

**Drumul spre psihoză pornind de la tulburările obsesionale și disociative,
din - ZECE MARI SINDROAME ALE PSIROPATOLOGIEI
(manuscris – varianta 2021)**

DELIRUL ȘI ORBITA PSIHOTIFORMĂ (partea II)

**(cu punct de plecare în sd dep/der ...în varianta tb obsesiv/compulsive.. și a
tb disociative)**

În Introducere s-a comentat faptul că psihiatria, care a intrat în medicină în sec. al XIX-lea, a avut printre alte particularități și pe aceea că unii bolnavi necesitau internarea în spitale, deoarece tulburarea lor mentală îi făceau să nu mai judece corect realitatea; în consecință ei nu se puteau autoadministra adecvat și se relaționau aberant față de alții. Acest dublu criteriu al perturbării “testării realității” și al “intensității clinice” a simptomatologiei, s-a păstrat și până în zilele noastre, pentru a caracteriza o clasă importantă a suferințelor psihice ce a fost etichetată în sec XX ca “psihotică”. Clasa psihozelor considerată în ansamblul ei, nu beneficiază însă nici până în prezent de o definiție operațională explicită. Ea e circumscrisă în DSM-5 ostensiv, prin trimiterea la cinci mari sindroame: deliruri, halucinații necriticate, dezorganizare ideo-verbală și comportamentală accentuată și simptome negative, precum alogia, anhedonia, avoliția.

Încă de la sistematizarea nosologiei psihiatrice de către Kraepelin la cumpăna dintre sec XIX și XX, patologia psihotică a fost plasată în centrul acesteia, principalele psihoze neavând însă o etiopatogenie clar definită; motiv pentru care au fost etichetate ca “endogene”. Simptomatologia psihotică se manifestă și în condițiile unor suferințe organice cerebrale sau somatice generale, a intoxicației sau dependenței de alcool și substanțe psihoactive; dar apariția acestor sindroame la persoane cu o vulnerabilitate crescută, e în continuare

comentată și în afara acestora. Cadrul special, central, pe care patologia psihotică îl ocupă în psihopatologie, va fi abordat în continuare în Cap. 7 – 11 din perspectiva unei orbite psihotiforme, pe care deficitul disfuncțional al psihismului poate aluneca, odată cu alterarea identității și agenției sale, a coerenței, delimitării și intenționalității persoanei. Structura identitară a persoanei, care-i asigură acesteia individualitatea sa originară – „individuația” sa –, e principala afectată în patologia psihotică.

Ca poartă de intrare în orbita psihotiformă poate fi considerat, metodologic privind lucrurile, sindromul de depersonalizare derealizare; care, e comentat în Cap. 9. În varianta sa standard, inclusă în prezent printre tulburări disociative, acesta e caracterizat prin sentimentul unei detașări și neaderări față de propria identitate (corporală, biografică, socială) și față de lume. Subiectul se simte un observator extern al acestora, privindu-le parcă din altă existență. Sindromul Dep/Der. standard poate fi considerat ca punctul de plecare a două axe de simptomatologie psihopatologică care străbat orbita psihotiformă, pornind de la dedublarea disociativă și cea obsesivă a psihismului. Prima, ce e comentată în Cap. 7 și 8, se desfășoară după coordonatele ”procesului delirant primar “ a lui Jaspers, fiind caracterizată frecvent de pacient ca o stare de “vrăjire”. Subiectul trăiește un sentiment de schimbare – a propriei persoane, a lumii din jur, a altora ; o transpersonalizare deficitară, o transformare a propriului sine într-un personaj ce ocupă rolul central dintr-o intrigă aberantă, dintr-o lume fictivă, delirantă, paralelă cu lumea ambiantă, cotidiană. Percepția realității e deformată ca semnificații și formal, apărând iluzii și neoformații perceptive halucinatorii, trăiri de supraveghere, manipulare etc. **Cea de a doua axă, ce va fi comentată în Cap 10 și 11, traversează dedublarea obsesiv compulsivă și e orientată în direcția unei dezorganizări ideo verbale și comportamentale; precum și a deteriorării intenționalității, autonomiei și asertivității sinelui, în direcția unei apatii abulice și a unei detașări autiste de lume și de alții, sub forma unei depersonalizări anonimizante, indifferente.** (Chenar 54)

Primul și cel mai important sindrom psihotic îl reprezintă delirul, a cărui definiție scurtă și clară datează de peste un secol: delirul constă într-o convingere puternică, de nemodificat prin argumente, într-o idee falsă, aberantă. Cu toată evidența acestei definiții și a multiplelor exemple și analize ce o însoțesc, circumscrierea psihopatologică a condiției delirante a rămas mult timp insuficient de clară. În Cap. 7 comentăm delirul cu înțelesul unei stări deficitar disfuncționale a identității personale. Identitate care e transpusă în trăirea și asumarea unei condiții de personaj neobișnuit, implicat într-un scenariu aparte. În delirurile monotematice subiectul se identifică cu un statut și rol excentric, de om bolnav, urât, respins, persecutat, înșelat, iubit de persoane importante etc. Dar condiția deliranta propriu zisă se întâlnește în delirurile paranoide și fantastice, în care subiectul se resimte relaționat cu instanțe și personaje aparte, uneori supranaturale. Iar totul se derulează pe o scenă fictivă, paralelă cu realitatea cotidiană nemijlocită. Condiția de personaj delirant poate să se refere la instanța corporală a persoanei (de om bolnav, urât și respins), la relațiile intime (de om înșelat, iubit de persoane importante), la relaționarea socială (de om persecutat, supravegheat, urmărit, manipulat), la propria valoare, (creator de lucruri excepționale, trimis special a lui Dumnezeu) etc. Dar și la o descendență ilustră (e.g. “sunt nepotul lui Napoleon”); sau la o poziționare aparte în ierarhia umanității, în eventuală corelație cu spiritele și Dumnezeu. Alunecând în rolul și scenariul delirant, subiectul intră concomitent într-o lume aparte, similară cu cea a miturilor, legendelor sau povestirilor fantastice. Iar aceasta e populată, pe lângă persoanele din jur, de personaje și instituții speciale: masoni, mafioți, servicii de informații, organizații secrete, extraterestre, personaje istorice, spirite, Dumnezeu. Cât privește derularea evenimentelor, acestea se supun acum unei cauzalități magice, similare celei din basme. Similaritatea între structura scenic narativă a delirului și cea a narativității culturale – reprezentată de mituri, legende, epopei, istorii, dramaturgie, literatura de ficțiune etc. - sugerează că, odată cu procesualitatea instalării delirului, o anumită dimensiune a psihismului individual

- de tip narativ-teoretic - se desimplică și se plasează în prim plan; ca o scenă care absoarbe și în cazul delirului, e vorba de activarea unui model mitico cultural. De aceea, cazul exemplar a lui Don Quijote poate fi sugestiv.

Chenar 59

Identitatea psihismului personal

Psihismul persoanei se prezintă ca având o structură identitară de fond, centrată de un sine (eu) intențional și reflexiv, centrat, coerent și delimitat în raport cu alții și cu lumea. Această structură identitară se plasează în fundalul raportărilor situaționale actuale, a proiectelor de acțiune și a preocupărilor de clarificare a relaționărilor, bazându-se pe durată biografică. Conturul eului identitar se configurează ontogenetic odată cu maturarea experiențială a autopercepției, a relației de atașament și a percepției celorlalți, în jur de trei ani; când se instituie și capacitatea mentalizării (intuirea perceptivă a intențiilor altora în situație).

Structura identitară e cea care-i asigură persoanei specificitatea și originalitatea sa „individuația”.

Pentru nucleul identitar al persoanei se pot diferenția trei instanțe: a) un nivel al corporalității psihobiologice; b) unul al duratei biografice caracteriale; și c) unul al circumscrierii sociale (prin nume, origine, locație, sex, vârstă, statut familial și profesional, opere, avere). Identitatea biografică caracterială se constituie prin integrarea mnestică imaginativă a succesivelor evenimente și perioade de viață, trăite de subiect împreună cu alții, în nișa sa ecologică culturală. Trăirea evenimentelor, integrarea lor mnestică și actualizarea, toate presupun mediul lingvistic al narativității critice. Iar actualizările nu sunt doar funcționale și reprezentative; ci ele stau și la baza relatărilor făcute altora despre sine; verbal sau în scris. Identitatea biografică, autoreprezentarea și autoafirmarea sa ca personaj, implică lingualitatea narativității. Axul identitar biografic, susținut de memorie și imaginar, are o fațetă reflexiv subiectivă și una obiectivă, în plan socio cultural. Prima, oferă persoanei răspunsuri la întrebări precum: - cine sunt?; cum sunt (ca fire și valoare)?; - în ce situație mă aflu? Tot prin această reflexivitate subiectul resimte că „el însuși este autorul gândurilor, deciziilor și actelor sale”; și că se diferențiază de alții, chiar dacă colaborează și împărtășește idei cu cei apropiați, acceptând sugestiile acestora. Subiectul resimte în permanență că propriul corp, trecutul și trăirile sale „îi aparțin”. Această identitate resimțită însoțește subiectul de-a lungul evenimentelor la care participă și în scenariile în care e implicat, ca personaj. Tot axul identitar este cel care susține stima de sine și idealul de sine, modelele și idealul personalistic spre care aspiră.

Baza psihologică a sentimentului de identitate cu sine o reprezintă memoria biografică și imaginarul. Reamintirile sunt parțial funcționale, manifestându-se însă și ca reprezentări (uneori „eidetice”), reverii marcate de imaginar sau trăiri oneiroide. Tot datele mnestice stau la baza relatărilor sau narațiunilor despre sine, verbale sau scrise. Subiectul își poate proiecta identitatea în biografii sau romane cu implicații autobiografice.

Identitatea biografică caracterială are și o fațetă obiectivă, în cadrul percepției, caracterizării și narativității socio culturale. În cadrul existenței sale sociale, persoana identitară se manifestă continuu ca un personaj, angrenat în variate roluri, statute și scenarii. Unele din acestea sunt structurale, ca de ex. cele de sex, vârstă, statut familial (căsătorit, divorțat, părinte, văduv), cele profesionale, civice etc. Altele sunt statute și roluri circumstanțiale, ca de ex. cele de om suferind, bolnav, părăsit, rejectat, înșelat, iubit, admirat, vinovat, creator etc. Participarea la variate evenimente, proiectate sau reactive, poate fi de asemenea privită din perspectiva unor scenarii și roluri asumate și jucate, cu mai mult sau mai puțin succes; mai ales în zona vieții publice, ce se distanțează de cea a intimității sincere. Și care pot fi narate, cuprinse în documente și istorisiri publice, în biografii și istorii.

De fapt însăși conceptul de persoană - și corelativ, personaj - derivă de la re-prezentare publică a subiectului în agora publică, în justiție mai ales. Dar într-un mod mai precis - semantic - termenul de persona derivă de la denumirea măștii teatrale.

Dimensiunea identitară a psihismului e în mod curent o trăire difuză, de fundal, în raport cu cele situaționale. Problema identitară apare în prim plan în perioada de bilanț, de maturări și metamorfoze identitare. Dar ea se actualizează și cu ocazia problematizărilor de stare identitară - personală sau relațională - prin întrebări ca: „sunt oare bolnav?...respingător?... înșelat?”..etc. Răspunsul aberant la astfel de întrebări, care se impune subiectului cu o evidență de netăgăduit, constituie tematica majorității delirurilor monotematice.

Somnul cu vise etalează noua condiție de personaj fictiv a subiectului cuprins în scenariul delirant. Scenariu ce se desfășoară în paralel nu doar cu evenimentele vieții cotidiene, ci și cu cele din somnul cu vise. Doar că lumea delirantă în care intră subiectul ce aluneca pe orbita psihotiformă e însoțită de o serie de tulburări perceptivă, care sunt comentate în Cap. 8.

E vorba de trăiri deficitare distorsionate ale semnificațiilor receptate și de neoformații halucinatorii, ce pot dubla obiectele și fenomenele percepute situațional. Astfel de neoformații perceptivă au fost comparate cu stările de vis treaz sau cu viziunile oniroide din intoxicațiile cu substanțe psihoactive. Totuși, încă din sec XIX s-a constatat că trăiri perceptivă de tip halucinator, criticate însă, pot apare și la persoane fără tulburări psihice, în cazul deficienței funcționale a organelor de simț (ochi, ureche) și a analizorilor nervoși corespunzători. Structurile psihocerebrale corelate memoriei biografice, pot actualiza reprezentări pregnante de obiecte, ființe, scene, plasându-le într-un spațiu reprezentativ cvasiperceptiv. De aceea, tulburări perceptivă propriuzis psihotice sunt considerate de obicei acelea, care nu sunt criticate și se corelează cu semnificațiile scenariului delirant; care, se însoțește de un câmp perceptiv aparte, ce distorsionează firescul sintezei perceptivă curente. Halucinațiile psihotice se pot derula în toate ariile senzoriale perceptivă, cele mai specifice fiind cele auditive.

Importantă în psihoze e hipersemnificarea unor detalii perceptivă extrase din context (fenomenul “saliency”); sau trăirile senzitiv relaționale, în care subiectul se simte în centrul atenției celorlalți, privit și comentat dezaprobator. În cursul constituirii delirului primar apare un sentiment situațional de „centralitate”, subiectul resimțindu-se asaltat de mesaje misterioase, emanând de la percepții

banale. Astfel de perturbări sugerează o disfuncție a coerenței centrale la nivelul sintezei informative situaționale, incluzând auoto-preceptarea de sine. Trăirea unor simptome precum sentimentul de supraveghere al intimității și de manipulare a agenției ideatice, poate fi considerată ca intermediară între tulburările perceptive exterioare și sintezele intuitive ale condiției sinelui, ce stau la baza convingerilor delirante.

Dezorganizarea psihică e abordată în Cap.10. Ea e studiată mai ales în perspectivă ideo-verbală, a perturbării exprimării și comunicării mesajelor, a dezordinii redactărilor și expresivității, a distorsiunii logico gramaticale și semantice a redactărilor lingvistice. Esențialul dezorganizării vizează însă prăbușirea ordinii ierarhice și a coerenței centrale, la nivelul manifestărilor active ale persoanei în toate direcțiile raportării sale la lume. Dar și a modului de receptare, prelucrare și elaborare intelectuală a limbajului narativ critic, prin care subiectul cunoaște lumea și speculează asupra fundamentelor acesteia. Această direcție de patologie blochează comunicarea subiectului cu alții și integrarea sa în lumea umană cotidiană, la toate nivelurile sale. Dezorganizarea comportamentului perturbă apoi acțiunea cu scop și sens, motivată și argumentată comprehensiv, excluzând subiectul din viața comunitară. Dar dezorganizarea afectează chiar și structura organizațională a sinelui identitar.

În Cap 11 e comentată clasa simptomelor deficitare ale intenționalității sinelui reflexiv. Acestea se extind și ele – la fel ca și sindroamele din clasele precedente – între zona nepsihotică, în care se păstrează participarea subiectului la viața cotidiană comunitară; și orbita psihotiformă. Se menționează la acest nivel astenia, avoliția, anhedonia și autismul, ultimul marcând deficitul de sociabilitate, de atașament față de alții și față de lume, de implicare și rezonare împreună cu ceilalți în cadrul unei lumi umane comunitare.. Atitudinea proactivă spontană a subiectului este astfel subminată. Iar odată cu ea, însăși proiecția subiectului în lumea sa umană specifică. Consecința semiologică e o indiferență apato-abulică, ca marcă a unei depersonalizări anonimizante.

Două direcții de dezvoltare a sd. de depersonalizare/derealizare în direcția orbitei psihotiforme

