

# PSIHOPATOLOGIA DELIRULUI ÎN PERSPECTIVA DISFUNCTIEI IERARHICE A SINELUI (I)

Mircea Lăzărescu<sup>1</sup>

## Abstract:

The study of delusion has been, in recent years, the focus of psychopathologists, especially of those of cognitive orientation. Although delusion is one of the main themes of psychopathology, it is difficult to study, because it occurs in different clinical contexts and has multiple psychopathological approaches. Jaspers's classic definition was subject to various criticisms in recent years, precisely because it covers only part of the problem of delusion. This article discusses the psychopathology of delusion, starting from reference, standard situations of the systematic monothematic delusion. It examines the fact that it derives from the subject's experience of a problematic situation, which involves him. The overall issue of delusion is commented on in relation to the hierarchical structure of the self, that is spread over several levels: proto-self, nuclear situational self, metarepresentational self and the instance of the person. The monothematic systematic delusion is expressed at the level of the metarepresentational self. The second part of the text attempts to analyse the schizophrenic delusion.

**Key words:** delusions, itself, hierarchy.

## Rezumat:

Studierea delirului este, în ultimii ani, în centrul preocupărilor psihopatologilor; mai ales a celor de orientare cognitivă. Deși delirul este una din principalele teme ale psihopatologiei, studiarea sa e dificilă, datorită faptului că apare în diverse contexte clinice și are multiple abordări psihopatologice. Definiția clasică a lui Jaspers a fost supusă unor critici variate în ultimii ani, tocmai deoarece ea acoperă doar o parte a problematicii delirante. Articolul abordează psihopatologia delirului pornind de la situații de referință, standard, a delirului sistematizat monotematic. Se analizează faptul că acesta derivă din trăirea de către subiect a unei situații problematice, care-l implică. Problematicele de ansamblu a delirului e comentată în raport cu structura ierarhică a sinelui care se eșalonează pe mai multe nivele: protosinele, sinele nuclear situațional, sinele metareprezentational și instanța persoanei. Delirul sistematizat monotematic se exprimă la nivelul sinelui metareprezentational. În partea a doua a textului se preconizează analiza delirului schizofren.

**Cuvinte cheie:** halucinații, sine, ierarhie.

## DELIRUL MONOTEMATIC SISTEMATIZAT

### 1. Problematice psihopatologică a delirului

Delirul e un sindrom psihopatologic complex, etichetat ca "psihotic" care se întâlnește în multe entități nosologice nominalizate în ICD-10 (1) și DSM-IV. La începutul secolului XX Kraepelin a delimitat în sistemul său nosologic paranoia ca boală centrată de un delir sistematizat, entitate ce s-a menținut până în prezent. Kendler (2) și Lăzărescu (3, 4, 5) consideră că delirul centrează al treilea mare grup al psihozelor funcționale, polarizându-se cu schizofrenia și psihozele afective. Intre formele tipice ale acestora se plasează o cazuistică intermediară (delirant afectivă, schizo-afectivă, delirant schizofrenă).

În ultimul deceniu interesul psihopatologilor pentru delir a crescut mult iar dezbaterile sunt la ordinea zilei (6, 7, 8, 9). Articolul de față se înscrie în această mișcare, comentând psihopatologia delirului din perspectiva disfuncției ierarhice a sinelui ("self"-ului), cu trimiteri la clinica psihiatrică.

Coordonatele problematicii psihopatologice a delirului au fost sistematizate de Jaspers în a sa Psihopatologie generală din 1913 (10). El a sistematizat efortul descriptiv și doctrinar al autorilor din sec.XIX (11) sugerând și noi

direcții de abordare. Delirul a fost circumscris de Jaspers ca o convingere infailibilă și rigidă, ce are o extraordinară evidență pentru subiect și se referă la o realitate – idee – neadevărată, imposibilă; rigiditatea face ca aceasta să fie impermeabilă la orice argument sau evidențe, astfel încât delirantul nu mai poate comunica adecvat cu alții ajungând, ca psihotic, la alienare. Jaspers menține tradiția plasării delirului în aria tulburării facultăților cognitive, de judecare, subliniind însă "incomprehensibilitatea" sa. Acest lucru era o noutate și ține de deschiderea antropologică hermeneutică pe care el o introduce în psihopatologie, urmând metodologia lui Dilthey, și comentând reacțiile comprehensive. Deja în 1910 Jaspers publică un articol privitor la gelozia patologică în care face distincția între dezvoltarea anormală corelată unei idei supraevaluate și "mutația" psihică ce se produce în delir prin desfășurarea unui "proces psihopatologic" care afectează personalitatea, inducând incomprehensibilitatea. Jaspers diferențiază în conformitate cu tradiția dar în mod clar și pregnant, între delirul primar, cel secundar și ideea supraevaluată. Delirul secundar, condiționat de exemplu de depresie sau halucinații, devine de înțeles prin prezența simptomatologiei ce îl precede. Ideea supraevaluată ca cea din gelozia patologică, devine și ea comprehensibilă

<sup>1</sup>Senior psychiatrist, MD, PhD, University Professor, Department of Psychiatry, Victor Babes University of Medicine and Pharmacy, 21 I. Vacarescu, Timisoara 300128 Romania. Correspondence: e-mail: mlazarescu39@yahoo.com. Received November 04, 2010, Revised February 11, 2011, Accepted March 31, 2011.

prin factori situaționali și de personalitate. Delirul primar se instalează însă incomprehensibil: în urma apariției unei dispoziții sau “atmosfera” delirante, o percepție normală sau o intuiție precipitată brusc spre o convingere delirantă ce nu poate fi dedusă din nimic. Prin acest model Jaspers diferențiază “delirul adevărat” ca formă originală de psihopatologie. Când și-a publicat cartea, conceptul de schizofrenie era în plin proces de elaborare. Printr-un consens tacit psihopatologii vremii au considerat delirul primar ca fiind în esență caracteristic acestei boli, deși el se integrează periferic în înțelesul dat de Bleuler acestei afecțiuni. În sfârșit, Schneider îl include în simptomele de prim rang care, în lipsa unei suferințe organice, ar fi caracteristice schizofreniei (12).

Discontinuitatea dintre delirul primar și cel secundar, a fost totuși pusă în discuție din prima jumătate a sec.XX, pe măsură ce s-a acordat o importanță crescută terenului personalistic și trăirilor psihotraumatizante cumulate. Un model în această direcție l-a propus Kretschmer (13) în ceea ce privește tranziția între dezvoltarea prevalențială și delir, în cazul persoanelor vulnerabile. Această situație e ilustrată prin analiza delirului senzitiv relațional. Au fost de asemenea descrise și comentate diverse forme de paranoia în care un rol important îl jucau factorii situaționali: paranoia surzilor, cea din mediul lingvistic necunoscut, din deprivarea informațională etc. Dar ideea procesului psihopatologic s-a menținut până în anii 70, când a fost integrată în sintezele lui Ey (14). După 1980, concepția DSM-III a încurajat studiile clinice și epidemiologice cât mai neutre d.p.d.v. doctrinar. Iar neoraționalismul cognitivist a reluat studiul psihopatologic al delirului pe baza unor noi coordonate și în parteneriat cu neuroștiințele.

Delirul este o tulburare psihopatologică cu înaltă specificitate umană, esența sa fiind o convingere subiectivă intimă, anormală, aberantă. De aceea el nu poate fi modelat semnificativ pe animale. Cognitivismul actual l-a putut aborda datorită faptului că acceptă o dublă perspectivă în abordarea psihismului: cea subiectivă, a

autorității “persoanei întâi” și cea exterioară, obiectivă, “a persoanei a treia”. Delirul implică planul metareprezentational al sinelui (self-ului), specific psihismului uman. La acest nivel subiectul judecă, se evaluează pe sine și atitudinea altora în raport cu sine. Faptul devine posibil prin dezvoltarea filogenetică a “creierului social” (15) rezultă dintr-o lungă dezvoltare ontogenetică și implică limbajul asertiv, critic și narativ. Capacitatea reflexivă, de atribuire a stărilor mentale, de autoreprezentare și evaluare, se corelează cu nivelele complexe, structurate ierarhic, ale sinelui personal. Cognitivismul s-a ocupat de la început de convingerile (creințele – “belief” în engleză) normale și anormale dar și de psihologia sinelui (16). De asemenea fenomenologia, care are ca punct de plecare analiza trăirilor subiective conștiente, a fost și ea interesată constant de delir (17). Psihologia și psihopatologia evoluționistă studiind dezvoltarea filogenetică a psihismului uman – în perioada antropogenezei dar și în ultimii 10.000 ani de când omul a devenit stabil și cultivator – abordează psihismul din perspectiva selecției adaptative a funcțiilor sale, care au condus la sedimentarea “creierului social”. Delirul și psihoza au fost interpretate de psihopatologia evoluționistă ca un preț plătit de om pentru dezvoltarea extrem de rapidă a creierului cognitiv (19). Împreună cu psihopatologia dezvoltamentală, care încorporează elemente ale neopsihanalizei, această doctrină poate aduce și ea unele sugestii, mai ales la elucidarea delirului paranoid (18). Comentariul de față va invoca predominant aceste orientări psihopatologice.

Una din dificultățile studierii și comentării delirului constă în faptul că el are multiple modalități de manifestare clinică – în patologia organic cerebrală, intoxicații, toxicomanie, diverse psihoze funcționale și reactive – ridicându-se problema dacă apariția sa în diverse stări maladive reprezintă aceeași tulburare. Dar și din punct strict psihopatologic există multiple variante ce ar putea fi ordonate într-un tabel (Figura 1).

Delir de tip oniroid (din delirium)	“Delirul dorinței” (Wunschwahn) (de negare a bolii sau contaminării)	Delir confabulator imaginativ (parafrenie, stări dissociative)
Delir sistematizat monotematic nehalucinator (hipocondriac, dermatozic, dismorfofobic, erotoman, de gelozie, paranoiac, de descendență ilustră, de invenție, de misiune special etc.). Delir senzitiv relațional		
Delir congruent în depresie sau manie		
Delir paranoid halucinator		
Delir de transparentă, influență, referință		
Delir dezorganizat cu tematică abstractă (schizofren)		

Figura 1. Variantele delirului

Considerăm că pentru un comentariu coerent se cere, ca primă etapă, referința la o variantă standard, cât mai ușor de prezentat și reprezentat. În această situație se plasează delirul sistematizat monotematic nehalucinator (d.s.m) pe care îl vom aborda în primă instanță. Alte variante de delir exprimă același proces, manifestat însă cu ocazia unor stări psihopatologice ce afectează variate incidente ale sinelui. De aceea, de ex. nu poate fi comparat direct, delirul abstract dezorganizant din schizofrenie cu cel oniroid.

În cazul d.s.m. parametrii de caracterizare a delirului invocați de Jaspers se mențin în mare măsură. Aceste cazuri se întâlnesc însă predominant nu în populația psihiatrică internată ci în mijlocul vieții curente, alături de cei ce suferă de tulburări de personalitate. Ideile lansate de Kretschmer privitor la paranoia senzitiv relațională, în care invocă fragilitatea structurii personalității au în prezent un larg suport de studii teoretice și practice realizate din perspectiva doctrinei vulnerabilitate/stress și a psihopatologiei developmentale. În prezent psihopatologia e tot mai atentă la perspectiva dimensională, urmărind continuitatea și tranziția între diverse stări psihopatologice bine definite și între acestea și normalitate. S-a impus tot mai mult în ultimul timp ideea spectrului maladiiv, care ține cont de tulburări subclinice dintr-o anumită clasă psihopatologică, pe care le prezintă nu doar pacientul de-a lungul vieții ci și rudele de gradul întâi (20).

Astfel de spectre sunt comentate pornind de la tulburarea autistă și cea obsesiv fobică, de la tulburarea bipolară și cea schizofrenă, anxioasă și depresivă. În acest context, în perspectiva unui spectru delirant s-a acordat din nou importanță ideii supraevaluate (21) pentru care a fost construită și o scală de evaluare (22). Ceea ce caracterizează ideea supraevaluată în apropierea ei de delir nu e excentricitatea sau falsitatea ei – ea nu e “imposibilă”, “neîmpărțită” de cei din jur, ci poate fi plauzibilă – ci mai ales rigiditatea sa, nesensibilitatea la puncte de vedere alternative, dovezi și argumente. În aria d.s.m. a fost de asemenea confirmată – de ex, pentru forma paranoidă și dismorfofobică – vulnerabilitatea sinelui centrat de dimensiunea stimei de sine, (19) problemă asupra căreia atrăsese deja atenția Kretschmer. În sfârșit, în ultimul timp se acordă o tot mai mare atenție “centralității” în analiza delirului (23, 24, 25). Adică faptului că subiectul se află în centrul sistemului delirant, faptul că, convingerea delirantă “îl privește”.

Toate aceste aspecte apar cu o deosebită evidență în cazul d.s.m. Dar diversitatea formelor de delir nu e singura dificultate în comentarea sa psihopatologică. Intervine și diversitatea conceptelor ce sunt aduse în discuție cu această ocazie, dintre care multe au o deosebită polisemie în limbajul current, filosofic și psihopatologic. Așa sunt concepte precum: idee, realitate, adevăr, credință, convingere, evidență, certitudine, gândire, raționare, evaluare etc.

În continuare psihopatologia delirului va fi comentată în următoarele etape. După o scurtă trecere în revistă a direcțiilor recente de studiu și interpretare a psihopatologiei delirului (2), va fi comentat delirul sistematizat monotematic (d.s.m.) în raportarea sa la preocupările zilnice, curente ale persoanei care are nevoie de certitudini (3). Apoi, delirul va fi abordat din perspectiva structurii ierarhice a sinelui, importantă pentru d.s.m. fiind zona sinelui metareprezentational, în

articularea ei cu cea a sinelui nuclear (4). Într-o a doua parte a expunerii vor fi comentate celelalte forme de delir, cu centrare pe delirul schizofren paranoid, în corelație cu instanța persoanei.

## 2. Abordări recente în psihopatologia delirului

Interpretarea psihopatologiei delirului a progresat în ultimii ani mai ales prin cercetările cognitive de neuropsihiatrie. S-au impus inițial două idei. Una susține că, cel puțin în aria delirului monotematic principala tulburare e la nivelul sintezei periferice, empirice, a informației actuale, iar procesul de raționare nu e perturbat. Aceasta e denumită bottom-up theory (25) și are în vedere mai ales distorsiunea percepției. De exemplu în delirul Capgras ar fi tulburat mecanismul prin care perceperea unei fețe e catalogată ca familiară și nu se produce un răspuns emoțional adecvat. Subiectul caută să interpreteze ce se petrece; și în final, raționând normal, explică această situație neobișnuită prin faptul că soția a fost înlocuită de un impostor. Adepții teoriei susțin că lucrurile s-ar petrece la fel ca în cazul unei teorii științifice : dacă apar fenomene ce nu pot fi integrate explicativ, autorul trebuie să reorganizeze teoria, pentru a le explica, altfel rămânând într-o stare de incertitudine. Tulburarea de integrare periferică a informației perceptive poate fi însă mai mare, ca în dispoziția delirantă. Atunci, generarea de ipoteze explicative devine mai aleatorie. Bottom-up theory se apropie de interpretarea funcționării psihismului în conformitate cu viziunea Theory Theory a lui Gopnik.

Cealaltă idee susține că principala problemă în formarea delirului nu o constituie experiențele trăite actual – recte cele perceptive – ci modificări la nivelul prelucrării informației, a procesului de raționare (26). Aceasta e Top-down theory, susținută de raționaliști. Se argumentează că însăși tulburarea perceptivă e condiționată de procese cognitive distorsionate, de așteptare, căutare, filtrare, interpretare. Iar apoi procesul de raționare ar fi modificat în delir. Astfel se manifestă : - un fel particular de a face corelația între evenimente (mai ales în delirul paranoid); - saltul spre concluzie (“jump to conclusion”) care constă în scurtcircuitarea inferenței raționale care sare imediat după formularea problemei direct la concluzie, fără a mai urma pași logici și argumentativi necesari; - distorsionarea stilului atributiv al cauzalității care în unele cazuri se îndreaptă scurtcircuitat spre alte persoane din exterior, altele spre sine însuși (27).

Cele două teorii apar pentru majoritatea cercetătorilor ca și complementare. Ele nu explică însă decât formarea, apariția convingerii delirante, nu și menținerea ei. S-a formulat de aceea o teorie care are în vedere doi factori (28). Primul este formarea convingerii delirante sub forma unei ipoteze. Al doilea factor se referă la evaluarea și testarea acestei ipoteze. În delirul acest al doilea factor ar fi deficitar. Convingerea delirantă ce se formează la un moment dat ca o ipoteză, se fixează, nu mai e comparată și evaluată în raport cu ipoteze concurente și persistă rigid, patologic. Generarea ipotezelor ar depinde de emisferul stâng iar evaluarea de cel drept.

Teoriile menționate se referă în mare măsură la delirul sistematizat monotematic și sunt orientate neuropsihopatologic, cognitivist. Se are în vedere și cazuri care implică patologia sinelui nuclear, ca fenomenul de impunere al gândurilor. Dar aceasta necesită o analiză

globală a psihismului, a felului nuanțat de raportare la lume, a variantelor existențiale și situaționale care implică diverse funcții și instanțe ale psihismului, în primul rând elaborarea narativității autobiografice (28, 29). Dar ansamblul dezbatărilor în aceste direcții sunt încă nesistematizate. De aceea considerăm necesar o prezentare analitică în acest articol și a structurii funcționale a sinelui.

### 3. Delirul sistematizat monotematic, ca certitudine patologică pentru o situație problematică personală; orizontul evidențelor și certitudinilor din viața curentă a omului

În primul rând se cere avută în vedere “evidența” – și deci convingerea implicită – pe care o are orice om, privitoare la stările de fapt ale vieții de zi cu zi, în cadrul existenței comunitare. Această temă nu e banală. Ea a interesat mult filosofia britanică a “simțului comun” (30) și are o deosebită importanță pentru psihopatologie și din perspectiva fenomenologiei lui Husserl, care a comentat firescul “lumii vieții”, a existenței cotidiene (31). Și la fel, de acest aspect s-a interesat filosofia cognitivă prin conceptul de “psihologie populară” (32). Aceste stări de fapt sunt trăite în mod firesc și fără nici o problematizare de către orice om normal.

La fenomenologia evidenței stărilor de fapt ale vieții curente contribuie consensul comunitar pe care subiectul și-l însușește în cursul ontogenezei și care ține de cunoașterea și reprezentarea lumii într-o cultură data. Aceasta se bazează, pentru toți, și pe valoarea pragmatică în viața curentă a respectivului model al lumii care învâluie perceperea lucrurilor, fenomenelor, manifestărilor umane, desfășurarea evenimentelor. Iar acest consens permite comunicarea și colaborarea.

Dincolo de consensul comunitar subiectul percepe realitatea înconjurătoare cu sentimentul evidenței și certitudinii și pe baza propriei experiențe în manipularea lucrurilor și a interrelațiilor cu alți oameni, fapt ce-i permite să anticipeze desfășurarea evenimentelor, acțiunile și intențiile altora, să comunice, să colaboreze, să evite situațiile periculoase social.

În sfârșit, informația perceptivă actuală e integrată într-o situație la desfășurarea căreia subiectul participă, a cărei derulare e corelată cu sinteza sa perceptivă și a cărui rezultat îi asigură asertarea, succesul și progresul.

În concluzie, percepția informativă a elementelor situației actuale, apare pentru subiectul normal psihic evidentă și certă, integrată într-un consens comunitar, într-un “simț comun” al vieții cotidiene care implică constant proiecte de acțiune. Această evidență și certitudine nu se corelează însă nemijlocit cu delirul, deși poate fi un punct de plecare pentru el.

Percepția sintetizează informațiile actuale, situaționale, ca formă și semnificație. În psihopatologie tulburarea perceptivă se poate realiza mai mult într-una din aceste direcții. În schizofrenie și consumul de substanțe psihodislepice apar tulburări ale percepției formei obiectelor, inclusive a limitelor propriului corp, girate de “schema corporală”. În ceea ce privește problematica delirului, acesta se corelează mai ales cu distorsiunea semnificațiilor, așa cum sublinia Jaspers. O astfel de distorsiune întâlnim de exemplu în delirul de substituție Capgras în care, chiar dacă recunoașterea feței celui alt e disfuncțională și la nivel formal, esențială e

convingerea în modificarea identității acestuia, cu scopul de a-l spiona. Trăirea și afirmarea unei realități perceptivă nereale – neadevărate – e comentată ca halucinație. Dacă e trăită și afirmată convingerea într-un fenomen actual care nu se petrece efectiv și nici nu e perceput de subiect ca atare, această trăire nu e prin sine semnificativă pentru delir. De exemplu dacă subiectul e convins și afirmă că afară plouă deși nu e real și deci el nu percepe nici o ploaie, o astfel de afirmație confabulată cere o interpretare specială.

La un alt pol, opus celui perceptiv, se pot comenta convingerile și certitudinile ce se desfășoară în plan comunitar și din care subiectul se împărtășește. Acesta este cazul cu reprezentările cognitive colective ce derivă din cunoașterea lumii de către o comunitate istorică la un moment dat. Ele constituie “lumea umană” în care își desfășoară viața membrii ei. De exemplu credința că pământul se învârte în jurul soarelui și nu soarele în jurul pământului. La acest nivel se poate vorbi mai degajat despre credințe, - “faith” în engleză. Credința nu are însă doar un sens cognitiv. Într-un sens restrictiv, credința se referă la raportul cu ființele supranaturale, transcendente, care influențează sau pot influența – în reprezentare colectivă pe care subiectul și-o poate însuși – desfășurarea evenimentelor comunitare. Pe scurt, e vorba de credința în zei, în Dumnezeu, în ființe supranaturale. Credința nu mai e acum doar un fapt cognitiv la care se ajunge prin înlăturarea altor eventualități incerte sau probabile astfel încât să se instituie evidența, certitudinea; ea este un dat nemijlocit, direct. Din plan transcendent, credința se poate muta și poate funcționa și în plan uman ideologic. De ex. credința în valoarea programului unui partid politic. La fel sunt credințele în ce se va întâmpla în viitor, pe baza unei speranțe ce aderă ferm la un set de valori. Sau, în același sens, credința în victorie, în cazul unei lupte. În cazul credinței, argumentele nu contează prea mult. Credința poate fi fermă, nestrămutată, fanatică.

În viața umană, credința ca încredere, implică într-un set de cazuri, un nivel de autoritate într-o ierarhie similiumană. Subiectul crede într-un zeu sau într-un conducător, într-o persoană puternică și eficientă care îi dă siguranță. Se mai comentează încrederea ce o au oamenii unii în alții. Această intervenție a factorului uman – sau similiuman – ca referențial de autoritate, forță, siguranță, precum și trimiterea spre viitor, fac din credință o trăire care se diferențiază în suficientă măsură de convingere.

Etichetarea delirului ca și credință neadevărată e din acest punct de vedere mai vagă decât cea de convingere neadevărată. În literatură psihopatologică actuală se menține însă o ambiguitate datorită utilizării termenului englez “belief”, care deseori se traduce prin credință.

Între cei doi poli menționați – evidența percepțiilor curente în cadrul cunoașterii comunitare a lumii și credința în transcendență, în idealul sperat și în autoritate - se plasează convingerea subiectului într-o temă care reprezintă o soluție pentru o situație personală problematică prelungită care-l implică. E vorba acum de acel sector al vieții omenești în care subiectul manifestă griji, preocupări care-l afectează personal. Astfel e grija pentru sănătate, pentru succesul la un examen, pentru nașterea unui copil, pentru fidelitatea partenerului, pentru felul în care aspectul corporal e acceptat sau atractiv pentru alții, preocuparea față de atitudinea favorabilă sau nefavorabilă a altora față de sine față de pericolul ce vine

din partea altor persoane sau a autorităților. În toate aceste cazuri situația sa existențială, poziția și evaluarea sa în raport cu lumea, cu alții și cu sine, e pusă în joc.

Viața fiecărui om se derulează prin rezolvarea unor situații problematice personale de diverse tipuri și complexități, de diverse dimensiuni temporale. Există probleme abstracte – de ex. de matematică - și probleme concrete – ca și condusul mașinii pe o stradă aglomerată, probleme profesionale – ca punerea unui diagnostic și prescrierea unei terapii de către un medic, și probleme intime ale subiectului dacă să divulge sau nu un secret. În această uriașă varietate de situații se poate degaja o zonă de referință, a unor situații problematice importante pentru subiect, pentru viața sa, care afectează starea și existența sa personală și relațională. Preocupări ca cea pentru sănătate, pentru apariția socială atractivă, asertare performantă, fidelitate în relațiile intime, încrederea în bunăvoința altora, sunt firești și adaptative, fac parte din viața de zi cu zi și de obicei nu sunt problematizate. Uneori ele însă devin în mod legitim probleme ce se cer clarificate și soluționate. Astfel sunt de exemplu resimțirea unor simptome de tip malativ, ca dureri, slăbire în greutate, palpitații. În aceste cazuri subiectul resimte că există o problemă, că s-ar putea să fie bolnav. Această probabilitate se cere clarificată. Evoluția și examinările medicale conduc la reducerea incertitudinii, la eliminarea eventualității bolii sau la confirmarea unei boli de un anumit tip, care beneficiază de un program terapeutic. De subliniat că întreg procesul de la declanșarea situației problematice, a griji și preocupării și până la evidența și certitudine, este un proces subiectiv de reducere a incertitudinii, care face apel la elemente obiective, variate date furnizate de alții, comunicări intersubiective. Se ajunge pe aceste căi la o convingere personală, de diverse intensități. Acțiunea consecutivă convingerii, comportamentul ce derivă din aceasta, este un al doilea pas, care poate mult timp să nu se producă. Subiectul menține convingerea pentru sine, sau o împărtășește și altora.

Problematicele delirului în varianta sa standard sistematică și monotematică, se desfășoară la acest nivel, al convingerii ce rezultă din preocuparea subiectului pentru clarificarea unei situații problematice care îl afectează personal. Delirul, în esența sa, nu se referă la convingerea în adevărul realității percepute situațional; la acest nivel are loc psihopatologia percepției cu care procesul delirant menționat de obicei se articulează. Pentru un comentariu corect distincțiile se cer respectate. De asemenea, ea nu se referă la credințele comunitare, care nu vizează personal subiectul. O credință diferită de cea comunitară privitor la adevărurile ce privesc natura, poate fi eventual încorporată într-un delir de invenție în care esențialul e convingerea subiectului în capacitățile sale excepționale. O convingere delirantă privitor la ființele supranaturale e asimilată delirului atunci când acesta se raportează și se integrează în destinul personal, de ex. convingerea în existența unor relații privilegiate cu transcendentul care scot subiectul din comunitatea de credincioși.

Delirul, în varianta standard, are în centrul său existența subiectului, problemele sale, situațiile sale problematice. Sinele, eul, subiectul reprezintă instanța care de la început e inclusă în tematica convingerii delirante. Raportarea la sine poate fi marcată de grijă sau îngrijorare privitoare la starea sa de sănătate, la viața și

moartea sa. Boala constituită în interiorul corpului sau la nivelul pielii, vulnerabilitatea tegumentelor față de infestare, sunt posibile teme ale acestui tip de delir. Apoi, preocupările subiectului se pot îndrepta spre identitatea și capacitățile sale. El poate avea convingerea unei descendențe ilustre, a faptului că familia i-a fost substituită, poate ajunge la concluzia evidentă pentru el că a făcut mari descoperiri, că este ales pentru o misiune divină, că are calități excepționale. În al doilea rând dar constant, problematica subiectului, situațiile sale problematice care stârnesc grija, preocuparea, îi include și pe alții, în relaționarea acestora cu sine. În exemplele menționate mai sus ceilalți erau în plan secund, aproape neimportante. Dar în alte împrejurări relația cu celălalt e în centrul problemei. Astfel e în cazul geloziei sau al erotomaniei, când subiectul e convins că altă persoană îl iubește foarte mult. La limita și intersecția dintre preocuparea problematică față de sine și cea relațională, se află grija subiectului pentru apariția sa corporală în fața celorlalți: faptul de a fi acceptat, de a fi receptat ca atractiv, de a nu fi apreciat ca urât și astfel stigmatizat, de a nu atrage atenția în mod nefavorabil prin ceva. Există o temă delirantă în care subiectul e convins că emană un miros urât pe care alții îl percep cu deznădejde. Inșăși faptul de a atrage atenția asupra sa, de a fi privit cu mult interes e o situație neplăcută, care poate preocupa subiectul în manieră prevalentă sau chiar delirantă, ca delir senzitiv relațional. În perspectivă relațională o temă cu totul aparte și importantă e convingerea că alții au o atitudine ostilă. Aceasta se poate asocia cu supravegherea și intervenția nefirească în viața sa intimă. Tema poate evolua în direcția paranoidei, subiect care nu e abordat la acest nivel.

Detășarea, desimplicarea acestor situații problematice din cursivitatea existenței, erijarea lor în preocupări centrale care acaparează rigid și cuasiintegral psihismul individului, desituționalizarea prin care diversele argumente sunt ignorate sau interpretate distorsionat, conduc spre varianta delirantă. Iar odată atins pragul delirului, se poate vorbi de convingerea anormală infailibilă într-o temă – idee - neadevărată care nu poate fi modificată prin argumente, acaparând viața psihică, preocupările și comportamentul subiectului.

În comentariul de mai sus un fapt esențial e că preocupările menționate sunt firești și adaptative înainte de a ajunge la variante caricaturale, patologice, delirante. Orice om are în el disponibilitatea de a se alerta dacă unele semne îi indică eventualitatea bolii și să se preocupe adaptativ de clarificarea stării de sănătate, dacă semnele bolii sunt mai importante. Situațiile delirante nu apar din nimic. Mai mult, inșăși stări reactive cum ar fi preocuparea față de boală sau gelozia nu sunt nici ele “create” prin semnificația informației situaționale, prin “comprehensiunea” situației, cum susținea Jaspers. O anumită situație “activează”, prin semnificația ei, un potențial de manifestare, o modalitate de raportare psihică adaptativă la un tip de eveniment, care se află în “dispozitivul” psihic al omului în urma selecției filogenetice și dezvoltării ontogenetice. În acest sens analizele psihopatologiei evoluționiste cu ideea de “modul psihic” ce ce transmite genetic sunt extreme de interesante. Desigur starea psihopatologică delirantă presupune și o deficiență psihică, care tocmai permite acestor disponibilități să se manifeste fără un determinism reactiv comprehensibil, sau la semnale nesemnificative; și să se deruleze apoi decontextualizat, insensibil la noi informații semnificative, la “argumente”. Tematica d.m.s. se distribuie în trei zone (Figura 2).

Raportare la corp, la sinele corporal	Relaționarea interpersonală	Raportare la sine ca identitate, capacități, valoare
Hipocondriac Dermatozic (Ekborn) De contaminare De anorexie Capgras Dismorfofobic Osmotic Din anorexie Dismorfofobic De posesiune De negație a funcționării sociale	Erotoman De gelozie Paranoiac De substituire Senzitiv relațional	De identitate ilustră De substituire familial De invenție De capacități excepționale De misiune special De vinovăție De ruină De negație a morții, de eternitate

Figura 2. Tematica DSM distribuită în trei zone

Convingerile deformate privitoare la sine, ca stare corporală, identitate, capacități, valoare – care exprimă atitudinea evaluativă a subiectului față de sine și cea privitoare la atitudinea altora față de sine – reprezintă nucleul tematic al d.s.m.; precum și a delirului în general. Aceste “atitudini” și “evaluări” presupun planul metareprezentational al psihismului, al sinelui, diferit până la un punct de planul trăirilor situaționale ale “sinelui nuclear” care are un obiectiv circumstanțial ținut, de eficiență imediată. Ambele aceste planuri se înscriu într-un nivel bazal și emergent al psihismului, cel al “protosinelui”, care se înrădăcește în fundalul corporalității biologice și a psihismului biologic. Iar toate aceste trei nivele sunt integrate sub cupola instanței persoanei socio-valorice. Comentarea psihopatologiei delirului are în vedere această structură ierarhică a sinelui. (CONTINUARE ÎN NUMĂRUL VIITOR)

## BIBLIOGRAFIE

- Sims A. Delusional syndromes in ICD-10. *Brit J Psychiat* 1991;159:46-51.
- Bentall PR, Kinderman P, Moutoussis M. The rol of self-esteem in paranoid delusions: the psychology, neuropsychology and development of persecutory belief. In: Freeman D, Bentall R, Garety Ph. *Persecutory Delusion*. Oxford University Press, 2008, 143-174.
- Lăzărescu M. *Introducere în Psihopatologia Antropologică*. Timișoara: Ed.Facla, 1989.
- Lăzărescu M. *Psihopatologie Clinică*. Timișoara: Ed.Helicon, 1994.
- Lăzărescu M. *Bazele Psihopatologiei Clinice*. București: Ed.Academiei Române, 2010.
- Oltmans TE, Mahler BA. *Delusional Beliefs*. New York: Wiley, 1988.
- Munro A. *Delusional Disorder*. Cambridge University Press, 2006.
- Freeman D, Bentall R, garety Ph. *Persecutory Delusion*, Oxford University Press, 2008.
- Bartolotti L. *Delusion and other irrational beliefs*. Oxford University Press, 2010.
- Jaspers K. *General Psychopathology*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1997.
- Berrios G. *The history of mental symptoms*. Cambridge University Press, 1996.
- Schneider K. *Klinische Psychopathology*. Stuttgart, New York: 15 Auflage: Georg Thieme Verlag, 1946-2007.
- Kretschmer E. *Der sensitive Beziehungswahn*. Berlin: 4 Auflage: Springer, 1966.
- Ey H. *Des idées de Jackson a un modele dynamique en psychiatrie*. Toulouse: Ed.Radamante, Privat, 1973.
- Secară O. *Creierul social*. Timișoara: Ed.Artpress, 2007.
- Kircher T, David A. *The Self in Neuroscience and Psychiatrie*. Cambridge University Press, 2003.
- Tattosian A. *Phénoménologie des psychoses*. Paris: Masson, 1979.
- Brüne M. *Textbook of Evolutionary Psychiatry. The Origins of Psychopathology*. New York: Oxford University Press, 2008.

- Burns JK. Psychosis: a costly by-product of social brain evolution in Homo Sapiens. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2000;90:797-814.
- McKenna P. Disorders with overevaluated ideas. *Brit J Psychiat* 1984;145:579-185.
- Lăzărescu M. Direcții actuale de abordare nosologică a tulburărilor afective periodice – problema spectrului afectiv. *Psihiatru.ro* 2008;15:24-29.
- Neziroglu FA et al. Overvalued ideas scale (OVIS). *Behav Res Ther* 1999;37:881-903.
- Spitzer M. *Was is wahn?* Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 1989.
- Munro A. Aspects of persecutory delusion in the seting of delusional disorder. In: Freeman D, Bentall R, Garety Ph. *Persecutory Delusion*. Oxford University Press, 2008, 105-120.
- Raballo A et al. Self-centrality, psychosis and schizophrenia: a conceptual review. *Acta Biomed* 2006;77:33-39.
- Garety P, Freeman D. Cognitive approaches to delusion: a critical review of theories and evidence. *Brit J Clin Psychol* 1994;38:113-154.
- Bentall PR. The paranoid self. In: Kircher T, David A. *The Self*. Cambridge University Press, 2003, 293-318.
- Davies AMA, Davies M. Explaining pathologies of belief. In: Broome MR, Bartolotti L. *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*. Oxford University Press, 2009, 285-326.
- Gallagher S. Delusions: A tow-level framework. In: Broome MR, Bartolotti L. *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*. Oxford University Press, 2009, 269-284.
- Gallagher S. Delusional realities. In: Broome MR, Bartolotti L. *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*. Oxford University Press, 2009, 245-268.
- Wittgenstein L. *On certainly*. Blackwel, Oxford, 1969.
- Blankenburg W. *Der verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomater Schizophrenie*. Stuttgart: Emke, 1971.
- Guttenplan S. Folk Psychology. In: Guttenplan S. (eds). *A comparison of the Philosophy of Mind*. Blackwell, 1994, 307-293.
- Scharfetter Ch. The self-experience of schizophrenics. In: Kircher T, David A. *The Self*. Cambridge University Press 2003, 293-318.
- Damasio A. *The Feeling of what happens*. San Diego, New York, London: Ed.Harcourt, 1999.
- Pankseep J. *Affective Neuroscience. The Foundation of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press, 1998.
- Zahavi D. Phenomenology of self. In: Kircher T and Davis (eds). *The self in Neuroscience and Psychiatrie*. Cambridge University Press, 2003.
- Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H, Cohen DS. *Understanding other mind. Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience*. Oxford University Press, 2005.
- Bolbwy J. *Attachment and Loss*. New York: Basic Books, 1980.
- Feist J. *Theories of Personality*. Holt, Reinhart abd Winston INC, 1985.
- O'Connor K, Aardema F, Pélissier MCl. *Beyond Reasonable Doubt*. John Wiley and Sons, 2005.
- Blankenburg W. *Wahn and Perspektivität*. Stuttgart: Ed.Emke, 1991.
- Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology and pharmacology. *Am J Psychiat* 2003; 160:13-23.

\*\*\*