metacognitiv în ce privește stările psihopatologice.

2. În cazul loturilor restrânse, se constată că diferențele dispar pe măsură ce se restrâng loturile în sensul specificității.

La loturile restrânse 1 au fost identificate diferențe semnificative pentru toate cele cinci subscale ale MCQ-30 între loturile clinice și lotul de populație generală, dar între loturile clinice nu au fost identificate diferențe semnificative.

La loturile clinice 2 și 3 nu au fost identificate diferențe semnificative între cele două perechi de grupuri pentru nicio dintre subscalele MCQ-30. Nu există diferențe de funcționare metacognitivă între pacienții cu tulburări delirante persistente și cei cu schizofrenie paranoidă (în condiția de remisiune) și nici între pacienții cu tulburări delirante persistente și pacienții psihotici cu componentă schizofrenă (în condiția de remisiune).

Având în vedere că discutăm de pacienți remiși, rezultatele ar putea sugera că vulnerabilitatea pentru delir nu este neapărat metacognitivă, dar că ar putea exista o vulnerabilitate metacognitivă pentru condiția maladivă psihică în general, având în vedere diferențele clare între funcționarea metacognitivă a loturilor de pacienți și cele de non-

pacienți, fapt consistent cu rezultatele găsite de Morrison și Wells (2003) în compararea unor loturi de pacienți deliranti, pacienți cu tulburare de panică și non-pacienți (vezi cap.III, 2.5), chiar dacă cercetarea de față implică, la pacienți, condiția de remisiune.

În ce privește *insight*-ul *cognitiv*, comparațiile au arătat următoarele:

1. La loturile extinse există diferențe privind subscala de Auto-reflecție și indexul BCIS, între pacienții cu experiență delirantă și lotul de populație generală, respectiv între pacienții fără experiență delirantă și lotul de populație generală. Diferențele apar, așadar la nivelul capacității auto-reflexive, dar între condiția maladivă și cea non-maladivă, fără diferențe între tipurile de condiție maladivă. Nu au fost identificate diferențe semnificative privind scala Auto-certitudine.

Aceste rezultate sugerează, de asemenea, absența asocierii între delirul non-activ și *insight*-ul *cognitiv*. Acest fapt nu infirmă asocierea nivelului crescut de auto-certitudine cu simptomele delirante, găsit în puținele studii existente, dar ar putea sugera că delirul nu presupune o vulnerabilitate specifică legată de auto-certitudine. De asemenea rezultatele găsite ar putea infirma parțial, ideea emisă de Bora et al. (2007), conform căreia auto-certitudinea pacienților cu psihoză (schizofrenie) ar putea fi o caracteristică relativ persistentă, prezentă și după revenirea din psihoză (vezi cap. III, 2.5). Desigur că, pentru o comparare a datelor cu studiul efectuat de Bora et al. (2007), ar fi nevoie de o re-evaluare a loturilor de pacienți psihotici în condiția de decompensare psihotică și compararea cu rezultatele din condiția non-activă, de remisiune.

2. La loturile restrânse, la fel ca și în cazul credințelor metacognitive după dimensiunile MCQ-30, diferențele dispar pe măsură ce se restrâng loturile în sensul specificității. La loturile restrânse 1 au fost identificate diferențe semnificative între loturile A (pacienți cu experiență delirantă proeminentă) și B (pacienți cu tulburări afective cu elemente psihotice) și lotul de populație generală, la subscala de Auto-reflecție, fără să fie identificate diferențe semnificative între loturile clinice. La loturile clinice 2 și 3 nu au fost identificate diferențe semnificative între cele două perechi de grupuri pentru niciuna dintre subscalele BCIS.

Nu există diferențe de *insight* *cognitiv* între pacienții cu tulburări delirante persistente și cei cu schizofrenie paranoidă (în condiția de remisiune) și nici între pacienții cu tulburări

delirante persistente și pacienții psihotici cu componentă schizofrenă (în condiția de remisiune).

Iarăși, rezultatele ar putea sugera că vulnerabilitatea pentru delir nu este neapărat metacognitivă, dar că ar putea exista o vulnerabilitate metacognitivă pentru condiția maladivă psihică în general, având în vedere diferențele clare între funcționarea metacognitivă a loturilor de pacienți și cele de non-pacienți. În plus apare legitimă întrebarea: este foarte diferit statusul de psihotic de statusul afectiv cu simptome psihotice?

În ce privește *controlul gândurilor*, rezultatele au arătat următoarele aspecte:

1. La loturile extinse, au fost identificate diferențe semnificative pentru subscalele Pedepsă, Reevaluare și Îngrijorare între pacienții cu experiență delirantă și lotul de populație generală, respectiv între pacienții fără experiență delirantă și lotul de populație generală, dar fără diferențe semnificative între pacienții cu experiență delirantă și cei fără experiență delirantă.

Lucrurile se repetă ca și în cazul domeniilor evaluate și discutate anterior. În plus, faptul că îngrijorarea este unul dintre domeniile cu diferență semnificativă sugerează consistența cu ideea emisă de Freeman și Garety (1999) că îngrijorarea este un ingredient generic pentru tulburările psihice (vezi cap. III, 2.5).

2. La loturile restrânse 1 au fost identificate diferențe semnificative pentru subscalele Pedepsă și Îngrijorare, între cele trei loturi clinice și lotul de populație generală (pentru scalele Pedepsă și Îngrijorare), respectiv între loturile B (pacienți cu tulburări afective cu elemente psihotice) și C (pacienți cu tulburări afective fără elemente psihotice) pentru scala Pedepsă. Nu au fost identificate diferențe semnificative între loturile A și B, respectiv A și C. În cazul controlului gândurilor nu s-a mai procedat la o restrângere mai specifică a loturilor.

Apare, la această comparație, prima diferență semnificativă dintre două loturi clinice în remisiune, în condiția în care s-a operat o mai mare specificitate în selecția loturilor. Având în vedere că discutăm despre diferențe între pacienți cu tulburări afective cu elemente psihotice și pacienți cu tulburări afective fără elemente psihotice, se poate dezbate dacă nu cumva pot fi interpretate aceste diferențe ca un fapt ce sprijină ideea că tulburările afective cu elemente psihotice sunt, totuși, psihoze. De asemenea, ar putea să apară întrebarea dacă nu cumva ajustarea metacognitivă participă la diferențierea între statusul afectiv cu simptome psihotice

și statusul afectiv fără simptome psihotice. Desigur, aceste rezultate relativ izolate sunt doar preliminară și merită a fi extinsă cercetarea. Totuși, în condiția în care loturile sunt mici, faptul că apar diferențe ar putea fi semnificativ, rămânând extinderea loturilor pentru aprofundarea cercetării. Statistic sunt mai mari șanse ca loturile mai mari să confirme sporit aceste constatări.

În ce privește *ajustarea cognitiv-emoțională*, ca și în cazul controlului gândurilor (modalitate de ajustare metacognitivă specifică), am procedat la comparații doar pe loturile extinse și pe loturile ce au suferit prima etapă de restrângere. Rezultatele au arătat următoarele aspecte:

1. La loturile extinse, au fost identificate diferențe semnificative între pacienții cu delir non-activ și non-pacienți pentru subscalele Refocalizare pe planificare, Reevaluare pozitivă și Culpabilizarea celorlalți, între pacienții fără delir și non-pacienți, pentru subscalele Ruminare și Refocalizare pozitivă, respectiv între ambele loturi de pacienți și lotul de populație generală pentru subscalele Acceptare și Catastrofare. Nu au fost identificate diferențe semnificative pentru subscalele Autoculpabilizare și Punerea în perspectivă. Nu au fost identificate diferențe semnificative între pacienții cu delir non-activ și cei fără delir.

Încă o dată nu sunt constatate diferențe de ajustare între loturile de pacienți, în condiția de remisiune. Faptul că există un efect puternic în cazul Catastrofării, având în vedere similitudinea conceptuală cu îngrijorarea, acest fapt poate sprijini încă o dată posibilitatea ca îngrijorarea să fie un factor generic de vulnerabilitate.

2. La loturile restrânse 1, au fost identificate diferențe semnificative pentru subscalele Refocalizare pe planificare și Reevaluare pozitivă între loturile A (pacienți cu experiență delirantă proeminentă) și D (non-pacienți) și între loturile clinice și lotul de populație generală pentru subscalele Catastrofare și Culpabilizarea celorlalți. Nu au fost identificate diferențe semnificative între loturile clinice.

Rezultatele accentuează cele menționate mai sus la loturile extinse.

În ce privește *asocierea credințelor metacognitive și a insight-ului cognitiv cu anumiți parametri clinico-evolutivi*, s-au comparat grupuri segregate din lotul extins de pacienți cu

delir non-activ (n = 96) în funcție de trei parametri clinico-evolutivi: durata evoluției, numărul de episoade și durata de la ultima experiență delirantă. Au fost relevate următoarele aspecte:

1. Nu au fost identificate diferențe semnificative în funcție de durata evoluției între cele două grupuri (Grup A = Sub 5 ani, Grup B = Peste 5 ani) pentru nicioare dintre subscalele BCIS.

Insight-ul cognitiv nu pare să fie asociat cu durata evoluției la distincția operată.

2. Nu au fost identificate diferențe semnificative în funcție de durata evoluției între cele două grupuri (Grup A = Sub 5 ani, Grup B = Peste 5 ani) pentru nicioare dintre subscalele MCQ-30.

Credințele metacognitive nu par să fie asociate cu durata evoluției la distincția operată.

3. Nu au fost identificate diferențe semnificative în funcție de numărul de episoade între cele două grupuri (Grup A = 1-5 episoade, Grup B = Peste 5 episoade) pentru nicioare dintre subscalele BCIS.

Insight-ul cognitiv nu pare să fie asociat cu numărul de episoade la distincția operată.

4. Nu au fost identificate diferențe semnificative în funcție de numărul de episoade între cele două grupuri (Grup A = 1-5 episoade, Grup B = Peste 5 episoade) pentru nicioare dintre subscalele MCQ-30.

Credințele metacognitive nu par să fie asociate cu numărul de episoade la distincția operată.

5. Nu au fost identificate diferențe semnificative în funcție de perioada de la ultima experiență delirantă (Grup A = Sub 3 luni, Grup B = Peste 3 luni) pentru nicioare dintre subscalele BCIS.

Insight-ul cognitiv nu pare să fie asociat cu numărul de episoade la distincția operată.

6. Au fost identificate diferențe semnificative între cele două grupuri în funcție de perioada de la ultima experiență delirantă (Grup A = Sub 3 luni, Grup B = Peste 3 luni) privind subscalele MCQ pentru subscalele Credințe pozitive despre îngrijorare (POZ), Credințe negative despre incontrollabilitatea și pericolul îngrijorării (NEG) și Nevoie de control (NC), cu efecte moderate.

Este prima asociere specifică între metacogniții și fenomenul delirant, care poate sugera următorul fapt: cu cât experiența delirantă a fost mai recentă, cu atât cele trei categorii metacognitive sunt mai puternice. Deși e încurajator, merită să fim rezervați și, eventual, pe viitor, să nuanțăm cercetarea.

3. Aspecte conceptuale

1. E greu de rămas în circumscrierea strict doxastică a delirului. Putem avea de a face și cu convingeri care sunt ferme, nu sunt bine integrate în ansamblul convingerilor, nu sunt suficient explicate și justificate, nu sunt flexibile și nu sunt susținute cu acțiuni sau cu argumente solide consistente cu conținutul și, totuși, să nu avem de a face cu delirul. De exemplu, mintea noastră poate opera într-un cadru non-patologic cu dublul standard sau cu disonanța cognitivă; sau suntem în stare să justificăm și să susținem circular viciis opinii diverse. Avem, de asemenea, de a face, în practica clinică, cu simptomatologie – obsesivă, depresivă, anxioasă etc. – în care convingerile persoanei integrate ideăției simptomatice sau aferente comportamentului simptomatic să semene izbitor cu cele delirante (ba, mai mult, persoana să fie conștientă, lucidă, cum se întâmplă în obsesii sau fobii), dar să nu fie vorba, totuși, de delir. Bortolotti (2010) afirmă că o definiție a delirului bazată exclusiv pe caracteristici de suprafață ale unei specii epistemice (falsitatea, rezistența la contraargumente, non-justificarea etc.) nu delimitează cu succes delirurile de alte credințe iraționale sau de alte manifestări ale bolii mintale, cum ar fi confabulațiile, obsesiile etc. (116) Iraționalitatea delirurilor nu este diferită de iraționalitatea credințelor cotidiene, delirul se află într-un continuum cu credințele iraționale. (116)

2. Rațiunea și experiența nu sunt exclusive, nici măcar în fenomenologia delirului. Dinamica relației rațiune – experiență ne ajută să ne construim un univers de reprezentare a lumii care poate să devină obiectul procesualității metacognitive. Suntem, în același timp,

capabili să ne reprezentăm lumea și să ne reprezentăm pe noi înșine, să privim lumea și să ne privim pe noi, să luăm atitudine automat sau deliberat, pre-reflectiv sau reflectiv, intențional. Datorită conștiinței suntem capabili de auto-reflecție, iar datorită ei și a instanțelor sinelui suntem capabili de auto-referențialitate. De asemenea, sinele face posibile trăiri de apartenență cum sunt cele ale agenției, paternității sau proprietății.

Agenția (engl. *agency*) se referă la sentimentul că, la nivelul persoanei întâi, suntem capabili să facem lucrurile să se întâmple, suntem cei responsabili de inițierea unor acțiuni. Aceasta face posibil, de exemplu, actul voluntar în termeni de experiență (117), chiar dacă fenomenul agenției este posibil la nivel pre-reflectiv.

Simțul paternității (engl. *authorship*) se referă la capacitatea cuiva de a susține conținutul unei stări mentale conștiente pe baza a ceea ce consideră ca fiind cele mai bune argumente. (116)

Simțul proprietății (engl. *ownership*) vizează faptul că cineva simte că manifestă apartenență asupra unui lucru. De exemplu, eu pot să simt și să gândesc că piciorul acesta îmi aparține, aparține corpului meu, corpul acesta îmi aparține, gândul acesta îmi aparține, e în capul meu, e în mintea mea etc. Astfel de aprecieri ale apartenenței sunt auto-referențiale, pot viza lucruri pe nivele diferite de abstractizare și sunt referiri spațiale, care vizează localizare în anumite limite – limitele propriului corp, limitele propriei minți etc.

Aceste trăiri pot fi influențate la nivelul experienței, implicit al celei psihotice și, mai specific, al celei delirante.

3. Așa cum este formulat de autori (Wells și Mathews, 1994, Wells, 2000), modelul metacognitiv ce include funcția executivă de auto-reglare (S-REF), nu poate fi polarizat la modul absolut. Nu pot exista activări fără experiență, iar experiențele nu sunt trăite pasiv. În ce privește tulburările psihice (inclusiv cele care presupun manifestări delirante), punctul de vedere metacognitiv se apropie, mai degrabă, de abordările mixte (atât cu influențe ascendente, cât și cu influențe descendente), în care polarizarea experiență – rațiune este una incluzivă, integrativă. Pe lângă componenta pur cognitivă (credințele metacognitive), metacognițiile presupun o procesualitate destinată ajustării, în care experiența devine obiectul procesărilor. Credințele metacognitive sunt modelate prin experiență, iar de configurația lor depinde în bună măsură reglarea metacognitivă. Totodată, reglarea cognitivă are drept țintă reducerea discrepanțelor între stările curente evaluate și cele dezirabile (dezirabilitatea fiind

legată, evident, de credințele metacognitive). Ca atare, presupune trăiri experiențiale. Mai mult, în funcție de mai mulți factori (vezi cap. III, 2.3), procesualitatea metacognitivă poate fi gradual activă sau gradual perseverativă. Aceasta apropie modelul metacognitiv de modelele evaluative ale emoțiilor, cu precădere de cel al lui Lazarus (vezi cap. I, 2.1), în care nu e nevoie de disputa anteriorității și în care se poate renunța ușor la conceptualizările liniare în favoarea celor circulare, specifice abordărilor funcționale sau sistemice. De asemenea, modelul metacognitiv se apropie de propunerea lui Frankish (vezi cap. II, 2.2) în care, la modelarea delirului, pot participa atât elemente doxastice, cât și elemente non-doxastice.

Capitolul IX – Concluzii, limite și direcții de cercetare

Cercetarea de față aduce câteva date inedite despre un domeniu relativ inedit, cel al metacognițiilor. Prezentăm, sintetic, câteva aspecte care au fost decelate, împreună cu limitele și direcțiile ce pot configura extinderea și continuitatea cercetării în viitor:

1. Rezultatele privind adaptarea instrumentelor noi (MCQ-30, TCQ, BCIS) pe populație românească sunt încurajatoare. Chiar dacă ele fac posibilă utilizarea probelor, pe viitor, ne propunem extinderea eșantionului și reluarea analizei pentru o abordare și mai nuanțată.

2. Având în vedere condiția de remisiune a loturilor clinice, rezultatele nu fac trimitere doar la asocieri ale metacognițiilor cu statusul psihopatologic, ci și la posibila vulnerabilitate de tip metacognitiv.

3. În general, în analizele efectuate, rezultă că sunt diferențe clare referitoare la credințe metacognitive, insight cognitiv, ajustare metacognitivă și ajustare cognitiv-emoțională, între loturile de pacienți remiși și loturile de non-pacienți. Diferențele referitoare la aceste domenii între loturile clinice sunt izolate, sugerând că participarea metacognitivă poate fi o modalitate de funcționare vulnerabilă pentru tulburările psihice în general, nu neapărat pentru o simptomatologie anume sau pentru o tulburare anume.

4. Au fost constatate diferențe la nivel de ajustare metacognitivă (controlul gândurilor) între pacienți cu tulburări afective cu elemente psihotice și pacienți cu tulburări afective fără elemente psihotice, la nivelul dimensiunii Pedepsă. Este singura diferență semnificativă care implică prezența sau absența experienței delirante în evoluție. Chiar dacă sunt date izolate, ar

merita aprofundată analiza unor loturi mai extinse și nuanțat design-ul de cercetare, mai ales din perspectivă clinico-evolutivă.

5. Au fost constatate diferențe legate de credințele metacognitive între pacienții deliranti non-activi cu experiență delirantă recentă (sub 3 luni) și cei cu experiență delirantă mai puțin recentă (peste 3 luni), la trei dintre subscalele MCQ-30: Credințe pozitive despre îngrijorare (POZ), Credințe negative despre incontrollabilitatea și pericolul îngrijorării (NEG) și Nevoie de control (NC). Aceste date sprijină mai specific posibilitatea implicării metacognițiilor în manifestările delirante, dar trebuie menținută prudența și continuate analizele pe loturi mai mari și pe distincții mai nuanțate.

6. Din punct de vedere conceptual, abordarea metacognitivă pare să fie una consistentă (cel puțin parțial) cu diferite concepte sau modele conceptuale mai cuprinzătoare ale fenomenului delirant, cum ar fi abordările evaluative ale emoțiilor, sau mai specifice, cum ar fi abordările realităților multiple sau cele neuroștiințifice de tip mixt. Ar fi, probabil, interesant dacă am extinde cercetarea în direcție experimentală și / sau cazuistică pentru testarea mai specifică și mai nuanțată a modelului metacognitiv.

7. Datele obținute sunt, parțial consistente cu datele din literatură, nu doar datorită rezultatelor, cât mai ales faptului că studiile existente (puține și limitate) sunt efectuate pe loturi clinice fără o precizare clară a statusului psihopatologic, cel mai probabil pe pacienți cu simptome active. Din acest punct de vedere, rezultatele cercetării de față aduc noutate în domeniile explorate. Ar merita, probabil, extinsă cercetarea și în vederea unor comparații între loturi clinice cu simptome active și loturi clinice cu simptome non-active, eventual între aceleași loturi clinice în momente diferite ale evoluției.

8. Metodologia de cercetare are limitările ei, deoarece sunt foarte puține instrumente standardizate care vizează domeniile investigate. Chiar dacă cercetarea de față aduce trei instrumente noi pentru România, probe validate și recunoscute la nivel internațional, ar fi utilă nuanțarea metodologiei, adăugarea de modalități noi de investigare, cum ar fi cele experimentale.

9. Deși, mărimea unor loturi a fost rezonabilă pentru design-ul cercetării, extinderea lor ar putea aduce mai multă certitudine și claritate, mai ales acolo unde există o nuanțare mai specifică.

10. Delirul rămâne un concept în dezbateri, cu multe aspecte incerte. Procesualitatea metacognitivă pare o direcție promițătoare de explorare a naturii și manifestării delirului.

Bibliografie

1. LAROUSSE. (2006). *Marele dicționar al psihologiei*. TREI.
2. Libet, B., Gleason, C. A., Wright, E.W., and Pearl, D. K. (1983). *Time of conscious intention to act in relation to onset of cerebral activity (readiness-potential)*. *Brain* 106: 623–642.
3. Libet, B. (1994). *A testable mind-brain field theory*. *Journal of Consciousness Studies* 1: 119–126.
4. Pockett, S., Banks, W.P., Gallagher, S. (2006). *Introduction*, în Pockett, S., Banks, W.P., Gallagher – ed. (2006). *Does Consciousness Cause Behavior?* The MIT Press.
5. Wegner, D. M., and Wheatley, T. 1999. *Apparent mental causation: Sources of the experience of will*. *American Psychologist*, 54: 480–492.
6. Wegner, D. M. 2002. *The Illusion of Conscious Will*. MIT Press.
7. Schultz, D.P., Schultz, S.E. (2012). *O istorie a psihologiei moderne*. TREI.
8. Lazarus, R.S. (2011). *Emoție și adaptare*. TREI.
9. Flavell, J.H. (1979). *Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry*. *American Psychologist*, 34, 906–911.
10. Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition. Innovative Cognitive Therapy*. John Wiley & Sons.
11. Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion. A Clinical Perspective*. Hove: Erlbaum.
12. Davies, M. (1999). *Consciousness*, în Wilson, R.A., Keil, F.C. (1999). *The MIT Encyclopedia of the Cognitive Science*. MIT Press.
13. Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness*. Harcourt.

14. Damasio, A. (2010). *Self Comes to Mind. Constructing the Conscious Brain*. Pantheon Books.
15. Searle, J. (2013). *Mintea. Scurtă introducere în filosofia minții*. Herald.
16. Chalmers, D.J. (1996). *The Conscious Mind. In Search of a Fundamental Theory*. Oxford University Press,.
17. Berrios, G. E. (1999). 'Délire' - Introduction. *History of Psychiatry* 10; 525–542.
18. Adamis, D., Treloar, A., Martin, F.C., Macdonald, A.J.D. (2007). *A brief review of the history of delirium as a mental disorder*. *History of Psychiatry* 18; 459–469.
19. Dowbiggin, I. (2000). *Delusional diagnosis? The history of paranoia as a disease concept in the modern era*. *History of Psychiatry* 11; 037–069.
20. Jaspers, K. (1997). *General Psychopathology*. The Johns Hopkins University Press.
21. Tatossian, A. (1979). *Phénoménologie des psychoses*. MASSON.
22. Lăzărescu, M. (1994). *Psihopatologie clinică*. Helicon.
23. Lăzărescu, M. (2010). *Bazele psihopatologiei clinice*. Ed. Academiei Române.
24. Sass, L.A. (2007). „Schizophrenic Person” or „Person with Schizophrenia”? : *An Essay on Illness and the Self*. *Theory & Psychology*; vol. 17(3): 395–420.
25. Ratcliffe, M. (2010). *Delusional Atmosphere and Delusional Belief*, in Gallagher, S., Schmicking, D. (2010). *Handbook of Phenomenology and Cognitive Science*. Springer.
26. Kapur, S., *Psychosis as a State of Aberrant Salience: A Framework Linking Biology, Phenomenology and Pharmacology in Schizophrenia*, *American Journal of Psychiatry*, 160:13-23, 2003.
27. Hemsley, D.R. (2005). *The Schizophrenic Experience: Taken Out of Context?* *Schizophrenia Bulletin*, vol. 31 no 1, p. 43–53.
28. Campbell, J. (2001). *Rationality, meaning, and the analysis of delusion*. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 8, 89-100.
29. Fornells-Ambrojo M, Garety PA. (2009). *Attributional biases in paranoia: The development and validation of the Achievement and Relationships Attributions Task (ARAT)*. *Cognitive Neuropsychiatry*; 14 (2):87–109.
30. So, S.H., Freeman, D., Dunn, G., Kapur, S., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Garety, P.A. (2012). *Jumping to Conclusions, a Lack of Belief Flexibility and Delusional*

- Conviction in Psychosis: A Longitudinal Investigation of the Structure, Frequency, and Relatedness of Reasoning Biases.* Journal of Abnormal Psychology, Vol. 121, No. 1, 129–139.
31. Speechley, W.J., Whitman, J.C., Woodward, T.S. (2010). *The contribution of hypersalience to the “jumping to conclusions” bias associated with delusions in schizophrenia.* Journal of Psychiatry and Neuroscience, 35 (1):7–17.
32. Woodward, T. S., Moritz, S., Menon, M., Klinge, R. (2008). *Belief inflexibility in schizophrenia.* Cognitive Neuropsychiatry, 13 (3), 267–277.
33. Frith, C. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia.* Lawrence Erlbaum Associates.
34. Coltheart, M., Langdon, R., McKay, R. (2007). *Schizophrenia and Monothematic Delusion.* Schizophrenia Bulletin, 33(3):642–647.
35. Coltheart, M. (2010). *The neuropsychology of delusion.* Annals of the New York Academy of Science, 1191:16–26.
36. American Psychiatric Association. (2000). *Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale DSM-IV-TR.* Asociația Psihiatrilor Liberi din România.
37. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition. DSM-5.*
38. Schneider K. (1959). *Clinical Psychopathology.* Grune & Stratton.
39. Nordgaard, J., Arnfred, S. M., Handest, P., Parnas, J. (2008). *The Diagnostic Status of First-Rank Symptoms.* Schizophrenia Bulletin, vol. 34, no 1 p. 137–154.
40. Gallagher, S. (2009). *Delusional Realities,* in Broome, M.R., Bortolotti, L. (2009). *Psychiatry as Cognitive Neuroscience.* Oxford University Press.
41. Hamilton, A. (2007). *Against the belief model of delusions,* în Chung, M.C., Fulford, K.W.M., Graham, G. *Reconceiving schizophrenia.* Oxford University Press.
42. Frankish K. (2009). *Delusions: A two – level framework,* în Broome MR, Bortolotti L. (2009). *Psychiatry as Cognitive Neuroscience.* Oxford University Press.
43. Cohen L.J. (1992). *An essay on belief and Acceptance.* Oxford University Press.
44. Organizația Mondială a Sănătății - WHO. (1998). *ICD-10. Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Simptomatologie și diagnostic clinic.* ALL.
45. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition. DSM-5.*

46. Yeung, N., Summerfield, C. (2012). *Metacognition in human decision-making: confidence and error monitoring*. Phil. Trans. R. Soc. B, 367, 1310–1321.
47. Frith, C.D. (2012). The role of metacognition in human social interactions. Phil. Trans. R. Soc. B, 367, 2213–2223.
48. Petty, R.E. (2006). A metacognitive model of attitudes. Journal of Consumer Research. Inc., Vol. 33, June.
49. Vukman, K. B. (2005). *Developmental Differences in Metacognition and their Connections with Cognitive Development in Adulthood*. Journal of Adult Development, Vol. 12, No. 4, December.
50. Carruthers, G. (2012). *A metacognitive model of the sense of agency over thoughts*. Cognitive Neuropsychiatry, 17 (4), 291–314.
51. Nelson, T.O., Stuart, R.B., Howard, C., Crowley, M. (1999). *Metacognition and Clinical Psychology: A Preliminary Framework for Research and Practice*. Clinical Psychology and Psychotherapy, 6, 73-79.
52. Lazarus, R.S. (1993). *Coping Theory and Research: Past, Present, and Future*. Psychosomatic Medicine, 55:234–247.
53. Beck, A.T. (2001). Terapie cognitivă a depresiei. O reflecție personală. Revista Română de Psihiatrie, nr. 3-4.
54. Nelson, T.O., Narens, L. (1990). *Metamemory: a theoretical framework and some new findings*, în Bower, G.H. (1990). *The Psychology of Learning and Motivation*. New York: Academic Press.
55. Wells, A. & Matthews, G. (1996). *Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model*. Behaviour Research and Therapy, 32, 867-870.
56. Fisher, P., Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy. Distinctive Features*. Routledge.
57. Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Wiley.
58. Mather, A., Cartwright-Hatton, S. (2004). *Cognitive Predictors of Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescence: A Preliminary Investigation*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol. 33, No. 4, 743-749.

59. Emmelkamp, P.M.G., Aardema, P. (1999). *Metacognition, Specific Obsessive-Compulsive Beliefs and Obsessive-Compulsive Behaviour*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 139–145.
60. Cohen, R.J., Calamari, J.E. (2004). *Thought-Focused Attention and Obsessive-Compulsive Symptoms: An Evaluation of Cognitive Self-Consciousness in a Nonclinical Sample*. *Cognitive Therapy and Research*, vol. 28, no. 4, p. 457–471.
61. Purdon, C., Clark, D.A. (1999). *Metacognition and Obsessions*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 102–110.
62. Fisher, P.L., Wells, A. (2008). *Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117–132.
63. Wells, A. (1995). *Metacognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder*. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
64. Wells, A. (1999). *A Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder*. *Behavior Modification*, vol. 23, no. 4, p. 526–555.
65. Wells, A. (2005). *The Metacognitive Model of GAD: Assessment of Meta-Worry and Relationship With DSM-IV Generalized Anxiety Disorder*. *Cognitive Therapy and Research*, vol. 29, no. 1, p. 107–121.
66. Cartwright-Hatton, S., Wells, A. (1997). *Beliefs about worry and intrusions: The metacognitions questionnaire and its correlates*. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279–296.
67. Wells, A., Papageorgiou, C. (1998). *Relationships between worry and obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs*. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 899-913.
68. Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L.R., Franceschini, S. (2007). *Metacognitive Beliefs and Strategies Predict Worry, Obsessive-Compulsive Symptoms and Coping Styles: A Preliminary Prospective Study on an Italian Non-Clinical Sample*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 258–268.
69. Papageorgiou, C., Wells, A. (2004). *Nature, Functions, and Beliefs about Depressive Rumination*, în Papageorgiou, C., Wells, A. (2004). *Depressive rumination: nature, theory, and treatment*. John Wiley & Sons.
70. Spada, M.M., Nikcevic, A.V., Moneta, G.B., Wells, A. (2008). *Metacognition, perceived stress, and negative emotion*. *Personality and Individual Differences*, 44, 1172–1181.

71. Yılmaz, A.E., Gencöz, T., Wells, A. (2011). *The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study*. Journal of Anxiety Disorders, 25, 389–396.
72. Toneatto, T. (1999). *A Metacognitive Analysis of Craving: Implications for Treatment*. Journal of Clinical Psychology, vol. 55 (5): 527–537.
73. Hoyer, J., Hacker, J., Lindenmeyer, J. (2007). *Metacognition in Alcohol Abusers: How are Alcohol-Related Intrusions Appraised?* Cognitive Therapy and Research, 31:817–831.
74. Spada, M.M., Wells, A. (2005). *Metacognitions, Emotion and Alcohol Use*. Clinical Psychology and Psychotherapy, 12, 150–155.
75. Spada, M.M., Wells, A. (2006). *Metacognitions about Alcohol Use in Problem Drinkers*. Clinical Psychology and Psychotherapy, 13, 138–143.
76. Spada, M.M., Zandvoort, M., Wells, A. (2007). *Metacognitions in Problem Drinkers*. Cognitive Therapy and Research, 31:709–716
77. Buwalda, F.M., Bouman, T.K., Van Duijn, M.A.J. (2008). *The Effect of a Psychoeducational Course on Hypochondriacal Metacognition*. Cognitive Therapy and Research, 32: 689–701.
78. Wells, A., Sembi, S. (2004). *Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment*. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 35, 307–318.
79. Woolrich, R.A., Cooper, M.J., Turner, H.M. (2008). *Metacognition in Patients with Anorexia Nervosa, Dieting and Non-Dieting Women: A Preliminary Study*. European Eating Disorders Review, 16, 11–20.
80. Lysaker, P.H., Erickson, M.A., Buck, B., Buck, K.D., Olesek, K., Grant, M.L.A., Salvatore, G., Popolo, R., Dimaggio, G. (2011). *Metacognition and social function in schizophrenia: Associations over a period of five months*. Cognitive Neuropsychiatry, 16 (3), 241–255.
81. Morrison, A. P. (2001). *The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29, 257–276.

82. Morrison, A. P., & Wells, A. (2007). *Relationships between worry, psychotic experiences and emotional distress in patients with schizophrenia spectrum diagnoses and comparisons with anxious and non-patient groups*. Behaviour Research and Therapy, 45, 1593–1600.
83. Morrison, P.A., French, P., Wells, A. (2007). *Metacognitive beliefs across the continuum of psychosis: Comparisons between patients with psychotic disorders, patients at ultra-high risk and non-patients*. Behaviour Research and Therapy, 45, 2241–2246.
84. Baker, C.A., Morrison, A.P. (1998). *Cognitive processes in auditory hallucinations: attributional biases and metacognition*. Psychological Medicine, 28, 1199-1208.
85. Morrison, A. P., Wells, A. (2003). *Metacognition across disorders: Comparisons of patients with hallucinations, delusions, and panic disorder with non-patients*. Behaviour Research and Therapy, 41, 251–256.
86. Morrison, A.P., Wells, A. & Nothard, S. (2000). *Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations*. British Journal of Clinical Psychology, 39,67-78.
87. Morrison, A.P., Nothard, S., Bowe, S.E., Wells, A. (2004). *Interpretations of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: a comparison and predictors of distress in patients*. Behaviour Research and Therapy, 42, 1315–1323.
88. Larøi, F., Collignon, O., Van der Linden, M. (2005). *Source monitoring for actions in hallucinatory proneness*. Cognitive Neuropsychiatry, 10 (2), 105–123.
89. Freeman, D., Garety, P. A. (1999). *Worry, worry processes and dimensions of delusions: An exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 27, 47–62.
90. Morrison, A. P., Gumley, A. I., Schwannauer, M., Campbell, M., Gleeson, A., Griffin, E., et al. (2005). *The beliefs about paranoia scale: Preliminary validation of a metacognitive approach to conceptualising paranoia*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33, 153–164.
91. Corlett, P.R., Krystal, J.H., Jane R. Taylor, J.R., Fletcher, P.C. (2009). *Why do delusions persist?* Frontiers in Human Neuroscience, July, Vol.3, Art. 12.
92. Bruno, N., Sachs, N., Demily, C., Franck, F., Pacherie, E. (2012). *Delusions and metacognition in patients with schizophrenia*. Cognitive Neuropsychiatry, 17 (1), 1–18.
93. David, A.S. (1990a) Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798–808.

94. David, A.S. (1990b). *On insight and psychosis: discussion paper*. Journal of the Royal Society of Medicine Volume 83 May 1990, 325–329.
95. Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., Flaum, M.M., Endicott, J., Gorman, J.M. (1993). *Assessment of insight in psychosis*. Am J Psychiatry, 150:873–879.
96. Amador, X.F., Gorman, J.M. (1998). *Psychopathologic domains and insight in schizophrenia*. Psychiatr Clin North Am, 21:27–42.
97. Aleman, A., Agrawal, N., Morgan, K.D., David, A.S. (2006). *Insight in psychosis and neuropsychological function. Meta-analysis*. British Journal of Psychiatry, 189, 204–212.
98. Gilleen, J., Greenwood, K., David, A.S. (2011). *Domains of Awareness in Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, vol. 37, no. 1, p. 61–72.
99. Cuesta, M.J., Peralta, V., Zarzuela, A., Zandio, M. (2006). *Insight dimensions and cognitive function in psychosis: a longitudinal study*. BMC Psychiatry, 6:26.
100. Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J.M., Steer, R.A., Warman, D.M. (2004). *A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale*. Schizophrenia Research, 68:319–329.
101. Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N., Grant, P. (2009). *Schizophrenia. Cognitive Theory, Research, and Therapy*. The Guilford Press.
102. Engh, J.A., Friis, S., Birkenaes, A.B., Jónsdóttir, H., Ringen, P.A., Ruud, T., Sundet, K.S., Opjordsmoen, S., Andreassen, O.A. (2007). *Measuring cognitive insight in schizophrenia and bipolar disorder: a comparative study*. BMC Psychiatry, 7:71.
103. Engh, J.A., Friis, S., Birkenaes, A.B., Jónsdóttir, H., Klungsoyr, O., Ringen, P.A., Simonsen, C., Vaskinn, A., Opjordsmoen, S., Andreassen, O.A. (2010). *Delusions Are Associated With Poor Cognitive Insight in Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, vol. 36, no. 4, p. 830–835.
104. Garety, P.A., Freeman, D., Jolley, S., Dunn, G., Bebbington, P.E., Fowler, D.G., Dudley, R. (2005). *Reasoning, emotions, and delusional conviction in psychosis*. Journal of Abnormal Psychology, 114, 373–384.
105. Huq, S. F., Garety, P. A., Hemsley, D. R. (1988). *Probabilistic Judgements in Deluded and Non-Deluded Subjects*. The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 40A (4) 801-812.

106. Warman, D.M., Lysaker, P.H., Martin, J.M. (2007). *Cognitive insight and psychotic disorder: the impact of active delusions*. Schizophrenia Research, 90:325–333.
107. Bora, E., Erkan, A., Kayahan, B., Veznedaroglu, B. (2007). *Cognitive insight and acute psychosis in schizophrenia*. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 61, 634–639.
108. Riggs, S. E., Grant, P. M., Perivoliotis, D., Beck, A. (2012). *Assessment of cognitive insight: A qualitative review*. Schizophrenia Bulletin, vol. 38, no. 2, p. 338–350.
109. Perivoliotis, D., Grant, P.M., Peters, E.R., Ison, R., Kuipers, E., Beck, A.T. (2010). *Cognitive insight predicts favorable outcome in cognitive behavioral therapy for psychosis*. Psychosis, Vol. 2, No. 1, February, 23–33.
110. Wells, A., Cartwright-Hatton, S. (2004). *A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30*. Behaviour Research and Therapy, 42, 385–396.
111. Wells, A., Davies, M. (1994). *The Thought Control Questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts*. Behaviour Research and Therapy, 32, 871–878.
112. Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2010). Chestionarul de coping cognitive-emoțional. ASCR.
113. Byrne, B.M. (2001). *Structural equation modelling with Amos: Basic concepts, applications, and programming*. Erlbaum.
114. Browne, M. W., Cudeck, R. (1993). *Alternative ways of assessing model fit*, în Bollen, K.A., Long, J. S. (1993). *Testing structural equation models* (p. 136-162). SAGE.
115. Sava, F.A. (2011). *Analiza datelor în cercetarea psihologică* (Ediția a doua). ASCR.
116. Bortolotti L. (2010). *Delusions and other irrational beliefs*. Oxford University Press.
117. Frith, C. (2013). *The psychology of volition*. Experimental Brain Research, 229:289–299.

Anexe

Anexa 1

Informare asupra cercetării

Stimate Domn / Stimate Doamnă,

În perioada Octombrie 2009 - Octombrie 2013, în cadrul Universității de Medicină și Farmacie Timișoara, Departamentul Școlii Doctorale, disciplina Psihiatrie, se va desfășura un studiu privind aspecte cognitive ale patologiei delirante. Iată câteva mențiuni ce descriu acest proiect de cercetare:

Scopul proiectului : de a cerceta aspecte cognitive ale patologiei delirante.

Proceduri incluse :

- interviul anamnestic-clinic
- completare unor scurte chestionare

Riscuri potențiale și beneficii :

- nu exista riscuri ; va fi asigurată confidențialitatea ; documentele vor fi păstrate într-un loc sigur și vor fi distruse la șase luni de la finalul cercetării
- beneficiile constau în psihoeducație în legătură cu eventuala afecțiune suferită

Dreptul la retragere: participarea este voluntară, cu dreptul de retragere în orice moment.

Plângerile în legătură cu modul în care a fost făcută cercetarea pot fi adresate atât responsabilului de proiect, cât și coordonatorului de proiect, telefonic sau personal la Clinica de Psihiatrie “E. Pamfil” Timișoara, str. Iancu Văcărescu, nr. 21-23 sau Comisiei de Etică din cadrul Universității de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” Timișoara, Piața Eftimie Murgu , Nr 2.

Doctorand
Coordonator de proiect

Lucian – Ioan Ile, tel. 0722 289703
Prof. Dr. Mircea Lazarescu

Anexa 2

Formularul de consimțământ informat al subiectului / pacientului

Stimate Domn / Stimate Doamnă,

În perioada Octombrie 2009 - Octombrie 2013, în cadrul Universității de Medicină și Farmacie Timișoara, Departamentul Școlii Doctorale, disciplina Psihiatrie, se va desfășura un studiu privind aspecte cognitive ale patologiei delirante. Iată câteva mențiuni ce descriu acest proiect de cercetare:

Scopul proiectului : de a cerceta aspecte cognitive ale patologiei delirante.

Proceduri incluse :

- interviul anamnestic-clinic
- completare unor scurte chestionare

Riscuri potențiale și beneficii :

- nu exista riscuri ; va fi asigurată confidențialitatea ; documentele vor fi păstrate într-un loc sigur și vor fi distruse la șase luni de la finalul cercetării
- beneficiile constau în psihoeducație în legătură cu eventualele afecțiuni suferite

Dreptul la retragere : participarea este voluntară și aveți dreptul să vă retrageți în orice moment.

Dacă aveți plângeri în legătură cu modul în care a fost făcută cercetarea vă puteți adresa atât responsabilului de proiect, cât și coordonatorului de proiect, telefonic sau personal la Clinica de Psihiatrie "E. Pamfil" Timișoara, str. Iancu Văcărescu, nr. 21-23 sau Comisiei de Etică din cadrul Universității de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara, Piața Eftimie Murgu , Nr 2.

Doctorand
Coordonator de proiect

Lucian – Ioan Ile, tel. 0722 289703
Prof. Dr. Mircea Lazarescu

Subsemnatul/a

Am luat la cunoștință în legătură cu informațiile privind studiul desfășurat de către Ile Lucian – Ioan în cadrul tezei de doctorat : menționez că sunt de acord să fiu inclus în acest studiu , fiindu-mi asigurată confidențialitatea datelor furnizate în cadrul interviului anamnestic-clinic, precum și a datelor rezultate din aplicarea instrumentelor de evaluare și experimente.

Semnătura _____

Anexa 3

Probe adaptate și utilizate

Scala de Insight Cognitiv Beck

(Beck et al. 2004)

Traducere și adaptare în limba română – Lucian Ile (2012)

ID #	Data / /	Vizită / Sesiune	Evaluator	BCIS			
<p>Instrucțiuni: Mai jos este o listă cu exemple / propoziții despre felul în care oamenii gândesc și simt. Vă rugăm să citiți atent fiecare propoziție din listă. Indicați cât de mult sunteți de acord cu fiecare afirmație punând un X în spațiul corespunzător din coloana din dreapta fiecărei afirmații.</p>							
				Nu sunt de acord deloc	Ușor de acord	Mult de acord	Complet de acord
1.	Din când în când, am înțeles greșit atitudinile altor persoane față de mine						
2.	Interpretările mele referitoare la propriile experiențe sunt cu siguranță corecte.						
3.	Alte persoane pot înțelege mai bine decât mine cauza experiențelor mele neobișnuite.						
4.	Am sărit la concluzii (de obicei) prea repede.						
5.	Unele dintre experiențele mele care au părut foarte reale ar putea să se datoreze imaginației mele.						
6.	Unele dintre ideile care am fost sigur(ă) că erau adevărate s-a dovedit a fi false.						
7.	Dacă simți că ceva e în regulă, atunci înseamnă că așa este.						
8.	Chiar dacă simt foarte tare că am dreptate, aș putea să mă înșel.						
9.	Eu știu mai bine decât oricine altcineva care sunt problemele mele.						

10. Când oamenii nu sunt de acord cu mine, în general ei greșesc.				
11. Nu pot avea încredere în opinia altora despre experiențele mele.				
12. Dacă cineva subliniază faptul că părerile / convingerile mele sunt greșite, sunt dispus(ă) să iau în considerare acest lucru.				
13. Pot avea încredere în judecata mea în orice moment.				
14. Există întotdeauna mai mult decât o singură explicație posibilă pentru felul în care oamenii acționează.				
15. Experiențele mele neobișnuite pot să se datoreze faptului că sunt extrem de supărat(ă) sau stresat(ă).				

CHESTIONARUL DE META-COGNIȚII 30

MCQ-30

Adrian Wells & Samantha Cartwright-Hatton (1999)

Traducere și adaptare în limba română – Lucian Ile (2010)

Acest chestionar se referă la credințele pe care oamenii le au despre modul în care gândesc. Mai jos se află o serie de credințe pe care oamenii le-au exprimat. Vă rugăm să citiți fiecare afirmație și să notați cât de mult sunteți de acord cu ea, în general, încercuind numărul potrivit. Vă rugăm să răspundeți la fiecare afirmație, nu există răspunsuri corecte sau greșite.

Sex..... Vârstă.....

		Nu sunt de acord	Sunt de acord într-o mică măsură	Sunt de acord în bună măsură	Sunt de acord în foarte mare măsură
1.	Să îmi fac griji mă ajută să evit probleme în viitor	1	2	3	4
2.	Să îmi fac griji este periculos pentru mine	1	2	3	4
3.	Mă gândesc foarte mult la gândurile mele	1	2	3	4
4.	Aș putea să mă îmbolnăvesc de atâtea griji	1	2	3	4
5.	Sunt atent(ă) la felul în care mintea mea lucrează când mă gândesc la o problemă	1	2	3	4
6.	Dacă nu mi-aș putea controla grijile și apoi chiar s-ar întâmpla ceva, ar fi vina mea	1	2	3	4
7.	Am nevoie să îmi fac griji ca să rămân organizat(ă)	1	2	3	4
8.	Am puțină încredere în capacitatea mea de a ține minte cuvinte și nume	1	2	3	4
9.	Gândurile mele de îngrijorare persistă, indiferent cum încerc să le opresc	1	2	3	4
10.	Îngrijorarea mă ajută să-mi pun gândurile în ordine, în minte	1	2	3	4
11.	Nu pot să nu iau în seamă gândurile mele de îngrijorare	1	2	3	4
12.	Sunt atent(ă) la gândurile mele	1	2	3	4
13.	Trebuie să îmi controlez gândurile tot timpul	1	2	3	4

14.	Memoria mea poate să mă înșele uneori	1	2	3	4
15.	Îngrijorarea mea poate să mă înnebunească	1	2	3	4
16.	Sunt conștient(ă) în mod constant de ceea ce gândesc	1	2	3	4
17.	Am o memorie slabă	1	2	3	4
18.	Sunt foarte atent(ă) la modul în care gândesc	1	2	3	4
19.	Îngrijorarea mă ajută să mă descurc	1	2	3	4
20.	Să nu fiu în stare să-mi controlez gândurile mele este un semn de slăbiciune	1	2	3	4
21.	Când încep să mă îngrijorez, nu mă pot opri	1	2	3	4
22.	Voi fi pedepsit(ă) pentru că nu controlez anumite gânduri	1	2	3	4
23.	Îngrijorarea mă ajută să rezolv problemele	1	2	3	4
24.	Am puțină încredere în capacitatea mea de a ține minte locuri	1	2	3	4
25.	E rău să îmi treacă prin minte anumite gânduri	1	2	3	4
26.	Nu am încredere în memoria mea	1	2	3	4
27.	Dacă nu-mi voi putea controla gândurile, nu voi putea funcționa	1	2	3	4
28.	Am nevoie să mă îngrijorez pentru a putea lucra bine	1	2	3	4
29.	Am puțină încredere în memoria mea pentru acțiuni	1	2	3	4
30.	Îmi examinez gândurile în mod constant	1	2	3	4

Vă rog să vă asigurați că ați răspuns la toate afirmațiile – Mulțumesc.

CHESTIONARUL DE CONTROL AL GANDURILOR

TCQ

Dezvoltat de Adrian Wells și Mark Davies (1994)
Traducere și adaptare în limba română – Lucian Ile (2010)

Varsta: Sex: M/F

Majoritatea oamenilor se confruntă cu gânduri neplăcute și / sau nedorite (sub formă verbală și / sau sub forma imaginilor) care pot fi dificil de controlat. Ne interesează tehnicile / modalitățile pe care le folosiți **în general** pentru a controla aceste gânduri.

Mai jos sunt câteva lucruri pe care oamenii le fac pentru a controla aceste gânduri. Vă rugăm să citiți cu atenție fiecare afirmație și indicați cât de des folosiți fiecare tehnică **încercuind** numărul corespunzător. Nu există răspunsuri corecte sau greșite. Nu petreceți mult timp gândindu-vă la fiecare afirmație.

Când îmi apare un gând neplăcut și / sau nedorit:

		Niciodată	Uneori	Deseori	Aproape întotdeauna
1.	Îl înlocuiesc cu imagini pozitive.	1	2	3	4
2.	Imi spun să nu mai gândesc așa prosteste.	1	2	3	4
3.	Mă concentrez pe gând.	1	2	3	4
4.	Înlocuiesc gândul cu un gând mai puțin rău.	1	2	3	4
5.	Nu vorbesc cu nimeni despre acest gând.	1	2	3	4
6.	Mă învinovățesc pentru că am gândit acel gând	1	2	3	4
7.	Îmi fac alte griji	1	2	3	4
8.	Păstrez gândul pentru mine	1	2	3	4
9.	Imi fac de lucru	1	2	3	4
10.	Verific dacă gândul e adevărat	1	2	3	4
11.	Mă supăr pe mine că am acel gând	1	2	3	4
12.	Evit să discut despre acel gând	1	2	3	4

13.	Urlu la mine pentru că îmi vine acel gând	1	2	3	4
14.	Analizez gândul rațional	1	2	3	4
15.	Mă pălmuiesc sau mă pișc pentru a opri gândul	1	2	3	4
16.	Il înlocuiesc cu gânduri plăcute	1	2	3	4
17.	Încerc să aflu cum se descurcă prietenii mei cu astfel de gânduri	1	2	3	4
18.	Îmi fac griji pentru lucruri mai mărunte în locul aceluia gând	1	2	3	4
19.	Fac ceva plăcut	1	2	3	4
20.	Încerc să dau gândului un alt înțeles	1	2	3	4
21.	Mă gândesc la altceva	1	2	3	4
22.	Mă gândesc la problemele mai mărunte pe care le am	1	2	3	4
23.	Încerc să mă gândesc în diferite feluri la gândul respectiv	1	2	3	4
24.	Mă gândesc la griji din trecut în locul aceluia gând	1	2	3	4
25.	Îmi întreb prietenii dacă au gânduri asemănătoare	1	2	3	4
26.	Mă concentrez pe gânduri negative diferite	1	2	3	4
27.	Mă întreb care sunt motivele pentru care am acel gând	1	2	3	4
28.	Îmi spun că se va întâmpla ceva rău dacă am acel gând	1	2	3	4
29.	Vorbesc cu un prieten despre acel gând	1	2	3	4
30.	Îmi țin mintea ocupată	1	2	3	4

Vă rog să verificați dacă ați răspuns la toate afirmațiile. Mulțumesc.

Anexa 4

Fișă subiect

Inițiale subiect:	Vârstă:	Sex (M, F):
Diagnostic actual:	Alte diagnostice în antecedent:	
Durata evoluției (ani, luni):	Nr. de episoade:	Nr. de internări:
Experiență delirantă în antecedent (DA, NU):	Perioadă de la ultima experiență delirantă (în luni)*:	
Stare prezentă:	CGI – scala de severitate:	
Tratament actual (medicație, psihoterapie, alte tipuri de tratament, fără tratament):		
Evaluator (inițiale):	Data:	

* Numai pentru cei cu experiență delirantă în antecedent.

Anexa 5

Lista articolelor atașate

Ile, L., Romoșan, R., Romoșan, F., Bredicean, C., Al Ghazi, L., Papava, I. (2011). *Delusions and beliefs – an endless debate*. Romanian Journal of Psychiatry (categ. B+), vol. XIII, No.1, p.7-12.

Bredicean, C., Ienciu, M., Papava, I., Salva, E., Mihalcea, R., **Ile, L.**, Popa, I., Rasca, A. (2010). *Social functioning in schizoaffective disorder: what is the influence of age at onset and gender?* Romanian Journal of Psychiatry (categ. B+), vol. XII, No. 4, p.147-150.

Bredicean, C., Ienciu, M., Papava, I., Salva, E., Mihalcea, R., Popa, I., **Ile, L.**, (2011). *Clinical aspects of the schizoaffective disorder in comparison with schizophrenia after a 15-year evolution*. Acta Medica Mariensis (categ. B+), vol. 57, no. 1, p. 55-57.

COMITET DE REDACȚIE

Redactor șef: Dan PRELIPCEANU

Redactor-șef
adjunct: Dragoș MARINESCU

COLECTIV REDACȚIONAL

Doina COSMAN
Pompila DEHELEAN
Măria LADEA
Mărieta GABOȘ GRECU
Aurel NIREȘTEAN
Cristinel ȘTEFĂNESCU
Radu TEODORESCU
Cătălina TUDOSE

Secretar de redacție: Elena CĂLINESCU

CONSILIU ȘTIINȚIFIC

Prof. dr. Vasile CHIRĂȚĂ (membru de onoare
al Academiei de Științe Medicale,
Iași)

Michael DAVIDSON (Professor, Sackler
School of Medicine Tel Aviv Univ.,
Mount Sinai School of Medicine,
New York)

Prof. dr. Mircea DEHELEAN (Timișoara)
Virgil ENĂTESCU (membru al Academiei de
Științe Medicale, Satu Mare)

Prof. dr. Ioana MICLĂȚIA (Cluj-Napoca)

Prof. dr. Șerban IONESCU (Universitatea
Paris-VIII, Universitatea Trois-
Rivieres, Quebec)

Prof. dr. Mircea LAZĂRESCU (membru
de onoare al Academiei de Științe
Medicale, Timișoara)

Juan E. MEZZICH (Professor of Psychiatry
and Director, Division of Psychiatric
Epidemiology and International
Center for Mental Health, Mount
Sinai School of Medicine, New York
University)

Teodor T. POSTOLACHE, MD (Director,
Mood and Anxiety Program,
Department of Psychiatry,
University of Maryland School of
Medicine, Baltimore)

Dan RIGA (cercetător principal gr.I)

Sorin RIGA (cercetător principal gr.I)

Prof. dr. Dan RUJESCU (Head of Psychiatric
Genomics and Neurobiology
and of Division of Molecular and
Clinical Neurobiology, Department
of Psychiatry, Ludwig-Maximilians-
University, Munchen)

Prof. dr. Eliot SOREL (George Washington
University, Washington DC)

Măria GRIGOROIU-ȘERBĂNESCU
(cercetător principal gr.I)

Prof. dr. Tudor UDRIȘTOIU (Craiova)

**ASOCIAȚIA MEDICALĂ
ROMÂNĂ**



**ASOCIAȚIA ROMÂNĂ
DE PSIHIATRIE ȘI PSIHOTERAPIE**

www.e-psihiatrie.ro/revista

REVISTA ROMÂNĂ de PSIHIATRIE

ROMANIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

Vol XIII

Nr. 1

2011

CUPRINS

EDITORIAL

- ☐ Teoria minții și psihopatologia 1
Mircea Lăzărescu

ARTICOLE SPECIALE

- ☐ Iluzii și credințe - o dezbatere fără sfârșit 7
Lucian Ilie, Radu Romoșan, Felicia Romoșan, Cristina Bredicean, Loredana Al Ghazi, Ion Papava

ARTICOLE DE SINTEZĂ

- ☐ Tulburarea bipolară în perspectiva psihopatologiei. Doctrina evoluționistă și fenomenologia existențialistă(I) 13
Mircea Lăzărescu

ARTICOLE ORIGINALE

- ☐ Disfuncționalitățile modelului familial. Riscuri psihopatologice 21
Mihail C. Pârlog, Cornelia Rada, Petre Rădescu, Ileana Prejbeanu, Florinel Bădulescu, Manuela Dragomir
- ☐ Controlul simptomatic în schizofrenie: observație naturalistă de 6 luni 27
Șerban Turliuc, Beatrice Costea
- ☐ Dimensiunile clinice, funcționale și funcțiile cognitive la femeile cu schizofrenie 33
Ioana Crăciun, Ioana Micuția, Codruța Popescu
- ☐ Fragilitatea mentală și boala psihosomatică 37
Simona Trifu

APARIȚII EDITORIALE 45

INSTRUCȚIUNI PENTRU AUTORI 46

Revista Română de Psihiatrie este indexată de Consiliul Național al Cercetării Științifice din Învățământul Superior la categoria B+. Apare trimestrial.

Colegiul Medicilor din România acordă abonaților la această publicație 5 credite EMC/an. Articolele științifice publicate în revistă sunt creditate cu 80 credite EMC/articol.

Revista Română de Psihiatrie este editată de *Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie și Asociația Medicală Română*

SPECIAL ARTICLES

DELUSIONS AND BELIEFS – AN ENDLESS DEBATE

Lucian Ilie^{1,2}, Radu Romoșan^{1,2}, Felicia Romoșan^{1,2,3}, Cristina Bredicean^{1,2,3}, Loredana Al Ghazi⁴, Ion Papava^{1,2,3}

Abstract:

Delusion was and still is considered the main sign of madness. Traditional account, which is also named doxastic conception, see delusion as belief, into a simplified and limitative meaning. The clinical reality and data from theoretical and practical areas (history of psychopathology, philosophy, cognitive sciences etc.) seem to doubt the doxastic simplicity.

The purpose of this article is to discuss different approaches of the conceptual view on delusions compared with traditional account. To do this, have been reviewed different perspectives on delusion. Traditional account on delusions is reconsidered from some theoretical and practical area, the doxastic conception is admitted as just one of the facets of the complexity wich characterized delusional phenomena, predominantly at epistemic level. Modern psychopathology needs the complementarity of specific points of view from these areas to avoiding simplification and superficiality.

Key words: phenomenology, cognitive, psychopathology.

Rezumat:

Delirul a fost și este considerat semnul cel mai evident al nebuniei. Perspectiva tradițională, numită și concepție doxastică, are în vedere delirul ca și convingere, într-un sens simplificat și limitativ. Realitatea clinică, precum și datele oferite de domenii teoretice și practice (istoria psihopatologiei, filosofie, științe cognitive etc.) par să pună la îndoială simplitatea doxastică. Scopul acestui articol este de a pune în discuție diferite abordări ale perspectivei conceptuale asupra delirurilor în raport cu abordarea tradițională. Pentru aceasta, au fost trecute în revistă perspective diferite asupra delirului.

Punctul de vedere tradițional este reconsiderat dintrunele domenii teoretice și practice, concepția doxastică este admisă ca fiind doar una dintre fațetele complexității ce caracterizează fenomenele delirante, cu precădere una la nivel epistemic.

Psihopatologia modernă are nevoie de complementaritatea unor puncte de vedere specifice pentru a evita simplificarea și superficialitatea.

Cuvinte cheie: fenomenologie, cognitiv, psihopatologie.

INTRODUCTION

Delusion is a substantial and fascinating theme of psychopathology. Increasingly conceptualized in the nineteenth century, but previously discussed and "prepared" by medical observations and by psychological concepts still attached to philosophy, delusion still evokes keen curiosity and interest in modern psychiatry and psychopathology.

New approaches to psychopathology, beyond the point of view presented in the diagnostic manuals of "official" psychopathology, rather pertain to interdisciplinary areas. Assorted notions from various realms, such as clinical psychopathology, cognitive sciences, including neurosciences, and philosophy (especially areas such as phenomenology and epistemology), systemic theories, anthropology, etc. are balanced to refine and broaden the sphere of knowledge.

Psychosis is a soundly studied field - several new concepts were generated and already known concepts were reconsidered. Delusions, present in various psychotic-nosological formulae still remain a study matter and interdisciplinary scientific interest.

DEFINITIONS

Belief is considered an intellectual attitude of a person who truly believes a statement or a fact without necessarily an objective and acceptable demonstration of this attitude (1). Beliefs are regarded as psychological cognitive entities which are distinct from their content and the concept of attitude refers to a persistent internal disposition which sustains favourable or unfavourable responses of an individual to an object or a class of objects and **its central feature is one related to evaluation** (1).

According to DSM-IV, delusional ideas are misconceived beliefs that typically involve a false interpretation of perceptions and experiences, assuming a variety of themes or contents (eg: of persecution, of megalomania, of reference, mystical, etc.) (2). These beliefs excessively concern the subject and may be considered bizarre or non-bizarre. The bizarre ones imply lack of credibility, of intelligibility and the fact that are not related to common experiences. An example would be the ideas of influence - transparency which, according to Kurt Schneider, are among first rank symptoms (FRS) characteristics of schizophrenia: one may feel that they

1. Psychiatric Clinic "Eduard Ponișil" Timișoara
2. Timișoara University of Medicine and Pharmacy "Victor Babeș"
3. MIRA INSTITUTE Timișoara
4. West University of Timișoara

Correspondence to: Lucian Ilie, Psychiatric Clinic "Eduard Ponișil", 21 Făcureșcu Street, Timișoara Romania, Tel.: 040 722 289708. E-mail: lucian_ilie@yahoo.com

Lucian Ilie, Radu Romoșan, Felicia Romoșan, Cristina Bredicean, Loredana Al Ghazi, Ion Papava: *Delusions And Beliefs – An Endless Debate*

are inserted outer thoughts (3). Besides, the oddness of delusional beliefs integrates these as an element of schizophrenic pathology, without being, however, a self-sufficient criterion. This failure criterion may be questioned, for example, by simplistic way in which the FRS are conceived in the operational diagnostic systems and in many of the commonly used rating scales tends to add to the confusion (4). Non-bizarre delusional beliefs presume the existence of content and its closeness to the realm of common experiences. An example would be that a person is convinced that is pursued by various individual and collective characters (a criminal or police). Non-bizarre delusional beliefs are diagnosed as pertaining rather to non-schizophrenic disorders, such as delusional disorders.

HISTORY AND DIFFERENTIATION

Berrios (1997) reviews the prospects of delusion over time, including connection to the concept of belief. Describing the conceptual process of delusional symptoms, the author mentions that the concept of delusion is closely entwined with the concept of madness (5). He mentions the meaning of the English word delusion, claiming that since the XVI century the English word „delusion” meant „false fixed / rigid belief or opinion regarding objective things”, which is quite close to delusional beliefs in modern sense.

History of the concept of delusion is dependent on the history of the concept of belief, says Berrios. The author starts with the definition of Alexander Bain, for whom belief was a mental state with two components: one component of cognizance of the order of nature and a volitional element and the essence of belief is, in fact, the tendency by the believer to act out his belief. Bucknill and Tuke (1858) take volitional element in their definition of delusions, which are considered false notions or ideas which have no immediate reference to the senses (5).

Generally, delusional ideas were considered errors of judgement and the most common explanation were rather organic - brain and nerve damage. Not without shade-points, though. Hereinafter, we will present some guiding marks offered by the English author.

Berrios quotes Thomas Hobbes, who suggests that delusional beliefs stand for the milestone with madness territory. Actually, Hobbes asserts this in his capital work - *The Leviathan* (6), challenging a controversy of his time: is madness derived from passion or demonic possession? Alternatively, in current terms, the question („suffering” from persistence) could be: is the root of madness of emotional or intellectual origin?

John Locke defines an associationistic model of delusion. Inside human mind, reason maintains a natural correspondence and connection of ideas; while in its absence, another connection may exist between ideas that are not naturally relating, owing to chance or custom by way of a strong impression or imaginative fixation on a particular set of thoughts (5).

William Cullen describes delusion as an unusual association of ideas, erroneous judgments, and according to Alexander Crichton, delusions include diseased perceptions and notions. The latter replaces the term „erroneous” with „diseased” in order to customize the disease component, distinguishing it from normal errors of judgement. Diseased perceptions correspond to

hallucinations, while diseased notions correspond to delusions, referring, more specifically, to abstract concepts alluding to the quality and status of individuals and things and the patient's relationship with them (5).

In the nineteenth century, Philippe Pinel joined John Locke's point of view, claiming that judgement ability is normal in madness, but that errors are rooted in the material on which judgement process applies. For A.J. Landrat - Beauvais delusion is a perverted form of understanding, and for Joseph Guislain, delusion (*délire* or *trouble des idées*) is a notable aberrance of reason, a chronic error in conceptions and a disorder of ideas that the patient cannot fight or stop and which he regards as reality what are only phantoms of his imagination. JP Falret emphasizes the need of considering the lack of insight as central criterion (5).

The first to talk on delusional perception (before Jaspers) was Jules G.F. Baillarger, who stated that the patient's perceiving ability is normal, but that sensations and perceptions are interpreted in a particular manner, making a false judgement and developing delusional ideas by living a normal sensation (5).

Jacques J. Moreau de Tours is the first to reconsider the premise that delusional ideas are always pathological, remarking upon the continuum between normality and alienation. Based on experimental intoxication with hashish, he admits the psychological nature of delusions - similar to dreams - pointing out that states like madness and „exalted imagination” can be induced. Endorsing the John Locke's associationism, Moreau de Tours, as Pinel, says that all people are likely to have mistaken association of ideas, but not all allow to be guided by them (5).

Inspired by Maine de Biran's psychology and unfulfilling to the biological pattern inspired by the neurology of those times, Jules Cotard considered delusional ideas cognitive expressions of the motor function. Hence the influence on the content, typical delusional topics of motor alterations, such as grandiosity theme in case of custom delusional images in the case of mania and those of nihilistic ideas in depression (5).

For Hughlings Jackson, delusional ideas are the expression of development, not of dissolution. His symptom-producing pattern involved four main conceptual tendencies: 1. evolution vs. dissolution; 2. the localization of higher mental functions in the cortex; 3. the doctrine of concomitance; 4. the assumption that mental and brain functions are organized hierarchically. According to this model there are negative symptoms due to abolition or dissolution of a function, or positive, caused by adjustable release of inhibited functions, evolution. Thus, delusional symptoms are an expression of evolution of what has remained intact from the affected higher centers of the brain, which is the activity of remaining healthy parts (5).

Early twentieth century brings back the issue of delusion defined as incorrect or erroneous judgement. Two perspectives are relevant: the psychoanalytical one and that of Karl Jaspers.

At its beginnings, psychoanalysis' classical point of view regarded delusions as components of paranoia, according to nineteenth century German psychiatry tradition, which embedded almost all delusions, for Freud appears to retain the pre-kraepelinian theory and convert

paranoia into an extensive entity grouping most forms of chronic delusions (7). Delusion is seen as a defensive modality. In its various delusional outcomes, paranoia is defined by its defensive modality against homosexuality – see the (famous) situation of President Schreber, the pathology of which was debated upon. This defensive modality of delusions involves projection mechanism as a formula for „dangerous” needs (of homosexual nature) which are firstly expelled and reflected in the theme and delusional discourse for thus becoming acceptable (8). According to Lacanian perspective, delusion is paranoid's struggle to replace, inside his symbolic universe, the absence of a primordial significant - that of the Father's Name (Nom-du-Père), expressing the prohibitive role of the father in the incest taboo in the Oedipus complex (9).

Jaspers says that from time immemorial, delusion was considered a fundamental characteristic of madness, and being crazy or being deluded was the same thing (10, 11).

Jaspers claims that delusions may unfold only in thinking and judging operations, but a vague reference to any false judgments presenting these external features is made:

1. Are supported with extraordinary conviction and subjective certainty;
2. Imperviousness to other experiences or counter-arguments (incorrigibility);
3. Their content is impossible.

By origin, Jaspers distinguishes between delusion-like ideas and delusions proper, also called primary delusions. Delusion-like ideas coherently emerge from experiences that make the person vulnerable, „shudder” person, and their root can psychologically be found in specific emotions, needs, desires and fears, in false perceptions or experiences of non-accomplishment etc. Genuine delusions are psychologically irreducible and derive from primary psychopathological experiences: primary sensations, vital experiences, dispositions, awareness etc. Everything changes meaning: the patient is in an overall delusional atmosphere, in a world of new meanings that can be perceived by different delusional experiences: delusional perception, delusional ideas, delusional memories, etc. From a phenomenological point of view, delusion is an experience; in terms of psychological performance, it is a disturbance of thought; as psychological product is a mental creation, while in terms of meaningful connections, it is a dynamic, motivated content, which, in the framework of nosological-biographical study it can be understood as a disruption of normal life-curve or as part of personality development continuum. Delusion proper is a primary experience and involves a transformation of our entire reality awareness, regarding not only the immediate certainty of reality, but also reality judgement. It is a morbid expression of knowledge and error concerning empirical reality, as it is a morbid expression of belief and superstition concerning metaphysical reality (10).

Extremely important for our discussion is the distinction made by Jaspers between the form and the content of psychological phenomena. The forms of mental phenomena (perceptions, ideas, mental images, feelings, self-awareness, etc.) denote the mode of existence in which content is presented to us. Starting from the distinction between *subject* and *object* as elements present

in all mental experiences, Jaspers mentioned that the objective element conceived in its widest sense is represented by the content and the mode in which the subject is presented with the object represents the form. From this point of view, „normal” beliefs and delusions can be regarded as identical in form, the difference is only given by the content, since the content of delusions is inconsistent with reality (10).

After World War II, the dominant etiological patterns are the biological ones, yet still clinically expressing the idea of false belief, so ample portrayed in the nineteenth century. However, the difficulties and the observations encountered in clinical practice (and not only) cause drawbacks in managing operational definitions. Thus, opinions emerge, especially from phenomenology and cognitive sciences, offering alternative views regarding delusions outlook.

CONTEMPORARY RECONSIDERATION AND NUANCES

The doubts addressed to the definition contained in current diagnostic systems appear not to be new, but intensified in the last two decades.

Based on Jaspers' criteria for modern conceptualization, Spitzer claims that Jaspers himself pointed out that they are merely first approximations which may serve only as clinical hints, and which do not define delusions. Spitzer says that the third criterion of delusion – the impossibility of content has undergone a change in literature from impossibility to falsity, and even so, the falsity still remain problematic, because sometimes the question of truth and falsity is either not applicable (as in the case of religious delusions), or applicable in principle but not used for diagnostic purposes (for example, delusions of spy satellites) or applicable, but in the sense of that the content of delusion is in fact true (for example, in some case in delusions of jealousy); clinical facts do not deny the false statements present in many cases of delusions, but they demonstrates that delusions cannot be defined as false statements (12).

Based on distinction between psychotic and non-psychotic delusions, Hamilton sustains that the delusions have non-belief-like features, as *groundlessness* (in psychotic delusions, either the patient offers no grounds for their delusions, or if they do, they seem not to take them seriously), *behavioural inertia* (many delusions are not fully acted on) and the „*web of belief*” (the attribution of belief is governed by a constrains of rationality or reasonableness, but in some delusions we couldn't always find an intelligible link between belief and experience) (13). Phenomenological approach to delusions seems to be inexhaustible. It began, methodically, from Jaspers' arguments and continues today, completing the research area, next to the cognitive sciences, to philosophy in general, to anthropology and systems theory, to clinical psychopathology, etc.

In accordance with Jaspers, Tatossian indicates the incorrigibility of the proper delusional act, and subsequently, its infallibility, its inability to be subject to error. But infallibility involves an incorrigibility by right and not de facto one. It is not a symptom but a condition of delusion contingency. Inability to undergo error is not an external input, nor post-factum in the story of the deluded person, but the story is subsidiary added to the proper act of knowledge of the deluded subject (11).

Lucton Ile, Radu Romoșan, Felicia Romoșan, Cristina Bredicean, Loredana Al Ghazi, Ion Papava: *Delusions And Beliefs – An Endless Debate*

Henri Maldiney quotes the perspective of Hans Kung on delusions. The primary delusion is considered a verbal-intellectual reflection of the metamorphosis of the very existence, its function being a means of explanation and understanding of this metamorphosis, the only way to prove and live the metamorphosis of self existence, the possibility of a way of expression in which the alteration of presence is obscured (14).

Stanghellini pleads for a syntagmatic definition of delusion, which marks the way in which this is structurally related to other phenomena; as opposed to repeated attempts in psychopathology to provide a paradigmatic definition, which aims at what is the delusional phenomenon in itself and how it differentiates from other phenomena. What needs to be studied is the transformation of the experience that underlies the new view on the world of delusional living and not the delusion itself nor how delusional beliefs arise, are arranged or are articulated when regarding the view on the world. At the origin of delusions lies a laceration temporarily hard to locate. Pre-delusional atmosphere is a dramatic one and implies an unexpected and ineffable dissolution of individual perception and understanding of the world, and not an abrupt change, but rather a progressive and inexorably throbbing, lacerating cramp. Delusion could be a re-appropriation of the world using idiosyncratic meanings due to the apparent evanescence, ephemerality of common meanings (15).

In a similar register, Sass discusses the pre-psychotic events preceding the delusional mood, characterized by a phenomenon called hyper-intentionality. The author describes that such subjects that experience this type of condition disclose a rigidity of perception; they feel trapped in a state of distress that requires increased attention, tendency to control their body, purposiveness, hyper-awareness, and hyper-reflexivity likely to lead to a typical psychotic aggravation, to what was called by Blankenburg *loss of natural self-evidence* (16).

Thomas Fuchs also discusses the pre-delusional phenomena, indicating that during delusional mood - specific to the first stages of schizophrenia - a radical alienation of environmental perception develops and in this alienating encounter a second step - corresponding to delusional perception - occurs in which, for the individual, the environmental elements, objects or situations, gain new and mysterious expressions and meanings or lose common-sense significances and are replaced by a ubiquitous puzzling. The individual is not able to link the meanings to the common intersubjective world anymore. Re-affirming and unifying views of Husserl (who considers that the perceptual act is not a mere passive event, but a deliberate act) and Merleau-Ponty (who says that the perceptive subject is not a non-committed or transcendental consciousness, but one embodied being located in a living body - *corps vivant* - in time and space, so that the *embodiment* becomes the foundation of any perception), Fuchs says that the delusional experience of schizophrenia involves a detaching of the gnostic component of perception from the bodily component, which leads to new idiosyncratic meanings that replace the intersubjective constitution of reality (17).

Continuing the phenomenological-anthropological lineage, Kraus believes that delusions and

hallucinations in schizophrenia are secondary phenomena, and that the alteration of fundamental structures of the *Dasein* is the primary one, the categories of the being, named existential a priori, after Needelman - one of Ludwig Binswanger's interpreters. Starting from the philosophical concept of categories, such as that of basic characteristics of the beings, and in Kantian meaning, as the a priori conditions of every experience, Kraus refers to Heidegger's categorial differentiation between the categories related to things, objects, being of the objects such as houses or trees (*Vorhandenheit*) and the *Dasein* categories, covering the humanness and its existentiality, categories called existentials (*Existenzialien*). The a priori existentials are a matrix of the possibility of experience, giving meaning and representing the intimate world of each human being. In delusions (and hallucinations) an alteration of existential a priori results in an alteration of the structure of an objective individual, an alteration of the basic self and world-relationships, of the openness of the human being towards the world. Elements of being - in - the - world are altered: temporality, spatiality, corporeality, bodily being, and being - with - others (18, 19).

Shaun Gallagher supports the interpretation of delusion in various realities, given its complexity. The author considers insufficient and unsatisfactory the constraints of delusional phenomena as false beliefs, complex belief systems, and disorders of inferential logic. The hypothesis of multiple realities (MR) in delusions integrates bottom up and top-down aspects, together with other factors: body, emotions, social and environmental factors (20).

Furthermore, Matthew Ratcliffe also opts for interpreting different realities of delusions. Analyzing Capgras and Cotard delusions, he claims that these had rather be understood as expressions of disturbances in the existential structure of experience, than as beliefs that arise due to anomalous perceptual contents combined with defective reasoning, almost all, if not all delusions are, ultimately, due to certain changes in the existential plan (21).

Cognitive and neurocognitive approaches can be divided into three subcategories: bottom-up accounts, top-down accounts and mixed accounts.

1. Bottom-up accounts concern an empirical perspective on delusions generation, delusions are grounded in experience. There are perceptual abnormalities that can lead to delusions generation, even under normal mental faculty circumstances. Individual's logic functions normally, but it operates with perceptually distorted data. Earlier ideas of John Locke, Pinel and Moreau de Tours are grant new arguments. For example, Kapur certifies the central role of dopamine of interceding between the „salience” of environmental events and internal representations: in the psychotic phenomenon, hyperdopaminergic disturbance at a “brain” level leads to an aberrant assignment of salience to the elements of one's experience at a “mind” level; delusion is a cognitive effort of the patient to make sense of these aberrantly salient experiences (22). Hemsley mentions the role of context processing deficiencies in psychotic phenomena, including delusions (23).

2. Top-down accounts regard a rationalist perspective on delusions formation and concern the disturbances

occurring in the fundamental beliefs of the subject and which can affect experiences and actions (24). One of these accounts is that there is an attributional biases in delusions and other is that there are reasoning biases in delusions, as jumping to conclusions (JTC) and over-adjustment of probability estimates following a single instance of disconfirmatory evidence (25, 26). This is the perspective that prevails in modern psychopathology, often criticized particularly by neurobiological and phenomenological research. Lisa Bortolotti noted that there is not a difference between delusions and irrational beliefs in their epistemic features (resisting counterevidence, being false, not being justified etc.), but a definition based exclusively on the surface features of an epistemic kind will not demarcate successfully delusions from other irrational beliefs, and possibly from other manifestations of mental illness, such as confabulations, obsessions etc (27).

3. Joint approaches aim at combining previous approaches. A relevant model is that of Frith. He argues that no single clear mechanism is to be found in delusions formation. If some delusions deal with obvious perceptual abnormalities, such as those considering hallucinations as primary symptoms, others suggest well-hidden deviations, though not completely excluded. Such phenomena seem to include logical processing insufficiencies, such as social reasoning deficiency. It is not necessarily a conscious process of assessment, it is not a common feature and involved decisional processes rely rather on empirical knowledge than on logic. Regarding control delusions, Frith also noted that there is an inadequacy in the so-called central monitoring system, by which the person distinguishes both the changes due to his own actions and the changes in external events. This shortcoming is likely to increase person's vulnerability in incorrectly assigning changes to external events when they really should be indebted to their own intentional acts, and vice versa (28).

In delusions formation, the two-factor theory appears to be the most popular contemporary neuropsychological theory. Coltheart argues that delusion requires the presence of two types of neuropsychological impairments: one that initially prompts the delusional belief and a second neuropsychological impairment that interferes with processes of belief evaluation that would otherwise cause the delusional belief to be rejected (29, 30).

Finally we present another model on delusion which can be useful and fruitful. Starting from the analysis of non-perceptual beliefs, Frankish makes a distinction between two types of beliefs: *level 1 beliefs* are nonconscious, passive (not susceptible of reflective control), graded (with degrees of confidence or with a continuum of possibilities), dispositional states (multi-track behavioural dispositions, which are holistically interdependent), and *level 2 beliefs*, which are conscious, controlled (susceptible of reflective control), binary (flat-out attitude: we either believe something or we do not), functional states (functionally discrete states of the cognitive system, which are selectively activated in reasoning) (31). The same distinction can be made for *desire*. He mentioned that the delusions fit the profile of level 2 belief better than of level 1 belief. More than this, Frankish speaks about level 2 belief as *acceptance*, a psychological state that is often contrasted with belief,

adopting the Cohen's view on belief and acceptance: belief is a disposition, which is involuntary, graded, and truth-directed, and acceptance is a policy, which can be actively adopted in response to pragmatic considerations, that means it is conscious and controlled binary state (31, 32). Frankish says that our motivation for acting on our acceptances is essentially meta-cognitive and try another conceptualization of delusions based on two types of acceptance: the doxastic acceptances, typically formed for epistemic reasons and are sensitive to evidence, and the non-doxastic acceptances which are formed for pragmatic reasons and without reference to evidence, are effective only in certain restricted contexts, and may not be consistent with each other. He sustains that there are two models of delusions, one doxastic (delusions are atypical doxastic acceptances – level 2 beliefs) and other non-doxastic (delusions are typical non-doxastic acceptances). We may need both models of delusions – the doxastic model and the non-doxastic one, because the similarities between the models are more important than their differences (31).

CONCLUSIONS

The debate about delusions and beliefs is far from to be ended. Delusion is still considered to be the main sign of madness and remain a continuous challenge for thinking and research in psychopathology and not only in this area. We cannot accept readily that delusions are beliefs, not in a simple way. The various specific perspectives can increase knowledge and can enrich and stimulate the traditional account. Modern psychopathology needs the complementarity of a specific point of view from different areas to avoiding simplification and superficiality, but also to avoiding the complicate ways which can guide the conceptual effort to an "Occam's razor" situation.

REFERENCES

1. Larousse. *Manuel de psychologie*. București: Tei, 2006.
2. American Psychiatric Association. *Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale DSM-IV*. București: Asociația Psihiatrilor L.bei, 2000.
3. Schneider K. *Clinical Psychopathology*. New York: Grune and Stratton, 1959.
4. Nordgaard J, Arnfred SM, Hørdt P, Parsau J. The Diagnostic Status of First-Rank Symptoms. *Schizophrenia Bulletin* 2008;34(1):137-154.
5. Berrios G. *The history of mental symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
6. Hobbes T. *Leviathan*. London: Penguin Books, 1985.
7. Laplanche J, Pontalis JB. *Lexicoul psihanalizei*. București: Humanitas, 1994.
8. Chenuau R, Veidemersch B. *Dictionnaire de la Psychanalyse*. Paris : Larousse, 2001.
9. Evans D. *Dictionar introductiv de psihanaliză* Iacovani. Pitești: Paralela45, 2005.
10. Inspec K. *General Psychopathology*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1997.
11. Tassinari A. *Phénoménologie des psychoses*. Paris: Masson, 1979.
12. Spitzer M. A neurocomputational approach to delusions. *Comprehensive Psychiatry* 1995;36(2):85-105.
13. Hamilton A. Against the belief model of delusions. In: Chung MC, Fuldor KWM, Graham G (eds). *Reconstructing schizophrenia*. New York: Oxford University Press, 2007, 217-234.
14. Maudsley H. *Primer l'histoire et la folie*. Grenoble: Jerome Millon, 1991.
15. Stanghellini G. *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies. The Psychopathology of Common Sense*. New York: Oxford University Press, 2004.
16. Sass LA. „Schizophrenic Person” or „Person with Schizophrenia”? An Essay on Illness and the Self. *Theory and Psychology* 2007;17(3):395-420.

Lucian Ie, Radu Romoşan, Felicia Romoşan, Cristina Breducean, Loredana Al Ghazi, Ion Popava: *Delusions And Beliefs – An Endless Debate*

17. Fuchs T. Delusional Mood and Delusional Perception. A Phenomenological Analysis. *Psychopathology* 2005;38:133-139.
18. Kraus A. Schizophrenic delusion and hallucination as the expression and consequence of an alteration of the existential a priori. In: Chang MC, Fulford KWM, Graham G (eds). *Reconstructing schizophrenia*. New York: Oxford University Press, 2007, 97-111.
19. Needleman J. *Being in the world. Selected papers of Ludwig Binswanger*. New York: Harper and Row Publishers, 1968.
20. Gallagher S. Delusional Realities. In: Broome MR, Bionolotti L (eds). *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*. New York: Oxford University Press, 2009, 245-266.
21. Rancible M. Delusional Atmosphere and Delusional Belief. In: Gallagher S, Schmeickling D (eds). *Handbook of Phenomenology and Cognitive Science*. Dordrecht, New York, Heidelberg, London: Springer, 2010, 575-590.
22. Kapur S. Psychosis as a State of Aberrant Salience: A Framework Linking Biology, Phenomenology and Pharmacology in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 2003;160:13-23.
23. Hemsley DR. The Schizophrenic Experience: Taken Out of Context? *Schizophrenia Bulletin* 2005;31(1):43-53.
24. Campbell J. Rationality, meaning, and the analysis of delusion. *Philosophy, Psychiatry and Psychology* 2001;8:89-100.
25. Forcels-Ambrojo M, Garety PA. Attributional biases in paranoia: The development and validation of the Achievement and Relationships Attributions Task (ARAT). *Cognitive Neuropsychiatry* 2009;14(2):97-109.
26. Speechley WJ, Whisman JC, Woodward TS. The contribution of hypersalience to the "jumping to conclusions" bias associated with delusions in schizophrenia. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 2010;35(1):7-17.
27. Bionolotti L. *Delusions and other irrational beliefs*. New York: Oxford University Press, 2010.
28. Frith C. *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates, 1992.
29. Coltheart M, Langdon R, McKay R. Schizophrenia and Monothematic Delusion. *Schizophrenia Bulletin* 2007;33(3):642-647.
30. Coltheart M. The neuropsychology of delusion. *Annals of the New York Academy of Science* 2010;1191:16-26.
31. Frankish K. Delusions: A two - level framework. In: Broome MR, Bionolotti L. (eds). *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*. New York: Oxford University Press, 2009, 269-284.
32. Cohen LJ. *An essay on belief and acceptance*. New York: Oxford University Press, 1992.

ROMANIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

CONTENTS

EDITORIAL

- + **Theory of Mind** 1
Mircea Lăzărescu

SPECIAL ARTICLES

- + **Delusions and Beliefs - An Endless Debate** 7
Lucian Ilie, Radu Romoșan, Felicia Romoșan, Cristina Bredicean, Loredana Al Ghazi, Ion Popava

REVIEW ARTICLES

- + **A Psychopathological Perspective on Bipolar Disorder. The Evolutionary Doctrine and Existential Phenomenology (I)** 13
Mircea Lăzărescu

ORIGINAL ARTICLES

- + **Family Model Failures. Psychopathological Risks** 21
Mihail C. Pîrlög, Cornelia Rada, Petre Rădescu, Ileana Prejbeanu, Florinel Bădălescu, Manuela Dragomir
- + **Maintaining Symptoms Control in Schizophrenia: a Naturalistic 6 Months Observation** 27
Șerban Turluc, Beatrice Costea
- + **Clinical Functional Dimensions And Cognitive Functions In Female Schizophrenic Patients** 33
Ioana Crăciun, Ioana Micleșuța, Codruța Popescu
- + **Mental Fragility And Psychosomatic Illness** 37
Simona Trifu

BOOK FORUM

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

EDITOR-IN-CHIEF: Dan PRELIPCEANU
CO-EDITOR: Dragoy MARINESCU

ASSOCIATE EDITORS:

Doina COSMAN
Pompilia DEHELEAN
Mariana GABOȘ GRECU
Maria LADEA
Aurel NIREȘTEAN
Cristinel ȘTEFĂNESCU
Radu TEODORESCU
Cătălina TUDOȘE

Executive editor: Elena CĂLINESCU

STEERING COMMITTEE:

Prof. dr. Vesile CHERIȚĂ (Honorary Member of the Romanian Academy of Medical Sciences, Iași)
Prof. dr. Mircea DEHELEAN (Timișoara)
Michael DAVIDSON (Professor, Sackler School of Medicine Tel Aviv Univ., Mount Sinai School of Medicine, New York)
Virgil ENĂTESCU (Member of the Romanian Academy of Medical Sciences, Satu Mare)
Prof. dr. Ioana MICLUȚIA (Cluj-Napoca)
Prof. dr. Șerban IONESCU (Paris VIII University, Trois-Rivieres University, Quebec)
Prof. dr. Mircea LĂZĂRESCU (Honorary Member of the Romanian Academy of Medical Sciences, Timișoara)
Juan E. MEZZICH (Professor of Psychiatry and Director, Division of Psychiatric Epidemiology and International Center for Mental Health, Mount Sinai School of Medicine, New York University)
Teodor T. POSTOLACHE, MD (Director, Mood and Anxiety Program, Department of Psychiatry, University of Maryland School of Medicine, Baltimore)
Dan RIGA (senior researcher)
Sorin RIGA (senior researcher)
Prof. dr. Dan RUJESCU (Head of Psychiatric Genomics and Neurobiology and of Division of Molecular and Clinical Neurobiology, Department of Psychiatry, Ludwig-Maximilians-University, Munchen)
Prof. dr. Elliot SOREL (George Washington University, Washington DC)
Maria GRIGOROIU-ȘERBANESCU (senior researcher)
Prof. dr. Tudor UDRIȘTOIU (Craiova)

ISSN: 1454-7848

Quarterly

www.e-psihiatrie.ro/revista

COMITET DE REDACȚIE
Redactor șef: Dan PRELIPCEANU
Redactor științific: Dragoș MARINESCU
Redactor: Rada MHAILESCU

COLECTIV REDACȚIONAL
Diana COSMAN
Păpăția DEHELEAN
Măria LADEA
Marcela GABOS GRECU
Aurel NIREȘTEAN
Odalina ȘTEFĂNESCU
Rada EDDORESCU
Odalina TUDOSE

CONSILIUL ȘTIINȚIFIC
Prof. dr. Vasile CHRITA (membru de onoare
al Academiei de Științe Medicale,
Iasi)

Michael DAVIDSON (Professor, Sackler
School of Medicine, Tel Aviv Univ,
Mount Sinai School of Medicine,
New York)

Prof. dr. Mircea DEHELEAN (Timișoara)
Prof. dr. ENĂTESCU (membru al Academiei de
Științe Medicale, Satu Mare)

Prof. dr. Ioana MICLĂUȚĂ (Cluj-Napoca)

Prof. dr. Șerban IONESCU (Universitatea
Paris VIII, Universitatea Trois-
Rivieres, Quebec)

Prof. dr. Mircea LĂZĂRESCU (membru
de onoare al Academiei de Științe
Medicale, Timișoara)

Dan E. MEZZICH (Professor of Psychiatry
and Director, Division of Psychiatric
Epidemiology and International
Center for Mental Health, Mount
Sinai School of Medicine, New York
University)

Teodor T. POSTOLACHE, MD (Director,
Mood and Anxiety Program,
Department of Psychiatry,
University of Maryland School of
Medicine, Baltimore)

Dan RIGA (cercetător principal gr.I)

Șerban RIGA (cercetător principal gr.I)
Prof. dr. Dan RĂULESCU (Head of Psychiatric
Genomics and Neurobiology
and of Division of Molecular and
Clinical Neurobiology, Department
of Psychiatry, Ludwig-Maximilians-
University, Munich)

Prof. dr. Eliot SOREL (George Washington
University, Washington DC)

Maria GRIGORCIU-SERBANESCU

(cercetător principal gr.I)

Prof. dr. Tudor UDRISTOIU (Cluj-Napoca)

ASOCIAȚIA MEDICALĂ
ROMÂNĂ



ASOCIAȚIA ROMÂNĂ
DE PSIHIATRIE ȘI PSIHOTERAPIE

REVISTA ROMÂNĂ de PSIHIATRIE

ROMANIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

Vol XII

Nr. 4

2010

CUPRINS

EDITORIAL

- ☐ **Nevoi de altitudini** 127
Aurel Nireștean

ARTICOLE SPECIALE

- ☐ **Markeri personalogici în dinamica tulburării afective bipolare** 129
Aurel Nireștean, Emese Lukacs

ARTICOLE DE SINTEZĂ

- ☐ **Medicația psihotropă și sistemul endocrin** 133
Liana Dehelean, Pompilia Dehelean, Daniela Jitaru, Elena Ștefan, Claudiu Vasiliu

ARTICOLE ORIGINALE

- ☐ **Gradul subiectiv de îmbunătățire al dispoziției vara versus după tratamentul cu lumină larna la pacienții cu tulburare afectivă cu pattern sezonier** 138
Alvaro Guzman, Gagan V. Nijjar, Anwar Sleem, Hassan Yousofi, Dipika Varwani, Teodor T. Postolache
- ☐ **Vârsta parentală și riscul de depresie al copiilor** 143
Valentin Matei
- ☐ **Funcționarea socială în tulburarea schizoafectivă: care este influența vârstei la debut și a sexului pacienților?** 147
Cristina Bredicean, Monica Ioncu, Ion Papava, Roxana Mihailescu, Lucian Ite, Ica Popa, Anca Rasca

CAZ CLINIC

- ☐ **Tulburare psihotică organică sau comorbiditate?** 151
Cristina Daniela Cojocaru, Paul Sorin-Pletea, Ciprian Roșu

APARIȚII EDITORIALE

AGENDA ASOCIAȚIEI ROMÂNE DE PSIHIATRIE ȘI PSIHOTERAPIE (ARPP)

- Primul Anunț al celui de-al IV-lea Congres Național de Psihiatrie,
București, 19-22 Octombrie 2011 158

INSTRUCȚIUNI PENTRU AUTORI

INDEX DE AUTORI 164

INDEX DE AUTORI 168

Revista Română de Psihiatrie este indexată de Consiliul Național al Cercetării Științifice din Învățământul Superior la categoria B+. Apare trimestrial.

Colegiul Medicilor din România acordă abonaților la această publicație 5 credite EMC/an. Articolele științifice publicate în revistă sunt creditate cu 80 credite EMC/articol.

Revista Română de Psihiatrie este editată de *Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie* și *Asociația Medicală Română*

ORIGINAL ARTICLES

SOCIAL FUNCTIONING IN SCHIZOAFFECTIVE DISORDER: WHAT IS THE INFLUENCE OF AGE AT ONSET AND GENDER?

Cristina Bredicean^{1,2,3}, Monica Ienciu^{1,2}, Ion Papava^{1,2,3}, Roxana Mihalcea², Lucian Ilie^{2,3}, Ica Popa¹, Anca Rasca³

Abstract:

Background: The interest for the social functioning of the persons diagnosed with a type of endogenous psychosis grew very much in the last years. The majority of studies analyze in comparison, the long term differences between schizophrenia, schizoaffective disorder and affective disorders. There are no studies that analyze only the social functioning in schizoaffective disorder. This study is part of a larger project for the study of functional psychosis which took place in Timisoara, starting in the year 1985. 27 subjects were selected, who are now diagnosed with schizoaffective disorder and have minimum 15 years of evolution since the first episode of psychosis.

Objectives: The purpose of this study was to observe the way in which gender and onset age can influence the social functioning of subjects diagnosed with the schizoaffective disorder.

Material and methods: Socio-demographic data was used for evaluation (onset age, actual age, gender, psychiatric history) and the SFS (Scale for Social Functioning) was used to assess the social function, which is an auto-applied questionnaire.

Results: The results showed that the majority of subjects have a good social functioning, and the onset of the psychotic pathology at an adult age is correlated with a better social functioning. Women obtained higher scores in the subscales for social commitment and independence.

Conclusions: This study has demonstrated that social functioning in schizoaffective disorder is high even after 15 years of evolution. Female gender and a late onset age are correlated with a better social functioning.

Key words: SFS, long-term evolution, sociodemographic factors, psychosis

Rezumat:

Introducere: Interesul pentru funcționarea socială a persoanelor care prezintă un diagnostic de psihoză endogenă a crescut foarte mult în ultimii ani. Majoritatea studiilor analizează comparativ diferențele pe termen lung care există între schizofrenie, tulburare schizoafectivă și tulburarea afectivă. Nu există studii care să analizeze doar funcționarea socială în tulburarea schizoafectivă. Acest studiu este o parte din cadrul unui proiect de studiu al psihozelor funcționale desfășurat în Timișoara începând cu anul 1985. Au fost selecționați 27 de subiecți care în prezent au diagnostic de tulburare schizoafectivă și care au o evoluție de minim 15 ani de la primul episod de psihoză.

Obiective: Scopul lucrării a fost de a observa modul în care vârsta de debut și genul influențează funcționarea socială la subiecții cu tulburare schizoafectivă. Pentru evaluare s-au folosit datele sociodemografice (vârsta la debut, vârsta actuală, genul și istoricul psihiatric), iar pentru funcționarea socială s-a folosit Scala de Funcționare Socială (SFS), care este un chestionar de auto-aplicare.

Rezultate: Rezultatele obținute au arătat că majoritatea subiecților au o funcționare socială bună, iar debutul patologiei psihotice la vârsta adulțului se corelează cu o funcționare socială mai bună. Femeile au obținut scoruri mai ridicate la subscalele de angajare socială și de independență.

Concluzii: Această lucrare a demonstrat că funcționarea socială în tulburarea schizoafectivă este ridicată chiar și după 15 ani de evoluție. Sexul feminin și debutul la vârsta adulțului coreleându-se cu o funcționare socială mai ridicată.

Cuvinte cheie: SFS, evoluție pe termen lung, factori sociodemografici, psihoza

INTRODUCTION

Nowadays, social functioning is one of the most studied aspects of endogenous psychosis. This concept refers to the way a person manages to fulfil its role within everyday social relations and how he works and lives in society.

Social functioning is influenced by several factors: age of onset, gender, duration of the disease, pre-

pathological functioning degree, positive and negative symptoms. Its assessment is the most competent predictive indicator for establishing the clinical and evolutionary profile of a psychosis.

Most international studies that perform a cross-analysis compare the social functioning of subjects diagnosed with schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder, show that a person diagnosed with schizophrenia is dealing with a more deficient social

Received May 3, 2010; revised July 13, 2010; accepted July 29, 2010

¹Department of Psychiatry, Victor Babes University of Medicine and Pharmacy, 2 Eftimie Murgu Square

Timisoara Psychiatric Clinic, I. Rădărescu No. 21, Timisoara

Maria Institute Timisoara, Romaia No. 15, Timisoara

Correspondence to:

Cristina Bredicean

Department of Psychiatry, Victor Babes University of Medicine and Pharmacy, 2 Eftimie Murgu Square, 30041 Timisoara, Romania.

Tel.: 0722424301. E-mail: c.bredicean@ubm.ro

Cristina Bredicean, Monica Ienciu, Ion Popava, Roxana Mihalcea, Lucian Ite, Ica Popa, Anca Ruzsa : Social Functioning In Schizoaffective Disorder: What Is The Influence Of Age At Onset And Gender?

functioning than a person diagnosed with bipolar disorder (1,3,3)

The prospective cross-studies demonstrate that changes in social functioning appear in the first five years after the first episode of psychosis, and then it stabilizes. (4) Social functioning is a symptom that can improve by means of psychotherapy, which is important for enhancing the quality of life of psychotic subjects.

The purpose of this study was to assess the influence of gender and onset age, on social functioning, in subjects diagnosed with the schizoaffective disorder after at least 15 years of evolution. We know that gender has an influence on social functioning, in the sense that women have better social performance than men do. The age of onset seems to have a different influence on men's and women's social functioning and most studies found that men have an earlier age of onset than women and worse social functioning. (5)

MATERIAL AND METHODS

The present study is part of a long-term project, which was carried out in The Psychiatric Clinic of Timisoara. This project included all subjects who were hospitalized during 1985-2000 with a first episode of psychosis and who were residing in Timisoara.

Subjects

This study included 27 subjects (14 men and 13 women) and their selection was based on inclusion and exclusion criteria. Inclusion criteria were: current diagnosis of schizoaffective disorder - according to ICD-10 -, minimum 15 years of evolution of the disease, age of onset between 18-65 years and continuous follow-up of the outpatients in the ambulatory psychiatric service from Timisoara. Subjects diagnosed with mental retardation or neurological disorder, were excluded. Clinical diagnosis at the first episode of psychosis was established according ICD-9 criteria, presently being converted to ICD-10 criteria. One aspect to be mentioned is that the subjects included in this study were not diagnosed from the first episode with schizoaffective disorder, but after 5-7 years of evolution. After this period of time the subjects presented only schizoaffective episodes. The selected subjects were informed by their psychiatrist on the objectives and methodology of the study and provided his /her informed consent to participate.

Evaluation

All subjects were assessed according to the socio-demographic questionnaires that included information on age, gender, age of onset of the disease, psychiatric history and social functioning, using the Social Functioning Scale (SFS) and a self-report questionnaire elaborated by Birchwood M. in 1990 (6). The SFS has a total score and seven sub-scores: withdrawal/social engagement, interpersonal communication, independence-performance, independence-competence, recreation, pro-social and employment/occupation. This scale was developed and validated on outpatients with schizophrenia.

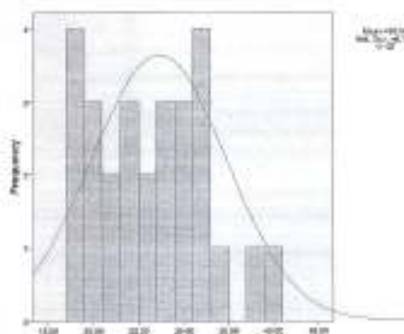
Statistical analysis

Although the study group had a small number of subjects, the SPSS 16 statistical programs was used for processing the data and make a correlation between social functioning, age-of-onset and gender. Age at onset was

divided into two categories: between 18 and 25 years old (late adolescence) and over 25 years (adult age). P-values of <0.05 were considered as being statistically significant.

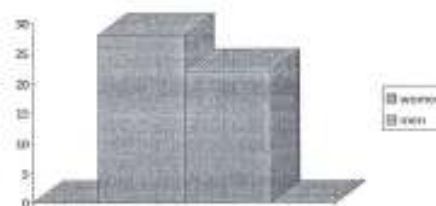
RESULTS

There were 27 subjects included in the study, 14 men and 13 women. The average onset age was 26 years (Graphic 1).



Graphic 1: Distribution according to age at onset

Analysis of the gender differences regarding the onset age revealed that the average onset age of the women subgroup was 28 years, compared with the average onset age of the men subgroup which was 22 years (Graphic 2).



Graphic 2: Average age at onset, women/men



Graphic 3: Lot distribution according to social functioning (SFS)

Social Functioning Scale									
	N	Min.	Max.	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Prosocial	27	.09	1.90	1.174	.43090	1.068	.448	.949	.872
Recreation	27	.42	2.28	1.421	.52165	-.220	.448	-.784	.872
Interpersonal communication	27	.25	2.25	1.620	.51127	-.918	.448	.616	.872
Social functioning	27	.82	2.51	1.741	.41084	-.474	.448	-.673	.872
Independence performance	27	.46	2.76	1.980	.68993	-.651	.448	-.759	.872
Social engagement	27	1.40	3.00	2.274	.40818	-.253	.448	-.422	.872
Independence competence	27	1.46	3.00	2.453	.43945	-.984	.448	.081	.872
Valid (listwise)	N 27								

Table No. 1: Statistical processing of SFS questionnaire

Gender and social engagement					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal	by Phi	-.402			.037
Nominal	Cramer's V	.402			.037
Interval by Interval	Pearson's R	-.402	.105	-2.194	.038*
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.402	.105	-2.194	.038*
N of Valid Cases		27			

Table No. 2: Correlation between social engagement (SFS) and female gender

Gender and independence competence					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal	by Phi	-.402			.037
Nominal	Cramer's V	.402			.037
Interval by Interval	Pearson's R	-.402	.105	-2.194	.038*
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.402	.105	-2.194	.038*
N of Valid Cases		27			

Table No. 3: Correlation between independence competence and female gender

Social functioning of the subjects was classified into 3 categories: low, medium and high. We observed that the majority of subjects (63%) had a medium level of social functioning (Table 1).

In order to analyze the way in which the onset age influences social functioning, the subjects were divided according to the onset of their disease, into two categories: under 25 years and after 25 years.

The correlation was statistically significant only

in the subscale withdrawal/social engagement ($p < 0,01$) meaning that the subjects who had the first episode of psychosis after 25 years of age had a better social involvement (Table 2).

The correlation between gender and social functioning showed that women have a better social engagement ($p = 0,037$ and $r = -0,402$) and more abilities to function independently compared to men (Table 3). (Statistically significant correlation: $p = .037$ $r = -.402$)

Cristina Brodicescu, Monica Ienciu, Ion Popava, Roxana Mihalcea, Lucian Ite, Ica Popa, Anca Raica / Social Functioning In Schizoaffective Disorder: What Is The Influence Of Age At Onset And Gender?

DISCUSSIONS

This study is a longitudinal follow-up of endogenous psychoses hospitalized in The Psychiatric Clinic of Timisoara. One of the most important aspects of this project - from a longitudinal perspective - is that each subject was assessed at the onset and after 5 and 10 years of evolution of the disorder.

The study included a small number of subjects (27 subjects), for their selection no statistical methods were necessary, but only the inclusion and exclusion criteria. Dividing the study group according to gender revealed that men represent 52% of the cases, although international studies have previously shown that schizoaffective disorder is more common in women. The results are not statistically relevant, because the number of subjects was very small. Average age of onset was 26 years, with lower values in men compared to women. These results are consistent with those in the international literature, which says that the onset occurs at an early age and even earlier in case of men.

Regarding social functioning, SFS scale application demonstrated that most subjects (63%) show a medium social functioning and only 3% have a low one. Given the long period of evolution of the disorder (minimum 15 years) we can say that social functioning does not reduce directly proportional to the years of evolution of psychosis.

To see whether social functioning is influenced by age of onset, the study group was divided into two subgroups, as described above. Notes were made that there was a statistically significant positive correlation between the onset of psychotic pathology at an adult age and better social engagement (this item includes: awakening time, hours spent alone, initiating a conversation, leaving home and reacting to new encounters). This shows that a late age of onset leads to a better social functioning, as the person is already socially involved.

In terms of how gender influences the overall social functioning, the study shows that women have better performances, also related with a late age of onset. Separate analysis of the SFS scale items showed that, by comparison, women have higher scores on social engagement and independent functioning, than men do (this item includes: shopping, using common transportation, money, personal hygiene, cooking). The results are similar with the international studies, showing a better social functioning in women compared to men.

The question that arises is whether women's higher social functioning is due to age of onset and / or individual features related to gender.

The novelty of this study is that social functioning was assessed in subjects presenting a diagnosis of schizoaffective disorder and having a longitudinal evolution of minimum 15 years. Generally, social functioning is evaluated more frequently in subjects with a diagnosis of schizophrenia and affective disorders and there are few studies related to schizoaffective disorder. The limitations of this study are: the small number of subjects, the SFS questionnaire was applied only to the subjects, without taking into account the opinion of a family member and the study did not include subjects that are not compliant to the treatment.

CONCLUSIONS

- The social functioning of the subjects with schizoaffective disorder who have a long term evolution between 15-25 years is medium and even high levelled.
- The onset of psychotic pathology after 25 years of age is associated with a higher level of social functioning.
- Gender has a protective role in the sense that women have a better social functioning than men.

REFERENCES

1. Biusa T, Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007;116(6):403-418.
2. Isntander R, Strass A, Müller HU. Social disability in schizophrenia, schizoaffective and affective disorder 13 years after first admission. *Schizophrenia Research* 2010;116:9-15.
3. Uhal J, Hsu Jn, Ochoa S, Marquez M, Arayo S. Influence of gender on social outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002;106(5):337-342.
4. Ochoa S, Uhal J, Villalta-Gil B, Villalón M, Márquez M, Valdelomar M et al. Influence of age at onset on social functioning in outpatients with schizophrenia. *Eur J Psychiatr* 2006;20(3):157-163.
5. Gurteje O. Gender and schizophrenia: age at onset and sociodemographic attributes. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991;83(5):402-405.
6. Birchwood M, Smith J, Chorzynski R, Winton S, Coppen S. The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1990;157:853-859.

Volume 57 | Number 1 | 2011

ACTA MEDICA MARISIENSIS

OFFICIAL PUBLICATION OF THE
UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY OF TÂRGU MUREȘ



Editorial

To See or Not to See: Beyond the Open Artery in Myocardial Reperfusion

Original research

Comparative Study Between Echocardiography and Autopsy Results of Congenital Heart Defects

No-reflow in Patients with ST Elevation Acute Anterior Myocardial Infarction

Considerations Upon a Case of Hepatocellular Carcinoma Treated with Magnetic Resonance Imaging – Guided Percutaneous Cryotherapy Guidance

Clinical Aspects of the Schizoaffective Disorder in Comparison with Schizophrenia After a 15-year Evolution

Featuring

Cardiology
Dental Medicine
Gastroenterology
Pathology
Pediatrics
Pharmacy
Psychiatry
Surgery

ISSN 2068-3324



www.ammjournal.ro

Acta Medica Marisiensis

Volume 57 | Number 1 | 2011

Contents

Editorial

- 3 To See or Not to See: Beyond the Open Artery in Myocardial Reperfusion
Dobreanu D.

Original articles

- 5 Comparative Study Between Echocardiography and Autopsy Results of Congenital Heart Defects
Imre Agnes, Egyed-Zs Imre, Toghiani Rodica, Cotal Ovidiu, Pasc Ana Sorina, Cucerea Manuela
- 9 No-reflow in Patients with ST Elevation Acute Anterior Myocardial Infarction
Baba C., Orban F., Ursu M.
- 12 Nutritional Parameters in Children with Acute Leukemia
Chiriacan Mihaela, Baghiu Despina, Horvath Adrienne, Motovan Diana
- 15 Exposure to Aminoglycosides from Flu Vaccines and Susceptibility to Gentamicin Among *Escherichia coli* Strains in Urinary Isolates from Asthmatic Patients
Ivnete Dana Mariana, Popescu F.D., Greblescu Raluca, Popescu Florica, Avramescu Carmen
- 18 The Influence of Flow Soy Diet on Gastrointestinal Tract in Animal Model
Tulea Corina, Peev Camelia, Mungas Anca, Feflea Stefana, Ciurlea Sorina, Motoc A.
- 21 Resonance Frequency Analysis of Dental Implant Stability During the Healing Period (A Clinical Study)
Boeriu S.
- 24 Primary Cutaneous Melanoma: 7-year Follow-up (2003-2009)
Chitu M. D., Sir Anca, Chitu Madalina, Mlutin Dana, Mocan Simona
- 27 The Role of SCID II in Diagnosis of Cluster B - Personality Disorders Associated or Not with Affective Comorbidity – a Pilot Study
Toma Mișela, Nreștean A., Roșu Codruța, Echim Iulă
- 30 Correlation Between *Helicobacter pylori*, Hiatal Hernia and Barrett's Esophagus
Macarie Melania, Băfagă Simona, Croșnai Daniela, Macarie I., Török Imola, Georgescu D., Sărbu-Pop Silvia
- 34 Lymph Node Harvest in Resected Colon Cancer Specimens
Kiss R., Kiss L., Chis F., Iie S., Poni P., Alexe D., Maniu D., Mitulescu S., Zaharia I.
- 37 Is Psychiatry a Profession Associated with High Anxiety?
Roșu Codruța Maria, Nreștean A., Toma Mișela, Echim Iulă
- 39 Considerations Upon a Case of Hepatocellular Carcinoma Treated with Magnetic Resonance Imaging – Guided Percutaneous Cryotherapy Guidance
Coltescu Camelia, Habersetzer F., Oltean G., Băfagă Simona, Georgescu D., Gaman J.
- 43 Evaluation of Antimicrobial Effect of Mineral Trioxide Aggregate, Calcium Hydroxide and Calcium Hydroxide with Iodoform on Microbial Growth in Vitro
Eșian Daniela, Manea Al., Man A.
- 47 Stability Studies of Ampicillin Trihydrate in Suspensions and Acidic Aqueous Solutions
Rad I., Croitoru M. D., Pálffy Ágnes, Gyéresi Á.
- 52 Comparative Study On Chiral Separation Of Pyrethroid Acids with Amino and Neutral Cyclodextrine Derivatives
Căjre Anca Gabriela, Juvancz Z., Iványi R., Schung V., Tőkés B.
- 55 Clinical Aspects of the Schizoaffective Disorder in Comparison with Schizophrenia After a 15-year Evolution
Bredicean Cristina, Ienciu Monica, Papava I., Saiva Emanuela, Mihaela Roxana, Popa Ica, Iie L.

ORIGINAL ARTICLE

Clinical Aspects of the Schizoaffective Disorder in Comparison with Schizophrenia After a 15-year Evolution

Bredicean Cristina^{1,2}, Ienciu Monica^{1,2}, Papava I.^{1,3}, Salva Emanuela², Mihalcea Roxana², Popa Ica³, Iile L.^{2,3}

¹ Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Victor Babes University of Medicine and Pharmacy Timisoara

² Psychiatric Clinic Eduard Pamfil, Timisoara

³ Miro Institute, Timocers

Background: Schizoaffective disorder is currently one of the debated nosological categories, nowadays existing more controversial suppositions regarding its ranging.

Aim: The assumption of this study was that schizoaffective disorder is a version of schizophrenic disorder.

Methods: In pursuit of this supposition, two groups of subjects were selected, called group A, which includes subjects diagnosed with current schizoaffective disorder – according to ICD 10 – and group B, who were diagnosed with current schizophrenia. The two groups were relatively analyzed aiming at socio-demographic and clinical parameters at first admission and clinical evolution and global functioning 15 years past the first episode.

Results: The results showed that there are differences on diagnosis at first hospitalization in subjects who subsequently developed schizoaffective disorder, which could have been produced by an episode of schizophrenia, an episode of acute and transient psychosis or an affective episode. Also, the long-term outcome of the subjects showed differences between the two groups regarding the number of hospitalizations – which is much higher in subjects from schizoaffective group than in those with schizophrenia. The schizoaffective disorder group shows superior professional and family functioning in comparison with the group diagnosed with schizophrenia.

Conclusions: The conclusion of this study is that schizoaffective disorder is a nosological entity different from schizophrenia. In order to clarify its nosological status, neurophysiologic, laboratory examinations and family studies are needed.

Keywords: schizoaffective disorder, schizophrenia, ICD 10, long-term outcome, global functioning

Introduction

Schizoaffective disorder is currently one of the controversial nosological categories. The term “schizoaffective” was introduced by Kasanin [1] who described 9 patients who clinically experienced psychotic and affective symptoms, who have completely recovered after several months and had a good premorbida movement.

The term, as a separate category, was introduced in modern diagnosis systems starting with DSM III and ICD 10. ICD 10 introduced the term “schizoaffective disorder” but it only defines the notion of schizoaffective episode and not that of disorder – meaning the aspects related to the long-term outcome. Schizoaffective disorder is inserted within the group of “schizophrenia, schizotypal and delusional disorders”.

The aim of this work was born from the question: is schizoaffective disorder a variant of schizophrenia or is it a separate nosological entity?

Hypothesis:

1. Socio-demographic and clinical parameters at first admission differ from the subjects with schizoaffective disorder to those with schizophrenia.
2. Clinical evolution and global functioning after 15 years from the first episode are higher in subjects with schi-

zoaffective disorder in comparison with those with schizophrenia.

Material and methods

The present research is part of a larger study carried on in the Timisoara Psychiatric Clinic focused on the typology and evolution of endogenous psychosis. At the core of the research there is the Endogenous Psychosis Case Register, which was started in 1985. Between 1985–2004, 1621 cases have been recorded.

Two groups of subjects were selected from this Case Register around inclusion and exclusion criteria – without the use of statistical methodology – known as group A (which includes subjects diagnosed with current schizoaffective disorder) and group B (subjects who were diagnosed with schizophrenia). Each study group includes 20 subjects.

Inclusion criteria:

1. First episode of psychosis was between 1985–1994 and required hospitalization in Timisoara Psychiatric Clinic ADE;
2. Current diagnosis is schizophrenia, according to ICD 10(F.20) and schizoaffective disorder (F. 25);
3. Hospitalization in the Clinical Ambulatory Timisoara;
4. Subjects agreed to participate in the study.

Table I. Gender characteristics of groups

	Male	Female
Schizophrenia	6	14
Schizoaffective disorder	4	16

Exclusion criteria:

1. Presence of personality disorders or mental retard;
2. Presence of a disease caused by drug use or an organic disorder.

Since schizoaffective disorder does not have a very clear definition from long-term outcome perspective, it is very important to define the clinical characteristics of the subjects introduced in the study group.

Clinical features were:

- ▶ First episode of psychosis was classified as schizophrenia, acute and transient psychotic disorder or affective depressive or manic episode with psychotic symptoms;
- ▶ After the first five years of evolution, the subjects presented only schizoaffective episodes;
- ▶ The current diagnostic is schizoaffective disorder, according to ICD 10.

The two groups were analyzed retrospectively on the basis of existing case files, but during 2009 a sectional assessment was also conducted. Cross evaluation was performed during the remission period of clinical symptoms, analyzing several parameters out of which only those who belong to the global functioning of each topic were selected.

The following parameters were analyzed:

1. Socio-demographic characteristics of each subject.
2. Diagnosis of the first episode of psychosis.
3. The average duration of evolution.
4. Number of hospitalizations until present time.
5. Family and professional functioning, onset and present

To assess these parameters existing history data were used, supplemented by a clinical interview currently conducted. Due to low number of subjects, no statistical processing of data was carried out, but a simple results analysis.

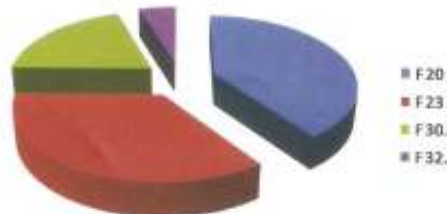


Fig. 1. Diagnostic of first episode psychosis of schizoaffective group

Table II. Familial and professional characteristic of the groups first hospitalization/present

Familial/professional	Schizophrenia first hospitalization	Schizophrenia present	Schizoaffective disorders first hospitalization	Schizoaffective disorder present
Married	6	7	3	8
Single	14	13	17	12
Employed	10	7	9	3
Unemployed	10	10	11	17

Results

Socio-demographic characteristics of the two groups were:

1. Distribution by sex (Table I).

The proportion of female subjects in the group with schizoaffective disorder (80%) was higher than in the group with schizophrenia (70%) but with low difference between groups.

2. Distribution of the average residence

All subjects in both groups came from urban environment.

3. Average age of onset

Schizoaffective disorder shows an average age of onset of 24.8 lower than that of subjects with schizophrenia which is of 25.2, an almost insignificant difference.

Regarding the diagnosis of the first episode of psychosis there are significant differences between the two groups. Subjects with schizoaffective disorder show a different diagnostic at the first episode compared to subjects with schizophrenia which show the same diagnostic as at present, namely schizophrenia (Figure 1).

The average duration of development was relatively similar – 20.7 years for subjects in the group diagnosed with schizoaffective disorder group and 21.3 years for subjects with schizophrenia.

The group analysis in 2009 of the clinical process of subjects (number of hospitalization days during this period) shows a twice higher rate of hospitalization days for subjects with schizoaffective disorders compared to those with schizophrenia (Figure 2).

Family and social functioning of subjects evaluated at the first episode of psychosis were analyzed compared to the present (Table II). These results indicate that subjects with



Fig. 2. Rate of hospitalization

schizophrenia but

Discussion

1. Schizophrenia
2. Schizoaffective disorder
3. Schizophrenia
4. The schizoaffective disorder

Under concept differentiable with schizophrenia respect well as Schizoaffective disorder

The episode subsequent represent present period of subject on that the subjects because cause

schizoaffective disorder differ from those with schizophrenia because they obviously have a more favorable outcome.

Discussion

Internationally, at present, regarding schizoaffective disorder, four nosological concepts are being described:

1. Schizoaffective disorder is a variant of schizophrenia.
2. Schizoaffective disorder is a variant of affective disorders.
3. Schizoaffective disorder is an intermediate entity between schizophrenia and affective disorders.
4. There is a continuum of functional psychoses with schizophrenia at one end and affective psychoses at the other end of the spectrum [2].

Undertaken studies that tried to attest these nosological concepts obtained different outcome because they used different definition for schizoaffective psychoses, incompatible with each other.

In this study we tried to evaluate the nosological model: schizoaffective disorder is a variant of schizophrenia, with respect to the clinical diagnosis of first hospitalization as well as the outcome 15 years after first hospitalization.

Subjects introduced in the study showed a period of evolution of at least 15 years, are currently diagnosed with schizoaffective disorder (according to ICD 10) and became schizoaffective within five years after the first episode of psychosis.

The most obvious differences are related to the first episode of psychosis, in the sense that to the subjects who subsequently develop schizoaffective disorder, this can be represented by an episode of schizophrenia, acute and transient psychosis or an affective episode. Long-term outcome of subjects also showed differences between the two groups on the number of hospital admissions, which is higher in the subjects belonging to schizoaffective group than in those with schizophrenia. These results are not surprising, because this emotional component in the clinical layout cause an increase in the number of hospitalizations. Global

functioning – socially, professionally and inside the family – is higher in the group with schizoaffective disorder compared with those with schizophrenia, these findings do not support to the model that schizoaffective disorder is a variant of schizophrenia.

As we have seen, the results show that there are differences between schizoaffective disorder and schizophrenia both clinically as well as in long-term outcome. To establish the validity of schizoaffective disorder as a separate diagnosis category, neurophysiologic, laboratory and family studies are required and it is also important to define the clinical archetype of schizoaffective disorder analyzed in the study.

Conclusion

The results of this study revealed the following:

1. The clinical picture at the time of first admission schizoaffective disorder are distinguishable from schizophrenia.
2. Average age of onset is the same for both groups analyzed and situated between 24 and 26 years.
3. Long-term results are different in the subjects with schizoaffective disorder, for these have twice the number of admissions compared to those with schizophrenia.
4. Professional and family functioning is higher in subjects with schizoaffective disorder compared to those with schizophrenia.

Schizoaffective disorder is a different nosological entity from schizophrenia. To clarify the nosological status, neurophysiologic, laboratory examinations and family studies are required, but also a clear differentiation between terms "schizoaffective disorder" and "schizoaffective episode".

References

1. Kaserin J – The schizoaffective psychoses, *Am J Psychiatry* 1933; 13:97-126
2. Jager M, Botlender R, Strausz A, Moler H-J – Fifteen-year follow-up of ICD-10 schizoaffective disorders compared with schizophrenia and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:30-37