

Simptomele de prim rang ale lui Schneider. Abordare din perspectiva psihopatologiei clinice

Rezumat

Articolul are ca obiectiv prezentarea și comentarea simptomelor de prim rang recomandate de Schneider pentru diagnosticul schizofreniei (SPR) din mai multe perspective. Este făcut un scurt istoric și o prezentare comentată a acestei simptomatologii în perspectiva psihopatologiei descriptive și a încadrării nosologice. După ce se localizează SPR în aria psihopatologiei sinelui (self) așa cum e aceasta interpretată de psihopatologia fenomenologică actuală, este analizată pe de o parte corelația cu simptomatologiei paranoidiei schizomorfe, pe de alta cea cu depersonalizarea schizomorfă. Între aceste două planuri e adusă în discuție corelația cu dedublarea sinelui, cu obsesionalitatea și stările disociative de posesiune. Corelația SPR cu depersonalizarea este abordată din perspectiva studiilor școlii din Bonn și Copenhaga. Se trec ulterior în revistă câteva studii fenomenologice și cognitiviste. Una din concluzii este necesitatea unei metodologii mai riguroase în identificarea cazuisticii cu SPR în vederea cercetărilor riguroase. În acest sens se propune o scală de evaluare.

Cuvinte-cheie: simptome de prim rang Schneider, sine, schizofrenie, fenomenologie, cognitivism

Aspecte istorice și ale psihopatologiei descriptive

Kurt Schneider, profesor de psihiatrie la Heidelberg, a opinat intuitiv că, din multitudinea de simptome atribuite pe vremea sa schizofreniei, câteva pot fi considerate “de prim rang”, în sensul că au o pondere deosebită în diagnosticarea pozitivă și diferențială a acestei tulburări, mai ales în raport cu ciclotimia (=tulburarea bipolară, maniaco-depresivă). Prezența unuia din aceste simptome în lipsa unei patologii organice cerebrale (psihoze alcoolice, epilepsie, suferințe cerebrale și general organice) ar indica schizofrenia. Schneider a publicat lista sa în 1939 într-un text scurt dedicat medicilor

generalişti (Bürgy). **(1)** Aceste simptome – aşa cum sunt ele prezentate în ultima ediţie a cărţii sale Psihopatologia Clinică **(2)** – sunt :

- sonorizarea gândirii; - halucinaţii auditive : apelative, comentative, constând în mai multe voci ce vorbesc despre pacient; - voci care acompaniază propriile acţiuni cu comentarii, observaţii; - trăiri de influenţare a corpului; - furtul gândirii şi alte moduri de a influenţa gândirea; - răspândirea gândirii; - percepţii delirante şi influenţarea trăirilor, a voinţei, a instinctelor şi a activităţii.

Simptomul înregistrării gândirii a fost introdus doar în ediţia din 1958 iar cel al pasivităţii somatice în 1958. De remarcat că Schneider nu menţionează “*expresis verbis*” inserţia gândirii, care în trecut şi în prezent e considerată nucleul acestei liste. Şi că nu precizează durata acestei simptomatologii, necesară pentru diagnosticul de schizofrenie.

Lista lui Schneider se referă doar la diagnostic, motiv pentru care a şi fost adoptată cu căldură în ultimele decenii când au început să fie utilizate în psihiatrie definiţiile operaţionale. Aceste simptome nu au o semnificaţie patogenică la fel ca “simptomele fundamentale” ale lui Bleuler, care erau considerate că eliberează simptome secundare, între care se afla şi delirul. “Simptome fundamentale” pe care Schneider nici nu le menţionează, lasand la o parte la acest nivel “cei patru A”: autism, ambivalenţă, relaxarea asociaţiei de idei şi avoliţie/anafectivitate. Şi la fel nu se menţionează delirul primar schizo paranoid care e invocat indirect prin percepţia delirantă ce duce la delir.

Simptomele de prim rang Schneider (SPR) nu au atras de la început atenţia comunităţii internaţionale. După traducerea lor în engleză şi în contextul în care unii psihiatri germani au emigrat în Marea Britanie,

psihiatrii din această țară au devenit atenți la problematica ridicată de Schneider.**(3)** Impunerea în plan internațional a S.P.R.S s-a produs prin studiul internațional pilot asupra schizofreniei condus de OMS, **(4)** care a utilizat manualul de definiții și chestionare PSE-9, redactat sub conducerea britanicului Wing.**(5)** Manualul pune în centrul diagnosticării schizofreniei SPR. Prin acest demers s-a confirmat prezența acestei simptomatologii – și implicit a schizofreniei pe care ea o indica – peste tot în lume.

OMS și-a menținut și în perioada redactării ICD-10 (publicat în 1994) **(6)** punctul de vedere privitor la importanța acestei simptomatologii pentru diagnosticul de schizofrenie. Acesta este circumscris acum în două categorii de simptome, prima referindu-se la SPR. Astfel, se consideră a fi necesară prezența unui simptom din (1.a.b.c.): a) ecoul, inserția, retragerea sau înregistrarea gândirii; b) delir de control, influență și pasivitate ce se referă clar la corp sau mișcarea membrelor sau la gânduri, acțiuni și senzații; percepția delirantă; c) halucinații auditive sub formă de voci ce comentează comportamentul pacientului sau discută despre el; d) deliruri bizare de orice fel (inadecvate cultural sau complet imposibile). Proiectul pentru ICD-11**(7)** propune prezenta obligatorie a cel puțin două din aceste simptome.

În această listă, cu excepția 1/d, sunt invocate S.P.R. care însă nu sunt considerate prin ele însăși delirante, delirul impunându-se tematic doar odată cu interpretarea lor. Faptul e clar formulat în manualul pe care OMS l-a dezvoltat pentru diagnosticarea categoriilor din ICD-10, adică în SCAN. **(8)** Acesta cuprinde un capitol (secția 18) intitulat : “Tulburări de gândire descris subiectiv și experiența înlocuirii voinței”, în care sunt incluse : - dispoziția delirantă și perplexitate; - citirea gândirii; - inserția gândirii; - înregistrarea (“broadcast”) gândirii; - comentarea gândirii; - blocarea gândirii; - retragerea gândirii; - înlocuirea controlului vocii de către forțe

externe; - înlocuirea controlului vocii, scrierii, acțiunilor, înlocuirea controlului gândurilor. Delirul primar și percepția delirantă sunt menționate separat, în capitolul privitor la deliruri. Tot în capitolul delir e menționată explicarea (delirantă) a experiențelor anormale ca inserția și înregistrarea gândirii prin fenomene paranormale sau fizice. Această diferențiere nu se mai păstrează în psihiatria americană. Scala pentru simptome pozitive a schizofreniei a lui Andreasen **(9)** menționează, printre alte deliruri: delirul de control (al sentimentelor și acțiunilor); delirul de citire a gândurilor; difuzarea gândirii; inserția gândirii; retragerea gândirii. Scala menționează și idei delirante de referință, care nu sunt incluse în SPR. Necesitatea ca “trăirea” (inserției, retragerii gândirii etc.) să fie “interpretată” pentru a fi delirantă, nu se păstrează. Faptul e prezent și în DSM IV TR, **(10)** argumentat prin dificultatea de a explica pacientului aceste simptome.

S.P.R. sunt în prezent privite ca un ansamblu sindromatic important în psihoze, ce se cere în primul rand identificat cu grijă de diagnostician, urmând ca sinteza diagnostică de categorie nosologică să țină cont de mai mulți parametri.

Sindromul pe care-l reprezintă S.P.R.S. reunește simptome din zona patologiei percepției, cursului gândirii, deciziei și acțiunii. Halucinațiile auditive care comentează persoana și propriile acte sau intenții, țin de psihopatologia perceptivă. Ele se exprimă într-o modalitate impersonală, diferită de halucinațiile apelative, injurioase și imperative. (De reținut că Schneider nu ignoră halucinațiile apelative). Recent unele cercetări sugerează că halucinațiile auditive reprezintă un cluster distinct în cadrul SPR, **(11)** poate tocmai datorită faptului că prezintă multe variante ce se pot combina. De ele se apropie și pseudohalucinațiile verbale în sensul Kandinski - Seglas (după Berrios), **(12)** care nu sunt incluse în SPR,

neexprimând clar un fenomen relațional. Pe de altă parte, sonorizarea gândirii ce se manifestă în continuitatea ecoului gândirii ține și ea de problematica percepției. Resimțirea propriilor gânduri ca “audibile” ridică problema cunoașterii acestora de către alții. Tot în această arie a fost comentat sentimentul “împărtășirii” și “difuzării” gândirii. Sentimentul generic al cunoașterii gândurilor proprii de către alții, a intuirii sau ghicirii gândirii, este de altfel curent și firesc mai ales în contextul relațiilor intime.

(13) Încadrarea sa printre SPR se face de obicei cu precizarea impresiei xenopatice de cunoaștere a gândurilor intime de către persoane străine, publice. Expresia de “citire a gândirii”, care nu implică universul perceptive halucinator, se referă de obicei la privirea pătrunzătoare a celorlalți. În psihopatologie, simptomul s-ar corela cu trăirile senzitive de relație în care subiectul se resimte privit în mod special; fără ca “alții” să transgreseze bariera care delimitează interioritatea sinelui de exterioritatea subiectivă a acestora.

Fenomenele de control și impunere din partea altora în aria gândirii, voinței și comportamentului, se corelează firesc cu relaționarea intimă interpersonală. Dar și cu sentimentul de pasivitate relațională în raport cu altul/altii. Sugestia ce vine din partea unor persoane dominatoare, care fascinează și manipulează, determină gânduri, atitudini și comportamente care, deși sunt în cele din urmă asumate de către subiect, sunt în același timp sunt resimțite ca impuse. Retragerea gândirii se poate corela însă cu sentimentul de gol consecutiv barajului mental, fenomen ce face parte din tulburările formale de gândire și nu are caracteristici relaționale. De altfel și impunerea gândirii poate fi corelată cu fenomenele de interferență și presiune a gândirii, cu mentismul, care e și el o tulburare formală de gândire. Mișcări automate, necontrolate voluntar, sunt descrise în psihopatologie și în

afara SPR (de ex. în tulburările disociative). Fenomenele de pasivitate somatică ar putea fi corelate cu trăirea unor cenestopatii, în cadrul depersonalizării devitalizante. Toate aceste intersecții psihopatologice nu anulează însă originalitatea acestui sindrom, care exprimă o dezorganizare a structurii eului, în direcția relaționării interpersonale. O permeabilizare a limitelor sale față de intervenția unor instanțe personale străine, care au acces la nucleul intimității sale. Deci, o perturbare a diagramei de relaționare intim/public.

Istoria mai recentă a SPR aduce în prim plan relativitatea specificității lor pentru schizofrenie. Această problemă ține de mai mulți factori. În primul rând, când a introdus idea SPR., Schneider nu a făcut referință la liste de simptome și la durata simptomatologiei. Cercetarea psihopatologică din SUA care a condus la apariția DSM III (1980) a fost legată în primul rând de introducerea unor criterii explicite de diagnostic prin definiții operaționale, în direcția drumului deschis de criteriile Feighner și aparatul conex al interviurilor structurate și semistrustrate. Acestea au pus însă accent și pe durata simptomatologiei. În acest sens, DSM III-IV a diferențiat între schizofrenie – cu durata de peste 6 luni - și tulburarea schizofreniformă, cu durata între 1-6 luni. Iar ICD-10 a conturat diagnosticul unor tulburări psihotice scurte și tranzitorii, cu durata între 2 săptămâni – 3 luni, care pot prezenta SPR dacă acestea durează sub 1 lună. Atât DSM IV cât și ICD-10 au acceptat o tulburare (episod) schizoafectivă, care de asemenea include SPR.

Astfel, SPR s-au văzut incluse în mai multe categorii diagnostice. Dar treptat ele au fost acceptate și în tulburările dispoziționale, mai ales în cea bipolară. Faptul a devenit posibil tot datorită perspectivei temporale diacrone

care țin cont de durata și intensitatea simptomelor în cadrul unor episoade succesive, înregistrate longitudinal de-a lungul cursului vieții

- Focalizarea SPR la nivelul psihopatologiei sinelui

Această eterogenitate clinică în care se pot manifesta S.P.R. ridică problema localizării lor neuro-psiho-antropologice, în sensul identificării unei structuri funcționale bazale a psihismului persoanei, a cărei perturbare o exprimă. În ultimii ani, mai ales prin eforturile cognitiștiștilor și neofenomenologilor, această funcție este considerată a fi cea a sinelui (“self-ul”) reflexiv (=eu conștient de sine) invocat uneori prin expresia “ipseitate”. Mai ales două funcții ale sinelui sunt aduse în discuție : funcția de agenție, adică sentimental subiectului că el este autorul actelor sale intenționale (gândire, dorința, atitudine, intenții de act etc.); și funcția de apartenență la sine a propriilor trăiri (“ownership”) (“meiness”). Se poate susține că SPR se plasează la mijloc, între patologia delirantă, exprimată în schizofrenie prin delirul paranoid schizomorf și cea depersonalizantă - dezorganizantă, exprimată în schizofrenie mai ales prin tulburările formale de gândire.

- SPR și delirul paranoid schizomorf

Delirul paranoid schizomorf are, pe lângă SPR, două componente distincte care, deși sunt întrețesute, evoluează paralel: a) intenția ostilă și acțiunile nocive pe care alții intenționează să le facă sau le-au făcut subiectului, fapt ce susține tematica specifică paranoidiei b) sentimentul atenției sporite și supravegherii de către alții, subiectul simțind că este în centrul unor evenimente speciale ce i se adresează. Acest sentiment de “centralitate” e prezent și în percepția delirantă, care e specifică “delirului primar”.

Tabel I	
Cele două aspecte ale tematicii schizomorfe	
Intenția ostilă, acțiunea nocivă a altora (a “cuiva” din exterior) asupra subiectului	Atenția specială acordată subiectului, supravegherea apropiată și continuă
Ostilitatea altora, persecuția, subminarea autorității, prejudiciu moral, defăimarea, (subminarea poziției sociale), prejudiciu material (bani, bunuri), privare de drepturi, de libertate, înșelare, atac asupra sănătății, asupra corporalității, otrăvire, gazare, intenții diverse de omorâre. (Subiectul dezvoltă de obicei o pronunțată suspiciune față de alții).	Atenție specială acordată prin priviri, comentarii, urmărire directă sau cu diverse mijloace, supravegherea locuinței, vizite inopinante, control în casă, plasare de aparate care-l fotografiază, camere video, ascultarea convorbirilor telefonice, supraveghere prin TV sau calculator, substituie de persoană.

Legătura SPR cu paranoidia schizomorfă e realizată de Schneider în primul rând prin includerea în listă a simptomului percepției delirante. Dar și prin faptul că, o parte a acestor simptome apar ca o replică “în interiorul sinelui” a fenomenelor de atenție și supraveghere, care sunt resimțite “în afara sinelui”. Delirul primar și percepția delirantă ocupă însă un loc aparte în acest comentariu.

Delirul primar e un construct psihopatologic a cărui elemente, deși cunoscute de mult, a jucat un rol important în psihopatologia lui Jaspers. Acesta e diferențiat între delirul (schizofren) adevărat, ce se instituie “nemijlocit” inducând o tulburare incomprehensibilă. Și delirul secundar, care derivă relativ comprehensibil din alte simptome psihopatologice; sau

printr-o tranziție, printr-un continuum cu dezvoltările reactive prevalențiale ale persoanelor vulnerabile, așa cum ar fi în cazul geloziei. În spiritul acestei viziuni a lui Jaspers, delirul primar se instituie prin următoarea succesiune :

- trăiri de referință : diverse percepții, decontextualizate îi apar subiectului că au o semnificație specială, că se referă la el; acestea pot fi neumane – cifre, culori – sau mesaje umane, de obicei transmise prin radio sau TV.
- dispoziția delirantă : subiectul trăiește tensionat și anxios o “atmosferă” ambientală anormală în care e invadat de mesaje neclare ce i se adresează; uneori expresiile au o dublă semnificație: una explicită și alta ascunsă, destinată lui; subiectul așteaptă să se petreacă un lucru deosebit.
- percepția delirantă constă dintr-o percepție obișnuită ce e decontextualizată și ocazională subiectului clarificarea bruscă a temei delirante; adică a unui scenariu fictiv aberant în care el joacă un rol central; uneori percepția e înlocuită de o amintire sau intuiție delirantă.

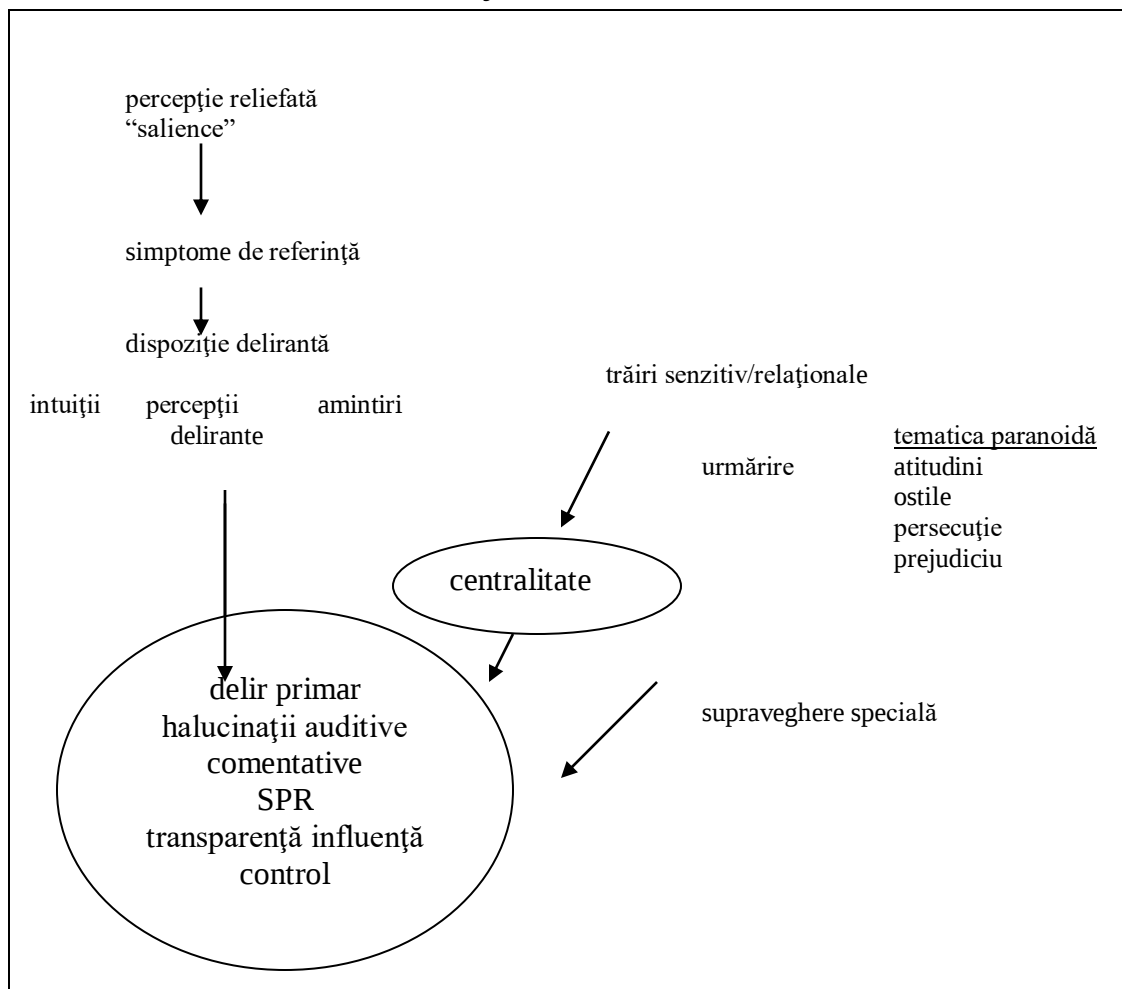
Această suită de fenomene era familiară psihopatologilor clinicieni din vremea în care Schneider și-a prezentat lista. În prezent însă “scenariul” delirului primar se întâlnește foarte rar în varianta sa clasică. De aceea pentru lista SPR se poate avea în vedere, eventual, simptomele de referință, în diversele lor forme de manifestare de percepție cu o semnificație particulară pentru subiect.

Simptomele senzitive de relație pot fi considerate până la un punct simptom de referință. Ele au fost descrise de Kretschmer și constau din convingerea subiectului ce este în centrul atenției altora, care-l privesc cu

insistență și îl comentează negativ, batjocuritor. Echivalentul lor între SPR ar fi halucinațiile auditive comentative.

Delirul de urmărire, care se petrece de obicei în spațiul public e un alt aspect al “atenției speciale” pe care subiectul simte că alții i-l acordă. Și mai pronunțat e acest sentiment în convingerea de supraveghere a intimității, care se realizează de obicei prin aparate: ascultarea convorbirilor telefonice, camere de înregistrare video, microfoane, supravegherea prin calculator sau TV. În același sens e supravegherea realizată prin substituire de persoane în cadrul iluziei Fregoli. Toate aceste trăiri se corelează cu sentimentul subiectului că este în centrul preocupării altora, că persoanele străine se apropie anormal de zona intimității sale, a secretelor și deciziilor proprii fără ca subiectul să poată ține sub control această apropiere.

Relațiile SPR cu alte elemente ale paranoiidei schizomorfe (Schizo+) sunt rezumate în tabelul de mai jos.



SPR dedublarea psihismului și depersonalizarea

În SPR subiectul resimte trăiri caudate, care sunt și nu sunt ale sale. Gândul din mintea sa, e resimțit ca aflat în mintea dar nu generat de către sine deci parțial ca nefiind al său. Mâna care se mișcă e a sa dar generarea mișcării nu-i aparține, nu el o mișcă. El trăiește o dedublare psihică. În psihopatologie dedublarea psihismului se mai întâlnește în obsesie și stări disociative.

Obsesivul nu este de acord cu unele idei și intenții de act pe care le resimte ca izvorând, totuși, din sine. Deci, ele sunt resimțite ca ale sale și originale în sine, dar fără acordul sau. Obsesiile sunt resimțite ca “un corp străin intrapsihic” de care nu se poate debarasa dar nici nu-l poate integra. În rare cazuri trăirile obsesiv compulsive și SPR pot coexista, ca în cazurile exemplificate de Silva.

În stările disociative de posesiune subiectul se simte de asemenea dedublat printr-o ființă străină, de obicei diavolul care se plasează în interiorul său psihocorporal. Subiectul se poate disocia de unele din manifestările sale atribuindu-le celui ce îl posedă. El afirmă “nu eu am înjurat în biserică, diavolul din mine a făcut-o”. Trăirea este a sa, originea ei e într-o zonă a sinelui ocupată de o alteritate. Un aspect particular constă în faptul că, prin posesiune, diavolul are acces favorizat la gândurile și intențiile subiectului. O situație apropiată e cea din delirurile mistice prin care subiectul se resimte în mare intimitate cu Dumnezeu. Acesta are, în mod evident și destul de comprehensibil, acces la gândurile, intențiile și deciziile intime ale subiectului.

Obsesionalitatea și posesiunea sugerează că psihismul subiectul trebuie considerat, în constituția sa normală, ca organizat pe mai multe

nivele identitare, ca o realitate de tip “unu-multiplu”. Din această structură fac parte nu doar persoanele intime asimilate prin atașament, în cursul personogenezei și ciclurilor vieții ci și instanțe de tip personal publice sau culturale.

O altă nuanță rezultă din compararea SPR cu sindromul de depersonalizare/derealizare. Acesta e centrat pe sentimentul pierderii identității și a familiarității cu lumea ambiantă și cu sine. Majoritatea SPR pot fi privite ca instalându-se în două etape. Prima ar fi pierderea familiarității subiectului cu propriul sine, cu propriile gânduri, intenții, decizii. Al doilea, atribuirea accesului la propriile trăiri a unor persoane – a unor instanțe personalistice - din zona publică, care ajung să le cunoască la fel ca persoanele intime și le manipulează. Această interpretare a făcut obiectul studiilor din ultima perioadă a școlii din Bonn și a celei din Copenhaga, care au avut în vedere varianta “apersonalizant-anonimizantă” a depersonalizării. Faptul trebuie precizat, deoarece sindromul de depersonalizare/derealizare așa cum e el acceptat prin categoria clinică cu această denumire din DSM IV-V și ICD-10, se referă la o variantă în care subiectul sesizează lucid și reflexiv pierderea identității și limitelor fără manifestări obiectivabile comportamentale, expresiv, relațional și corporal. Variantă ce se apropie de stările disociative de dedublare și posesiune.

În SPR e depășită tocmai această barieră, care limitează interioritatea subiectivității personale de exteriorizarea lumii celorlalți. Acum, ceilalți nu mai discută despre subiect în afara sa - la fel ca în trăirile senzitiv relaționale - pe stradă și la serviciu. Ci discută despre el chiar în interiorul psihismului său, sub forma halucinațiilor auditive comentative. Iar cunoașterea intimității nu se mai rezumă la microfoane și camere de filmat, plasate și ele în lumea exterioară în toate locurile în care el își desfășoară comportamentul zilnic.

Ci, subiectului îi sunt cunoscute și gândurile cele mai intime pe care microfoanele nu le pot surprinde. În plus, “alții” pot să se substituie deciziilor proprii și să miște, de la distanță, propriul corp. Limitele specifice ale sinelui, care despart subiectivitatea interioară a conștiinței de obiectivitatea lumii exterioare și a celorlalți sunt penetrate. Structura relaționării pe axa intim/public este prăbușită.

- SPR și tulburările formale de gândire; scala Bonn și scala EASE

SPR au fost delimitate de Schneider pe cazuri clinice cu internare îndelungată. Ele au fost considerate de autor ca putând fi determinate și de suferințe organice cerebrale, care se cereau excluse pentru diagnosticul de schizofrenie. Elevul său Huber s-a preocupat – inițial tot la Heidelberg apoi la Bonn – de perspectiva longitudinală a acestei tulburări. El a studiat stările defective ale evoluției pe termen lung. Dar și cele prodromale sau care ar putea indica o vulnerabilitate pentru schizofrenie, cu mult timp înainte ca tulburarea să se manifeste. Astfel a luat naștere “Scala Bonn pentru Simptome Bazale (prescurtat BSABS sau BS). Aceasta investighează simptome subiective care ar indica o slăbiciune sau vulnerabilitate a eului (sine-self), pentru psihoză în general și pentru schizofrenie în special. Deși SPR sunt cele avute în vedere de elevul lui Schneider, ele nu sunt cercetate în varianta lor clasică. Prin această scală e urmărită evidențierea tulburărilor precursoare ale acestora. Scala are 5 capitole: A/Deficiențe dinamice globale; B/Diminuarea capacității de a face față solicitărilor; C/ tulburări cognitive; D/Cenestezii; E/Tulburări neurovegetative și de somn. Cercetând deficitul energetic global și capacitatea de a face față solicitărilor, SB sesizează și evidențiază ceea ce cognitivismul interpretează ca reducere a capacității de prelucrare a informațiilor, care se corelează și cu tulburări decelabile în

prezent prin probe neurocognitive (deci “ne-subiective” ca SB). Și de asemenea, ea identifică trăiri pe care neofenomenologii actuali le etichetează ca “hiperreflexie” a sinelui, ce însoțesc deficitul de autoafirmare. Capitolul C, dedicat tulburărilor cognitive, abordează și tradiționalele tulburări formale ale cursului gândirii ce se manifestă prin : interferența gândirii, obsesii, mentism (apariția în minte a unui amalgam de gânduri necontrolabile) și blocaj (întreruperea bruscă a cursului gândirii urmată de un gol mental și reluarea sa în diverse direcții). Aceste fenomene sunt corelate cu reducerea capacității atenției de a reuni ordonat informațiile sub o semnificație sintetică (Scala Bonn evidențiază și tulburările de semnificare ale gândirii concrete, ale “percepției”, precum și dificultățile de abstractizare). Tulburările formale din seria interferenței gândirii exprimă și o posibilă înstrăinare, o nesolidarizare a subiectului cu propriile trăiri ideatice. De fapt, fluxul ideatic ce submerge și înconjoară gândirea ținută a subiectului, atrage date informativ și intenționale variate, ce constituie un fel de halou, de ofertă față de intenționalitatea ținută actuală. Din acest material, subiectul poate selecționa și personaliza materialul informativ ce îi este realmente util în circumstanțialitatea dată. Fenomenul parazitării alienante realizat prin această “ideație intruzivă” – care poate fi considerată avantcamera “inserției gândirii din SPR – a fost studiat recent și în legătură cu obsesionalitatea.

SB comentează apoi destul de detaliat fenomenul blocajului gândirii, care ar putea fi corelat cu trăirea “retragerii gândirii” din SPR. Spre deosebire de aceasta, golul mental al blocajului gândirii e trăit fără un sentiment de intervenție xenopatică.

În SB mai e analizată (C 1.13) “tulburarea inițiativei gândirii, a energiei și intenționalității ideatice”. Acest fenomen de pasivitate ideatică

apare și el ca un teren propice pentru “inserția gândirii” din SPR. La capitolul C.3. – Tulburările acțiunii (mișcării) e indicat sentimentul “mișcării automate” și a “blocajului motor” în care subiectul resimte că motricitatea îi scapă de sub controlul voluntar. Din nou, fenomenul e delimitat fără sentimentul xenopatic al impunerii sau dirijării (în DSM V aceste simptome sunt plasate în capitolul tulburărilor disociative). În schimb, în SB e menționat sentimentul efortului de automobilizare pentru acțiune, pe care neofenomenologii îl studiază ca “hiperreflexivitate”.

Klosterkötter, membru al echipei de la Bonn a descris și urmărit tranziția între simptomele bazale și SPR.

În concluzie SB – pentru care interesul s-a reactualizat în ultimul deceniu – relevă trăiri ale vulnerabilității pentru schizofrenie, în faza prodromală, sau la persoane din spectrul schizofren. Aceste microsimptome care sunt în majoritate interpretabile prin deficiența filtrului informativ atențional și a funcției “coerenței centrale”, conduc spre o stare de “pasivitate anonimizantă”, ce ar pregăti terenul pentru SPR.

Faptul că SPR sunt trăiri eminamente subiective, aspect remarcat și cultivat de autorii SB, a atras atenția neofenomenologilor, care consideră că tulburarea bazală (“generatoare”) a schizofreniei se află la nivelul sinelui (Sass, Parnas, Zahavi). Această tulburare ar consta dintr-o perturbare a “sinelui minimal”, a “ipseității”, dintr-o insuficiență a autoafirmării dublată de o hiperreflexie blocantă. Prin acest deficit se perturbă funcțiile de bază ale sinelui minimal, cea de “agenție” și de “apartenență” (“ownership”, “meiness”). Pornind de la SB a fost astfel construită scala experiențelor anormale (anormalous experience) EASE. Aceasta a fost testată și ea pe persoane aparținând spectrului schizofren. Scala se concentrează asupra simptomelor subiective depersonalizante, devitalizante și anonimizante. Dar

ea include și tulburările formale de gândire, ce conduc la un sentiment al subiectului de a se simți “anonim”.

Din primul capitol se insistă asupra fenomenului de interferență a gândirii , care e studiat și în SB. Acesta se poate accentua în “presiunea gândirii” și fenomenul de “mentism”. Subiectul resimte că mare parte din gândurile ce le resimte “nu sunt ale sale”, sunt intruzive. Dar nici EASE nu aduce în discuție fenomenul “inserției gândirii” care e central în SPR, exprimând clar o acțiune xenopatică. La fel ca în SB se menționează și blocajul gândirii, ce poate fi și el corelat cu SPR. Dar cel mai mult se insistă pe ecoul și sonorizarea gândirii. Acestea, sunt incluse în SPR, dar cu conotația că fenomenul e interpretat de subiect, că pe această cale propriile gândiri devin audibile și pentru alții. În EASE, sonorizarea gândirii e prezentată însă doar ca o expresie a “spațializării gândirii” cu plasarea sa în spațiul perceptiv din afara corpului. Dar se menționează că această spațializare poate fi resimțită și intracorporal, gândurile putând fi plasate în diverse locuri ale capului sau corpului .

În ansamblu EASE urmărește pierderea sentimentului de “personalizare” a ideatiei, de resimțire a acesteia ca originată în propriul sine (agenție) și aparținând sinelui (ownership). Fenomenul e plasat atât în marginea SPR cât și în cel al obsesionalității. Accentul este însă pus pe “anonimizarea pasivă”, subiectul resimțind că nu mai are gânduri, opinii, intenții proprii, personalizate, supunându-se opiniei altorasau a celei generale. Această apato-abulie impersonală și pasivă, ar premerge și ar face loc SPR în cazul schizofreniei. Dar, în joc e pusă acum altă față a schizofreniei, simetrică celei ce vine dinspre paranoia delirantă, căreia îi aparțin de fapt simptomele lui Schneider. De precizat că însăși sentimentul de “centralitate” este identificat în EASE ca un fel de autoreferință bazală,

fără a se dezvolta legătura sa cu simptomatologia senzitivă de relație și cu supravegherea intimității din paranoizie. Sau, cu interpretarea specială a semnificațiilor din fenomenele de referință, ce se aglomerează apoi în dispoziția (atmosfera) delirantă a delirului primar.

**TABLOU COMPARATIV AL SPR ALATURI DE TULBURARILE FORMALE
DE GANDIRE SI DE SIMPTOMATOLOGIA DELIRULUI PARANOID
(SCHIZOFORM)**

tulburări formale de gândire	SPR	delir paranoid de prejudiciu, gelozie falsă identitate, etc
	halucinații auditive ce comentează subiectul	
	halucinații auditive ce comentează actele sonorizarea gândirii (ecoul gândirii)	sdr.senzitiv de relație halucinații apelative, imperative pseudohalucinații
interferența g. intimității	răspândire, difuzarea g. împărțășirea g.	supervizarea de la distanță a a intimității (cu aparate)
ideație intruzivă	ghicirea g,	
mentism (presiunea g.)		citirea g. cunoașterea g. substituire de persoane (S.Capgras)
întreruperea g.	retragerea g.	
pierderea inițiativei	controlul g. impunerea g. contrafacerea g. controlul voinței	dedublare, stări disociative de posesiune
depersonalizare (pierderea limitelor sinelui)		
mișcări automate (necontrolate)	acte impuse	control
hiperreflexie	pasivitate somatică (emoții, impulsuri, senzații corporale)	
cenestopatie		
autoreferința primară	percepție delirantă (delir primar)	interpretări (delirante) semnificații speciale simptome de referință centralitate delirantă

SPR și psihopatologia fenomenologică actuală

Fenomenologia studiază predominant descriptiv trăirile subiective conștiente ale persoanei jucând un rol important în filozofie și studiile umane. Referința de bază este la opera metodologico-filozofica a lui Husserl; dar și a unor filozofi ca Heidegger, Scheller sau Merleau-Ponty. Jaspers a formulat și acceptat un sens relativ simplu fenomenologiei, ca trăire subiectivă a persoanei. Universul subiectivității poate fi înțeles până la un punct de către alții, prin empatie și reconstrucția genetică a biografiei subiectului. Fenomenologia lui Husserl e mai complexă invocând un „ego transcendental”, profund care e în același timp intim și general, în spatele manifestărilor vieții cotidiene (Lebenswelt).

Fenomenologia psihopatologică s-a dezvoltat în prima jumătate a secolului XX, abordând în primul rând psihozele, prin autori ca Binswanger, Minkowski, Tellenbach, Blankenburg.(16). În raport cu fenomenologia tradițională, neofenomenologia se concentrează asupra „sinelui minimal”, a cărui perturbare ar fi centrul patologiei schizofrene. Prin sinele minimal – sau ipseitate – (17) se înțelege sentimentul profund a emergenței din sine (agenție) și apartenența la sine (ownership, meiness) a tuturor trăirilor intențional-reflexive. (18) Ori, tocmai acest aspect e perturbat în schizofrenie, stand la baza SPR. Ar fi vorba de o instanță „prereflexivă” a sinelui, a cărei subtile tulburări pot fi identificate mai ales în fazele prodromale ale schizofreniei, în faza „simptomelor bazale” descrise de scoala din Bonn. Sens în direcția căruia echipa lui Parnas din Copenhaga a creat instrumentul EASE. Aspectul profund al „sinestății” (selfhood) pe care-l constituie „ipseitatea”, este un aspect implicit, prereflexiv al “egoității”, fiind prezent automat în toate manifestările experiențiale. El stă în spatele aspectelor invocate de Jaspers și Scharfetter: coerență, unitate,

identitate temporală, demarcația eului: toate, presupun ipseitatea. De aceea, autorii consideră că tulburarea bazală în schizofrenie constă într-o „slăbiciune a capacității de asertare (diminish self affection) însoțită de o hiperreflexivitate. (19) Tulburările bazale inițiale din schizofrenie ar consta în: - scăderea atașamentului și prezenței la lume (a imersării în lume, a acordării – attunement - cu aceasta); - deficiențe în ceea ce privește inserția sinelui în propriul corp; - în apartenență la sine a propriului flux al conștiinței, - în trecerea la acțiune etc. SPR, care exprimă o subordonare a subiectului unei acțiuni xenopatice, ar avea astfel un precursor în tulburări mai subtile, la însăși nivelul sinelui.

• **Modele cognitive si ale disfuncției cerebrale in interpretare SPR**

Cognitivismul încearcă să elaboreze teorii testabile experimental pentru fenomenele psihopatologice. În 1989 Frith si Done (21) s-au concentrat asupra simptomului de control extern al mișcării pe care-l trăiesc unii dintre schizofreni, care au sentimentul că nu ei sunt autorii mișcării pe care o execută. Acest fenomen ar putea fi interpretat printr-un model al anticipării rezultatelor perceptibile ale acțiunii pe care o inițiem și executăm (forward model). Dacă e perturbată această informație, subiectul poate să atribuie mișcarea unuia din membrele sale, unui factor extern: și nu inițiativei sale. Grupul de cercetare a inițiat modele experimentale pentru testarea acestei ipoteze, la normali și schizofreni (de exemplu o anumita atingere cu mâna dreaptă a celei stângi, direct sau prin intermediul unui robot). În această direcție de cercetare, care presupune un proces proactiv, unul postactiv și un comparator, continuă să se imagineze modele experimentale și în prezent. (Synofzik (22). Într-un bilanț recent, Frith (2012) menținându-și ideea din 1989, comentează și principala dificultate a problemei: și anume, în ce

măsură această interpretare poate fi aplicată și inserției gândirii. Faptul ar presupune echivalarea gândirii cu un act motor (ceea ce, spune autorul, a fost propus în trecut). Întreaga această elaborare presupune în cazul SPR o insuficiență a delimitării între interioritatea subiectivă și exterioritate. Aceasta ar susține și interpretarea halucinațiilor audio-verbale ca exteriorizare a propriei gândiri și vorbiri interioare.

În această paradigmă de interpretare și cercetare se impune și echipa lui Jannerot, (23). Într-unul din articolele sale, Jannerot comentează pe larg fenomenologia acestei teme, pornind de la distincția lui Gallanger între funcția de “agenție”, care se referă la inițierea de către sine a unei mișcări; și funcția de apartenență (ownership), prin care sinele resimte unele trăiri ca ale sale. Astfel, el resimte că membrul său se mișcă; dar poate fi vorba de o mișcare pasivă, pe care o efectuează altcineva manipulând membrul; sau mișcarea poate fi efectuată reflex; sau, determinate prin excitarea cortexului cerebral. În nici una din eventualitățile menționate, subiectul nu inițiază el însuși mișcarea propriului brat. Alte aspecte fenomenologice ale problemei constau în: - imaginarea unei mișcări pe care subiectul nu o mai execută apoi; - coparticiparea tacită la mișcările efectuate de altul sau chiar imitarea acestuia (faptul ar explica învățarea prin observarea comportamentului altuia); - coordonarea intențional și efectivă a propriilor mișcări cu ale altuia, cu care subiectul colaborează sau căruia i se opune într-o confruntare. Astfel, proiectarea și monitorizarea propriilor acțiuni nu e doar una standard, de laborator, ci ea se înscrie în interacțiunea subiectului cu alții, în viața de zi cu zi, fiind într-o permanentă “acordare” cu intențiile și acțiunile pe care le desfășoară alții (autorul nu comentează eventualitatea executării unor mișcări în stare hipnotică sau posthipnotică).

O altă direcție de studiu se înscrie în concepția evoluționistă a lui Crow, conform căreia psihoza e un preț plătit pentru câștigul filogenetic al antropogenezei ce constă în achiziționării limbajului articulat în urma cu 150.000 ani; fenomen care e strâns legat de asimetria interemisferică. (24) O insuficiență a acestei diferențieri vulnerabilizează atât limbajul (comunicativ și narativ) cât și capacitatea de diferențiere între spațiul interior și lumea exterioară. Lume ce-i cuprinde și pe ceilalți. SPR sunt incluse de Crow și echipa sa în această paradigmă de cercetare. Studiile cuprind cazuri ce prezintă SPR și cărora li se aplică teste complexe de limbaj, lateralizare și diferențiere interior-exterior. Corelația semnificativă între acești parametrii - inclusiv evaluarea funcționării cerebrale - au fost evaluate la schizofrenii cu SPR și la rudele de prim rang ale acestora. Una din interpretările lui Crow se referă la dezintegrarea componentelor limbajului, ca fundal pe care apar SPR. Aceste simptome ar putea fi interpretate ca tulburări ale tranziției de la gândire la vorbire și de la vorbirea percepută la semnificație; concomitent cu dificultatea de a distinge între sinele subiectului (în momentul în care el vorbește) și sinele interlocutorului, plasat în lumea exterioară.

Interpretările evoluționiste ale lui Crow nu acordă atenție distincției între relaționările intime - în cadrul cărora subiectul se raportează la persoane familiare și relaționarea față de persoane publice, oficiale, străine.

• O ipoteză developmental interpersonală de înțelegere fenomenologică a SPR

SPR pot avea, așa cum susțin fenomenologii, o bază în procesul de depersonalizare care evidențiază, în condiții patologice, manifestarea sinelui minimal, care de obicei e un aspect implicit al trăirilor din viața cotidiană.

Aceste simptome exprimă explicit relaționarea interpersonal socială, relația subiectului cu alteritatea. El resimte cum altcineva, altă persoană sau instanță de tip personal, îi cunoaște gândurile intime, i le manipulează, decide în locul său și preia inițiativa propriului său comportament. Acest aspect xenopatic al SPR, trimite direct la relațiile interpersonale care definesc existența oricărei persoane centrată de sinele său. Persoană angajată într-o ecsistență comunitară de la naștere până la moarte deși prezentă de la început, pe parcursul ontogenezei și de-a lungul întregii vieți aceste relații capătă caracteristici tot mai variate și diferențiate. În cursul primului an subiectul comunică prereflexiv și prelingvistic cu mama, în cadrul unei intersubiectivități primare (25). Procesul privirii împărtășite ajută dezvoltarea sinelui personal în cunoașterea lumii exterioare (26). În același timp, împărtășirea privirii, subliniază importanța pe care o are matricea psihismului matern care sprijină acest proces, stimulând și impregnând psihismul în formare a copilului. Atașamentul realizează modelul dual de existență prin care mama e reprezentată în psihismul copilului și când nu e prezentă (prin instanța “internal working” model descrisă de Bowlby); asigurând din această poziție de interioritate siguranța în explorare și jocurile copilăriei (27). Capacitatea reprezentativă de la 18 luni, (când copilul poate imita pe cineva neprezent) și fenomenul mentalizării (Theory of Mind) ce se instituie la 3 ani (prin care copilul intuiește intențiile și opiniile celuilalt doar privindu-l), se realizează cu suportul acestei instanțe a reprezentării mamei și a celorlalți în interiorul psihismului personal, ca o prezență constantă, transactuală. Însușirea funcțiilor executive și a limbajului narativ susține relaționarea curentă cu alții, ce se petrece în prima perioadă a vieții în universul intim a celor apropiați (28). Acest spațiu existențial al intimității, care va persista toată viața, inclusiv după ce persoana își întemeiază o

familie proprie și are proprii săi copii, este un mediu psihologic în care secretele, opiniile, intențiile sale se împărtășesc mutual, fără formulare verbală. Înțelegerea și acordul reciproc se realizează de obicei prin expresivitatea feței - a privirii mai ales - în contexte problematice bine cunoscute de cei apropiați sufletește, de cei din familie. Fenomenul poate fi considerat similar în desfășurarea existenței duale a celor îndrăgostiți. La acest nivel nu se pune problema răspândirii sau impunerii gândirii sau cea a controlului comportamental (29).

Alta este situația în zona publică și oficială, în care copilul se afirmă progresiv. Persoanele cu care el se interrelaționează în aceste zone se află la o importantă distanță psihologică de intimitatea sa. Această distanță poate fi eșalonată gradual: - între persoane cunoscute și aflate în relație publică constantă pe deoparte; și pe de altă parte persoane mai îndepărtate, oficiale, străine. În zona publică funcționează în mod natural acte de limbaj deontice, prin care se formulează din partea celor oficiali ceea ce e obligator, interzis și permis subiectului să facă. În situațiile de conflict și confruntare, subiectul încearcă să-și controleze și să-și mențină în intimitate secretele, intențiile și strategiile, pentru a nu fi la discreția agresorilor. Totuși există suficiente situații normale în care subiectul acceptă sugestiile și influența altora, se lasă dominat și dirijat, în diverse grade. Precum și situații în care el mărturisește persoanelor oficiale, publice și străine sub diverse forme, - e.g. în urma torturii sau șantajului - gândurile și intențiile sale intime. O altă situație specială este cea a dominării și fascinării de către o persoană autoritară a unui subiect mai fragil, cu tendință la dependență; în acest caz, ca și în situația hipnozei, e importantă, e posibilă o importantă manipulare a subiectului din partea altora. În general însă, subiectul poate controla ceea ce hotărăște să mențină în zona strict privată a psihismului său – ca și gând,

intenție, opinie, decizie – și ceea ce acceptă exprimă, în diverse modalități, persoanelor mai apropiate, celor oficiale sau oricui (30). În sfârșit, o condiție aparte – deși bazală și răspândită – este cea a autorității divine. Din principiu Dumnezeu este atotcunoscător și puternic, deci, el poate cunoaște gândurile oricui și influența în actele sale pe oricine.

Se poate considera că psihismul persoanei astfel e organizat încât adultul gestionează, cu o anumită libertate, o arie posibilă de raportări interpersonale, ce se distribuie pe o diagramă intim/public. Iar această structură intrapsihică este în mod firesc sub controlul sinelui. În psihopatologie, acest control se modifică, diminuând în condițiile în care autonomia sinelui scade. SPR apar când această structură se prăbușește dincolo de o anumită limită; iar subiectul pierde de sub control autogestionarea zonei intimității sale. Pentru studierea, din variate perspective, a SPR, ar trebui să se realizeze un model cât mai adecvat al acestei structuri intrapsihice, care gestionează relaționarea interpersonală intrapsihică a subiectului pe diagrama intim public. Factorii biopsihologici care conduc la depersonalizare de tip schizofren, pot fi considerați ca factori care fragilizează acest proces. Dar probabil intervin și alți factori, care scad conturul independenței subiectului, în condițiile în care interrelaționarea cu alții e o constantă a existenței persoanei.

Ar mai fi de adăugat că în ecuație nu intră doar alte persoane concrete ci o întreagă structură socio-culturală a relaționării pe diagrama : “eu-voi-ceilalți”. Precum și cu entitățile ce pot reprezenta “instanța personalistic xenopatică”; poziție pe care se plasează instituții, organizații, personaje cultural istorice etc; precum și, într-un mod deosebit, ființele supranaturale: Dumnezeu, diavolul și alte personaje ale mitologiei religioase. Toți acești factori și toate aceste instanțe intervin în fenomenologia SPR.

• **Perspective pentru psihopatologia clinică a SPR**

SPR au fost introduse în practica diagnostică psihiatrică cu scopul de a discrimina între schizofrenie și ciclotimie (= tulburarea bipolară). Sintezele clinice ale ultimului deceniu au fost tot mai reținute față de această pretenție. Acest lucru se datorează nu doar acceptării oficiale a categoriei tulburării schizoafective ci și multiplelor probleme metodologice pe care cercetarea clinicoevolutivă le ridică. Un amplu bilanț al literaturii realizat în 2007 de Nordgaard et al sublinează că, criteriile de diagnostic ale schizofreniei (și a altor entități nosologice) joacă un rol mai important decât simpla identificare a SPR. Cel puțin criteriul durată și cel al configurației psihopatologice de ansamblu joacă un rol major. Diverse studii din ultimii ani realizează variate modalități de decupare a cazuisticii analizate, de la rolul dintre SPR și durata psihozei netratate în „primul episod de psihoză” la frecvența SPR la schizofrenii spitalizați. Există un consens aproape general că SPR se întâlnește cu o anumită frecvență în tulburarea bipolară, fără ca să se impună diagnosticul de tulburare schizo-bipolară. Ideea că prezența unuia din simptomele centrale ale SPR ar fi suficientă pentru diagnosticul de schizofrenie (dacă se menține peste o lună) numai este împărtășită nici de OMS, în proiectul ICD-11.

În aceste condiții, capătă o importanță tot mai mare aspectul sindromatic al TRS și luarea în considerare al unui substrat bio-psiho-antropologic (cerebral) care este afectat în acest caz. Trimiterile tot mai insistente la fragilitatea instanței sinelui (self-ului) merită atenție. Acest fapt ridică însă problema studierii riguroase a acestui sindrom, pe baza unui instrument cuprinzător, deschis spre contextualizări clinice variate.

Sinteza de față a fost făcută cu scopul de a propune un astfel de instrument.

Anexă

Scala de evaluare a expresivității „simptomelor de prim rang

Schneider” SRP în psihoze

Instrumentul încearcă să evidențieze prezența SPR în psihoze, ca listă, expresivitate și context psihopatologic. El ar urma să se aplice cazurilor cunoscute și diagnosticate de psihoze care au prezentat SPR. De preferat sunt cazurile aflate în puseu cu care se poate colabora; sau, imediat după ieșirea din acesta. Dar poate fi aplicată, cu aproximările de rigoare, și interepsodic. În primul caz, focalizarea e pe episodul în curs, făcându-se însă corelații și cu episoadele anterioare. În al doilea caz, se identifică inițial episoadele în care ele au fost prezente și se face un bilanț global.

Prima intenție a instrumentului este calitativă și nu cantitativă (aceasta poate fi dezvoltată ulterior). Se poate avea în vedere elaborarea unui chestionar semistructurat. Pentru început ar fi însă suficientă o listă cu definiții explicite pentru fiecare item psihopatologic invocat.

Instrumentul (Fișa B) are trei coloane și un subsol. Coloana centrală se referă la SPR; cea din dreapta, la simptome delirant halucinatorii care de obicei sunt corelate; cea din stânga, la tulburări formale de gândire. În subsol ar urma să se noteze sindroamele psihopatologice majore prezente concomitent și implicate în formularea diagnosticului: e.g. sd. maniacal, depresiv, anxios-disforic, alte deliruri și halucinații, depersonalizare, derealizare, dezorganizare, simptome obsesiv-compulsive, catatoniforme, disociative de conștiință etc.

Coloana din mijloc evidențiază ”toate” SPR prezente la cazul în speță, dacă e posibil cu exemplificări. Determinările relaționale se referă și la simptomele delirant halucinatorii din coloana din dreapta.

Fișa A reprezintă doar o listă de rapel a SPR în corelație cu alte simptome schizo+.

Fișa B reprezintă instrumentul propriu zis, constând din cele trei coloane menționate, subsolul în care se trec toate sindroamele psihopatologice concomitente și precizările relaționale.

Fișa C se referă la comentarea și interpretarea cazului; ea poate începe cu precizările relaționale.

Fișa A
Simptome de prim rang Schneider
SPR

- percepția delirantă		delir primar
Ecoul și sonorizarea gândirii		
hal.auditive comentative ale actelor/ale evaluării persoanei		hal.auditive
difuzarea gândirii (răspândirea, împărtășirea, citirea) înregistrarea, citirea gândirii		supravegherea intimității
	transparența g.	
blocare (retragerea, furtul) g. inserția gândirii		
	influența g.	
controlul voinței impunerea mișcărilor control		influență xenopatică-control
	control	
impunerea emoțiilor, impulsurilor, senzațiilor		

patologia sinelui

Fisa B.
Simptome de prim rang Schneider (SPR)

fenomene depersonalizante	SPR detaliate	fenomene halucinatorii și delirante atenție acordată detaliilor, percepție reliefată “salience”, interpretări delirante
	- percepția delirantă	simptome de referință (personalizate/nepersonalizate) isopozitie delirantă (cu anxietate și derealizare “centralitate atmosferică” delir primar
limbaj interior	- ecoul gândirii (g) - sonorizarea g. - hal.auditive ce comentează acțiunile - hal.auditive evaluative	hal.auditive injurioase, apelative imperative, pseudohalucinații, halucinații funcționale simptome de relație senzitivă urmărire
hiperreflexie	- împărtășirea g. - difuziunea g. înregistrarea g. - ghicirea, citirea - cunoașterea g. - supravegherea g.	supravegherea intimității (cu aparate) sindrom Capgras (Fregoli, Sosia) transparența g.
tulburări formale ale cursului gândirii blocaj, interferența presiunea g. (mentism)	- blocajul g. extragerea, furtul g. impunerea, contrafacerea g insertia g.	influența g.
indecizie dificultatea tregerii la act mișcări automate	controlul voinței, dirijare (automatism mental) mișcări impuse emoții, impulsuri	controlul voinței și corporalității pasivitate
cenestopatii Sindroame însoțitoare: deliruri	senzații impuse depersonalizare	manie
dezorganizare	depresie anxietate	halucinații

(precizările relaționale : a,b,c,d,e,f, se cer menținute și nuanțate)

Precizări relaționale: se notează de câte ori e posibil “cine” e implicat în acțiunea xenopatică: a/ persoane cunoscute din intimitate, zona familială sau vecinătate, serviciu; b/ persoane publice, străini (în cazul personelor de la serviciu trebuie decis între aceste două variante); d/ necunoscuți, persoane străine, instituții, organizații (e.g. serviciile secrete) ; e/ personaje fantastice, “extraterestrii” etc.f/ persoane divine sau din zona scenariilor mitico sacrale, inclusiv diavolul, mai ales în cea de posesiune.

Precizările relaționale (a,b,c,d,e,f) sunt importante și pot avea nuanțe;...mai ales d/ ..subiectul poate resimți “impersonal” că este dirijat, fără a putea preciza de către cine;...și în mod special f/, care e o situație cu totul specială ce se cere studiată: Dumnezeu este realmente în intimitate și într-o poziție protectoare, poate cea mai intimă persoană; și e firesc să cunoască gândurile și să influențeze acțiunile, la fel ca mama pentru copil, deci nu cu sentiment de anxietate paranoid persecutor, mai ales la schizomaniacali; și la fel diavolul, în măsura în care e trăit în sesnsul ”posesiunii”, deci este plasat intrapsihic, deși în acest caz sentimentul poate fi altul, ceea ce se cere clarificat....precizările relaționale pot constitui un program special de studiu.

Fișa C **Analiza SPR**

Bibliografie

1. B rky M (2010), Ego Disturbance in the Sense of Kurt Schneider; Historical and Phenomenological Aspect, Psychopathology 44; 320-328
- 2.
3. Mellor, C.S. (1970), First-rank symptoms of schizophrenia, British J.of Psychiatry, 117, 15-23
4. Sartorius N., Leff J., Jablensky A. et all (1987), The international study of schizophrenia. Five-year follow-up findings, In H.Hafner, W.F.Gratz and W.Janzarik (Eds), Search for the causes of schizophrenia, pp.107-113, Heidelberg Springer
5. xxxxxx
6. ICD-10, Clasificarea tulbur rilor mentale  i de comportament (1998), Ed.All (text original publicat  n 1992)
7. Gaebel W (2012), Statut of Psychiatric Disorders in ICD-11, Schizophrenia Bull, 38 (5), 895-898
8. World Health Organization, (1992), Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN, Geneva
9. Andreasen, N.C. and Olsen. S. (1982), Negative v. positive schizophrenia. Definition and validation, Archives of General Psychiatry, 39,789-791
- 10.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM-IV TR (1994), American Psychiatric Association Washington.
- 11.xxx
- 12.xxx
- 13.xxx
- 14.xxx
- 15.xxx
- 16.Tatossian, A., (1979), "Phenomenologie des psychoses", Ed.Mason, Paris
17. Zahavi D. () Phenomenology of self, p.56-106
18. Parnas J. ()Self and schizof[hernia : a phenomenological perspective, pg.217-241
- 19.Parnas J., (2012), DSM-IV and the founding of schizophrenia : are we regressing to a pre-kraepelinean nosology? Pg.237-259

20. Sass L.A. (), Self-disturbance in schizophrenia : hiperreflexivity and diminish self-affection, pg.242-271
21. Parnas J., Sass L.A. (), The structure of self-consciousness in schizophrenia, pg.521-546
22. Frith C (1992), The cognitive Neuropsychology of Schizophrenia, Hillsdale, NJ Erlbaum
23. Synofzik M, Vosgeran G, Voss M. (2013), The experience of agency : an interplay between prediction and pastiction, frontiers in Psychology, vol.4, Article 127
24. Janeraud M., Farre Ch, Franck N. et all () Action regulation in normal and schizophrenic subjects, pg.,380-706
25. Crow T (1999). Is schizophrenia the price that homo sapiens pay for language? Schizophrenia research, 127-141
26. Ceccherini-Neli A, Turpin-Crowther K, Crow T.J. (2007), Schneider's first rank symptoms and continuous performance disturbance as indices of dysconnectivity of left and right hemispheric components of language in schizophrenia, Schizophrenia Research, 90, 203-213
27. Laftus J, Delisi L.E., Crow T.J. (), Factor structure and familiarity of first symptoms in sibling pairs with schizophrenia and schizoaffective disorders,

