

UNIVERSITATEA "TITU MAIORESCU"
BUCUREȘTI
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE

**STUDIU ASUPRA CONȚINUTULUI IDEAȚIEI DELIRANTE
DIN PERSPECTIVĂ SOCIO-CULTURALĂ**

Coordonator:

Prof.univ. GEORGE IONESCU

lector univ. MIRELA MANEA

absolvent:

CRISTIANA HOFMANN

2002

CUPRINS:

CAPITOLUL 1: Instanțe ale ideeației	p. 4
CAPITOLUL 2: Ideea delirantă	
2.1. Definiție și caracterizare	p. 6
2.2. Clasificarea ideilor delirante	p.12
2.3. Ipoteze asupra modului de formare a ideii delirante	p.19
CAPITOLUL 3: Tulburări în care se întâlnesc ideile delirante	
3.1. Tulburări neurologice	p.22
3.2. Schizofrenia	p.23
3.3. Tulburarea schizoafectivă	p.27
3.4. Tulburarea schizotipală	p.27
3.5. Tulburările delirante	p.28
3.6. Tulburarea psihotică scurtă	p.29
3.7. Tulburarea psihotică indusă	p.30
3.8. Tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale	p.30
3.9. Tulburarea psihotică indusă de o substanță	p.31
3.10. Deliriumul	p.32
3.11. Demența	p.33
3.12. Psihoze delirante cronice neschizofrenice	p.33
3.13. Sindroame halucinatorii și delirante	p.36
3.14. Tulburările afective	p.37
3.15. Psihoze postpartum	p.37
CAPITOLUL 4: Variații transculturale	
4.1. Etnopsihopatologie	p.39
4.2. Sindroame transculturale	p.41
4.3. Unele studii transculturale	p.48
CAPITOLUL 5: Influența factorilor socio-culturali	p.50
CAPITOLUL 6: Metodologie	
6.1. Obiectiv	p.56
6.2. Ipoteza	p.56

6.3. Subiecți	p.56
6.4. Materiale utilizate	p.57
6.5. Metoda de testare	p.57
6.6. Desfășurarea experimentului	p.57
CAPITOLUL 7: Rezultate și interpretări	p.59
CAPITOLUL 8:Concluzii	p.78
BIBLIOGRAFIE	
ANEXE	

CAPITOLUL 1 : INSTANȚE ALE IDEAȚIEI

Tulburările conținutului gândirii au fost amplu studiate și descrise, ele formând una din principalele pagini ale psihopatologiei, deoarece ele se disting în discursul pacientului, izbînd interlocutorul. V.Predescu (1989, p.153) preciza că ideile cunosc o anumită dezvoltare și invazie spre cucerirea ariilor normalului, o luptă în tendința de impunere și dominare a minții individului respectiv; acest aflux ideativ morbid nefiind întotdeauna univoc progresiv, el avînd momente de stagnare, regresivitate sau avans rapid, în funcție de natura procesului patologic, de intensitatea lui, precum și de caracterul construcției psihice și de personalitatea premorbidă a insului.

Același autor consideră că în analiza conținutului gândirii este necesară precizarea unor noțiuni precum:

- **ideea dominantă** : este o idee inedită, apărută în legătură cu o preocupare concretă a subiectului sau reactiv, în urma unor psihotraume, avînd ca factor favorizant surmenajul, alcoolismul etc. Ea se detașează de celelalte idei, impunându-se într-un anumit moment al gândirii individului. Prin reversibilitatea ei, prin menținerea legăturii cu realitatea și prin absența modificării comportamentului, se înscrie în întregime în sfera normalului. Factorii care transformă o anumită idee în idee dominantă sunt reprezentați de personalitatea subiectului și de un anumit eveniment.
- **ideea obsedantă** : este ideea care izbucnește, erupe, asediază gândirea și se impune conștiinței, deși este în dezacord cu aceasta. Fiind străină și contradictorie situației și personalității individului, acesta îi recunoaște caracterul parazitar sau patologic, luptă pentru a o înlătura, dar fără a izbuti de cele mai multe ori să o învingă.

Obsesia se poate reprezenta clinic sub următoarele forme:

- a. **obsesii ideative** : subiectul se află într-un continuu dubiu asupra acțiunilor sale, se întreabă, analizează, revine. Majoritatea ideilor sale au un caracter bizar, fazic, ele fiind imediat și spontan urmate de altele opuse.
- b. **amintirile și reprezentările obsesive** : amintirile obsedante se referă la rememorarea unor evenimente cu conținut neplăcut, jenante sau în orice caz dificile; reprezentările obsedante constau în apariția unor idei care contrazic realitatea și determină reprezentarea figurativă senzorial-plastică.

- c. *obsesiile fobice* : constau în teama față de anumite evenimente, lucruri, ființe, acțiuni sau situații, teamă nejustificată, dar pe care pacientul nu o poate alunga, în ciuda faptului că evită situația respectivă. De obicei acestea apar pe fondul unei anxietăți difuze ca o teamă de ceva nedeterminat.
- d. *obsesiile impulsive* : îndeamnă bolnavul la acte particulare, lipsite de rațiune, inacceptabile sau ridicole.

Ideile obsesive sau anancaste, fobiile, acțiunile obsesive se întâlnesc în tulburarea obsesiv-compulsivă și în psihopatia psihastenică. Cu o intensitate mai mică, sub forma unor idei, cuvinte, fraze, replici, melodii, care se impun conștiinței fără ca persoana să le poată înlătura imediat, se întâlnesc în stări de surmenaj și psihostenii. Ideile obsedante pot fi întâlnite și în psihoze, mai ales la debutul sau în perioada de regresivitate a acestora; iar depresiile vârstei înaintate pot debuta sub formă obsesională.

- ***ideea prevalentă*** :

- se caracterizează prin poziția sa dominantă în câmpul conștiinței, prin neconcordanța și semnificația aberantă și prin faptul că ea orientează și diferențiază cursul gândirii.
- celelalte idei adiacente și concomitente, în loc să i se opună, să o contrazică, gravitează în jurul ei sprijinind-o și argumentând-o.
- în ciuda neconcordanței sale cu realitatea, este în armonie cu individul, ceea ce denotă că a atins nucleul personalității sale și poartă în ea potențialități delirante.
- pot fi întâlnite în stări reactive de intensitate psihotică, în stările postonirice, epilepsie, alcoolism, psihoza maniaco-depresivă și în toate stările predelirante.

- ***ideea delirantă*** :

- reprezintă ultimul pas în patologia gândirii, determinând transformarea ei calitativă.
- nu corespunde realității, cu care se află în opoziție evidentă și pe care o exprimă deformat
- pune stăpânire pe conștiința individului
- se menține în ciuda nepotrivirilor evidente cu realitatea.

CAPITOLUL 2 : IDEEA DELIRANTĂ

2.1. Definiție și caracterizare

Au fost date numeroase definiții ale ideii delirante, dintre care și cele prezentate în continuare.

În “Dicționarul enciclopedic de psihiatrie” (C.Gorgos, 1988, p.402), ideea delirantă este definită drept o tulburare de gândire care determină reflectarea eronată a realității, al cărei caracter patologic nu este recunoscut de subiect, ceea ce provoacă modificarea patologică a concepției despre lume, a comportamentului și a trăirilor acestuia. Ideile delirante sunt impenetrabile la contraargumentare și sunt susținute cu convingere de bolnav. Ele exprimă raporturile existente între Eu și lumea sa, fie în sensul expansiunii Eului în pofida realității, fie în sensul retracției Eului. O definiție asemănătoare este și aceea a lui H.Ey (1989, p.128).

V.Predescu (1989, p.158) vedea în ideea delirantă acele judecăți și raționamente care reflectă în mod eronat realitatea și modifică în sensul lor patologic concepția despre lume și comportamentul bolnavului.

C. Gorgos (1985, p.78) considera că ideile delirante sunt acele idei în dezacord evident cu realitatea, dar a căror realitate bolnavul o crede, impenetrabil la argumentele logicii formale și care-i modifică concepția despre lume, comportamentul și trăirile.

O altă definiție este aceea din “The family mental health encyclopedia” (F.Bruno, 1991, p.88), conform căreia ideea delirantă este o credință pe care majoritatea membrilor familiei unui individ sau culturi o privesc ca irațională sau falsă, iar faptele oferite de soți, prieteni sau terapeut au puțină influență asupra ei.

Ideea delirantă este considerată a fi o credință falsă bazată pe o interpretare greșită a realității (“The Columbia Encyclopedia”, 2001) sau o convingere eronată care se menține în ciuda evidențelor care o infirmă (R.Goldberg, 2001, p.98).

În “Gale Encyclopedia of Medicine” (1999), ideea delirantă este definită drept o credință de nezdruncinat în ceva neadevărat. Aceste credințe iraționale sfidează judecata normală și rămân ferme chiar dacă este prezentată o dovadă covârșitoare pentru a le disputa. Ideile delirante sunt adesea însoțite de halucinații. Ideile delirante se disting de

credințele culturale sau religioase care pot fi văzute drept neadevărate de către străini (de exemplu anumite ritualuri religioase considerate normale de populația care le practică).

C.Friedmann (2000, p.68) preciza că ideile delirante traduc convingeri patologice, absurde sau verosimile, neconforme cu realitatea obiectivă și care nu pot fi contrazise prin contraargumentare logică.

În "Comprehensive textbook of psychiatry" (H.I.Kaplan, B.J.Sadock, 2000) ideile delirante sunt definite drept credințe false, ferme, puternic menținute și neschimbătoare în fața dovezii care le infirmă, și care nu sunt în consonanță cu educația și cadrul cultural și social al persoanei. Astfel, gândurile delirante pot fi înțelese sau evaluate cu ajutorul unor informații despre lumea interpersonală a pacienților, cum ar fi implicările lor în grupuri religioase sau politice. Una din funcțiile fundamentale ale minții este de a genera credințe, inclusiv mituri și sisteme de înțelesuri. Aceste credințe oferă individului un sens al identității personale și de grup și mijloace de a înțelege realitatea. Ele sunt mai remarcabile când credințele netestate împărtășite formează baza coeziunii grupurilor precum în religii și culte. Unele grupuri aderă la aceste credințe în ciuda abundenței dovezilor plauzibile contrare, de exemplu unele secte fundamentaliste iau povestea creației biblice ad litteram. În fața dovezii contrare sau a amenințării personale grave, indivizii adesea se agață de credințele lor primare drept esențe ale credinței (baze alternative, de nereșpins pentru înțelegere). Credința puternică cu care sunt menținute convingerile religioase, politice și naționaliste, chiar și cu prețul vieții, arată puterea pe care credințele netestate o pot avea asupra comportamentului. Potențialele avantaje ale sănătății mentale din credințele religioase au fost demonstrate în studii epidemiologice care au arătat că aceia cu un sentiment de devotament personal prezintă mai puține simptome depresive.

Kolb, citat de Gorgos (1985, p.78) atrage atenția că, pentru ca o convingere să fie considerată delirantă, trebuie să pară drept improbabilă și aproape imposibilă unei persoane cu educație și o experiență asemănătoare cu cea a bolnavului în cauză, la care se adaugă și necesitatea ca subiectul de referință să prezinte cel puțin un nivel mediu de inteligență.

Jaspers, citat de Gorgos (1985, p.78) atribuia ideilor delirante următoarele caractere:

- convingerea extraordinară cu care ele sunt susținute, certitudinea subiectivă remarcabilă
- impermeabilitatea la experiență și la argumentele logice
- incredibilitatea conținutului.

V.Predescu (1989, p.158) găsea următoarele particularități ale ideii delirante:

- este o judecată eronată care stăpânește, domină conștiința bolnavului și-i modifică în sens patologic comportamentul
- este de obicei impenetrabilă la contraargumentare și inabordabilă prin confruntare, în ciuda contradicției evidente cu realitatea
- este incompatibilă cu existența atitudinii critice, bolnavul fiind lipsit de capacitate de a-i sesiza în mod conștient esența patologică.

G.Ionescu (2000) consideră că ideea delirantă nu evoluează în manieră singulară de cele mai multe ori, ea provenind din interior, din abisurile psihismului. Aici, celelalte idei în loc să i se opună, sunt neutralizate și devin asociate, sprijinind ideea delirantă. Tot acest autor consideră că ideea delirantă prezintă unele caracteristici precum:

- este o replică negativă față de realitate
- este contrară realității
- este inabordabilă prin contraargumente, persuasiune, exemple, experiență
- are o fermitate de neînvins
- este durabilă sau persistentă.

C. Enăchescu (2001, p.350) consideră că stările delirante trebuie considerate ca niște experiențe particulare de viață, specifice bolnavilor psihici. O cunoaștere a experienței delirante se impune a fi făcută prin analiza istoriei vieții personale a individului, a psihobiografiei acestuia. Autorul vorbește despre următoarele aspecte caracteristice oricărei forme de experiență delirantă:

- existența unui anumit “teren psihologic” pe care se dezvoltă starea delirantă
- existența unei stări prelungite de tensiune emoțională intrapsihică cu întoarcerea individului către sine însuși
- plasarea bolnavului într-o situație limită
- obligativitatea bolnavului de a găsi “soluții” de ieșire din situația-limită, acestea fiind, de regulă, iraționale, prin interpretarea eronată a “limitelor” care-i sunt impuse
- proiecția existenței bolnavului într-un alt registru al ontologicului, în contradicție cu realitatea obiectivă, logică
- întoarcerea în trecut, ca formă de regresivitate a gândirii, afectivității, conduitelor și contactelor cu lumea externă

- proiecția asupra “celorlalți” și a “lunii” a propriilor sale probleme sufletești conflictuale
- adoptarea unei “atitudini mintale” fixe, de tipul unei încremeniri rigide într-un prezent perpetuu, inflexibil, în care locul central îl ocupă ideile și preocupările sale delirante, pe care bolnavul încearcă pe orice cale să le realizeze.

O idee delirantă poate apare extrem de rapid. Pacientul o poate experimenta ca o iluminare a intelectului în care înțelegerea anumitor probleme devine brusc clară. Siguranța totală este aceea care diagnostichează natura delirantă a credinței. Există o variație în timp în ceea ce privește gradul de certitudine al credinței. Uneori pacientul crede, dar nu este întotdeauna sigur și alteori pacientul nu are nici un dubiu în privința sistemului de credințe. (Kaplan, Sadock, 2000).

Conținutul gândirii aberante, ideile și temele delirante par a depinde de mediul în care s-a dezvoltat și trăiește pacientul, de preocupările lui individuale și sociale în acea perioadă, de nivelul său socio-cultural și de stadiul de dezvoltare al psihismului propriu. În funcție de acestea ideile delirante se pot înlănțui, articula în tendința lor de sistematizare, într-o formă coerentă, mai mult sau mai puțin stringentă și uneori chiar aparent logică. (Predescu, 1989, p.158)

Tot acest autor consideră că, după cauzele care determină apariția și mai ales în funcție de tabloul clinic al bolii psihice în care apar, ideile delirante pot avea conținut mai verosimil sau, din contră, neverosomil, abstract, absurd, fantastic sau confabulator.

În continuare el precizează faptul că sistematica ideilor delirante se bazează și pe un criteriu afectiv. A.Achaintre, citat de Predescu (1989, p.161) vorbește despre “grupare ideo-afectivă”, deoarece ideea delirantă nu evoluează niciodată într-un mod singular, ci într-o grupare sau într-un ansamblu ideativ care-i conferă argumente și o susține, chiar atunci când nu se poate vorbi despre încheierea unui sistem delirant.

Ideile delirante pot fi sistematizate sau nesistematizate. Așa cum arătau Kaplan și Sadock (2000), ideile delirante sistematizate sunt de obicei restrânse și limitate la arii bine descrise și sunt asociate în mod obișnuit cu o senzație clară și absența halucinațiilor, ele fiind adesea izolate de alte aspecte ale comportamentului. Marie Georgescu (1998, p.28) precizează faptul că acest tip de idei au o singură temă constantă în timp, maxim două, pe

care subiectul încearcă să le susțină și să le argumenteze. Un exemplu de asemenea idei delirante ar fi cele din tulburările delirante (idei delirante de persecuție, asociate de obicei cu idei delirante de grandoare care se mențin neschimbate pe parcursul vieții pacientului). O completare a descrierii acestui tip de idei o aduce V. Predescu (1989, p.159), care consideră că bolnavul cu idei delirante sistematizate caută, prin toate mijloacele și permanent, să impună ideile sale realității, întrucât el le trăiește cu o puternică convingere. Nu numai afectivitatea și voința, ci și imaginația, forța mnezică și în general toate funcțiile psihice converg spre a edifica și pune în aplicare sistemul ideativ delirant. Același autor precizează că pe măsura evoluției, ideile delirante se structurează, se conturează și se delimitează prin explicitate și edificare delirantă. Suspiciunile și întrebările de la început, din perioada smulgerii de realitate, își găsesc răspuns odată cu detașarea de aceasta. Neliniștea și anxietatea generate de multe semne de întrebare și de situația inedită în care se află bolnavul se risipesc pe măsură ce acesta și le elucidează; acum el nu-și mai împărtășește ideile oricui, ci numai celor apropiați sau induși.

În contrast, așa cum sunt descrise în “Comprehensive textbook of psychiatry” (Kaplan, Sadock, 2000, p.150), ideile delirante nesistematizate se întind de obicei în multe zone ale vieții și noi informații (noi oameni și situații) sunt constant încadrate pentru a susține ideea delirantă. Pacientul prezintă de obicei concomitent confuzie mentală, halucinații și oarecare labilitate afectivă. Marie Georgescu (1998, p.28) descrie aceste idei delirante ca manifestându-se prin prezența mai multor teme delirante, tipuri de idei sau fragmente de idei, a căror prezentare este dezordonată și lipsită de argumentație. Despre ideile delirante nesistematizate a amintit și V.Predescu (1989, p.160), localizându-le mai ales în schizofrenie și o serie de psihoze paranoide. De exemplu, în schizofrenia paranoidă ideile delirante sunt slab legate sau nelegate între ele și nu se pot închea într-un sistem organizat. Ele sunt slab structurate, instabile, variabile ca tematică și fără tendința de a se impune realității. În timp ce pacientul cu un sistem delirant sistematizat închis poate trece prin viață relativ neperturbat, pacientul cu o idee delirantă nesistematizată frecvent are o funcționare socială slabă și adesea se poartă ca reacție la credințele delirante (Predescu, 1989, p.160).

Ideile delirante mai prezintă și alte caracteristici, unele dintre ele fiind amintite și în “Comprehensive textbook of psychiatry” (Kaplan, Sadock, 2000). Se vorbește astfel despre

idei delirante complete, care sunt menținute total fără îndoială, și de idei delirante parțiale, în care pacientul are îndoieli cu privire la credințele delirante. Asemenea îndoieli pot fi văzute în timpul dezvoltării încete a ideii delirante, pe măsură ce se renunță treptat la ideea delirantă, sau prezintă intermitențe în cursul lor.

Ideile delirante simple conțin relativ puține elemente și sunt mai comune la pacienții cu deficit cognitiv semnificativ, în schimb ideile delirante complexe pot conține elaborări sau detalii vaste despre oameni, spirite, motive și situații și au fost asociate cu leziuni în regiunile subcorticale (Kaplan, Sadock, 2000, p.151).

Ideile delirante au fost împărțite și în forme primare și secundare. Din păcate acești termeni au fost folosiți într-o varietate de forme, așa că distincțiile sunt confuze în literatură. Conform unei definiții, dată de J.Yager și M.Gitlin (2000), ideile delirante primare sunt acelea care nu mai pot fi înțelese în termenii contextului specific unui pacient, cum ar fi cultura sau dispoziția, pe când credințele delirante care pot fi înțelese și apreciate ca o extensie a unei credințe culturale sau a unei dispoziții sunt secundare. În acest cadru o idee delirantă congruentă cu dispoziția cu teme de inutilitate sau vinovăție poate fi considerată o idee delirantă secundară. Conform altei definiții, o idee delirantă primară se referă la și este sinonimă cu o idee delirantă autochthonous, care se formează instantaneu, ca și când întreaga conștiință ar izbucni în afară ca o străfulgerare neașteptată. Aceste idei delirante pot fi destul de elaborate. Au mai fost descrise încă trei tipuri de idei delirante primare:

- percepția delirantă se referă la interpretarea unei percepții normale ca având un înțeles delirant, care are o semnificație personală enormă pentru pacient.
- atmosfera sau dispoziția delirantă este o stare de perplexitate, un sentiment că ceva straniu sau ciudat se întâmplă, care implică pacientul, dar în moduri nedeterminate.
- memoria delirantă este memoria unui eveniment delirant. De exemplu, un pacient “își amintea” că profesorul său din clasa a patra i-a pus în suc de mere LSD; această amintire ajută la explicarea tulburării sale psihotice. Elaborarea memoriilor false și a credințelor fixe ulterioare pot atinge proporții delirante (Kaplan, Sadock, 2000, p.153).

Mai trebuie făcută o distincție, aceea între ideile delirante bizare și cele nonbizare. Unul dintre autorii care au făcut o asemenea distincție este și Lidia Nica-Udangiu (1995, p.4), care precizează că ideile delirante nonbizare includ situații ce pot apare în viața reală

(pacientul crede că este suspectat, urmărit, privit de trecătorii care se opresc lângă el sau care rămân în urma lui, care își comunică unul altuia comentarii referitoare la el, este înșelat de soț sau soție). În schimb, ideile delirante bizare se referă la acele credințe care nu derivă din experiența normală de viață a individului, sunt rupte de realitate, neverosimile, absurde, confabulatorii, fantastice. V.Predescu (1989, p.161) preciza că aceste idei bizare apar în cadrul unor modificări ale lucidității conștiinței sau în psihozele organice (senile și vasculare, traumatice, infecțioase, etc.). Acest autor dă drept exemplu ideile delirante de mărire și bogăție din demența paralizantă: bolnavii afirmă că posedă averi fabuloase din care oferă cu altruism celor din jur sume considerabile, ca în momentul următor să cerșească un lucru mărunț. Ideile delirante din demențele senile și presenile au și ele aspect polimorf, mobil și adesea confabulator, fantastic, dar spre deosebire de cele din schizofrenie sau parafrenie, rămân legate de evenimentele petrecute în spațiul restrâns al existenței bolnavului, având o amplitudine mică. Un alt exemplu de idee delirantă bizară ar putea fi aceea a unei paciente care credea că “doamna doctor este extraterestră”.

Așa cum arată C.Gorgos (1985, p.80), ideile delirante nu apar în mod natural clasificate sau monotematice, ele au tendința de a se articula și sistematiza, restructurând gândirea către un mod de gândire particular; implică modificări și la nivelul afectivității și percepției, astfel încât ele nu reprezintă numai o tulburare de conținut a gândirii, ci o trăire care angajează întregul psihism.

2.2. Clasificarea ideilor delirante

Conținutul ideilor delirante este extrem de bogat, el putând fi verosimil sau extrem de bizar. În funcție de tematica delirantă, ele au fost clasificate în:

A. Idei delirante expansive:

1. *Ideile delirante de grandoare*, care se pot referi la propria persoană (capacitățile personale, frumusețe, inteligență), la averea sa (posesiuni, bunuri materiale) sau la persoanele cu care se află în relație.

V. Predescu (1989, p.162) considera că, sub aspectul intensității lor, aceste teme pot fi exprimate vag, intermitent, pe un fundal de satisfacție, automulțumire și optimism, ca în manie, paralizia generală progresivă și uneori în schizofrenia paranoidă. Alteori temele sunt redată prin idei ferme, bine conturate, detaliate și sistematizate, care

privesc mai ales persoana pacientului, înzestrată cu multiple capacități și posibilități. În timp ce în prima situație ideile delirante au un caracter facultativ, în sensul că bolnavul nu simte nevoia să-i convingă și pe ceilalți și să-și impună ideile, în a doua situație cel în cauză este centrat pe ideea recunoașterii de către ceilalți a validității ideilor sale (acest lucru se întâlnește în paranoia).

O pacientă susținea că : “în două săptămâni am dat 300 de licențe”, “m-au caracterizat oameni celebri”, soțul ei este președintele ONU, “am fost președintele țării” și “Securitatea m-a rugat să redevin președinte”.

O altă pacientă afirma: “cred că sunt o persoană aleasă de Dumnezeu, pentru că m-a înviat, sunt reîncarnarea lui Isus Cristos, dar nu am penis”.

Un pacient spunea: “am fost medic, primul doctor pe țară, nu mai sunt pentru că mi-am dat demisia; am vorbit 10 limbi”.

2. *Ideile delirante de invenție* constau în elaborarea unor planuri sau încercări de realizare a unor dispozitive sau aparate de interes major. S-a considerat că esențialul pentru delirant nu constă atât în secretul calculelor sau al mecanismelor, cât în recunoașterea paternității, a priorității indiscutabile și a monopolului absolut al invenției lui. Pacienții cu astfel de idei pot prezenta drept argumente schițe sau machete puerile, absurde. Ideile de invenție apar în schizofrenie, paranoia și mai rar în sindromul maniacoal.

O pacientă povestește că era inginer electronist și într-un an de stagiatură a făcut un aparat deosebit, pentru care era lăudată tot timpul. Un pacient afirma că a făcut bomba atomică.

3. *Ideile delirante de reformă* sunt legate de elaborarea de către pacient a unor planuri filantropice, de pace universală și veșnică, a unor sisteme filozofice sau politice. O pacientă credea că a avut o misiune pe care nu știa că o are, “dar acum am descoperit-o: să fac bine și celor buni și celor răi”.

4. *Ideile delirante de filiație* constau în convingerea pacientului de a fi descendenții unor familii renumite, mult superioare sau chiar că ar avea o descendență divină; sau convingerea că sunt moștenitorii unor persoane cu situație economică, socială sau culturală înaltă. Aceste idei se întâlnesc în paranoia și schizofrenii paranoide. Un

pacient susținea că seamănă ca fizic cu un student la medicină care a fost legionar, sau că seamănă cu Aurel Vlaicu.

5. *Ideile delirante erotomaniace* sunt manifestate prin credința pacientului că este iubit de o persoană de obicei cu un nivel socio-cultural superior lui și căreia îi atribuie în mod deliberat sentimente de dragoste față de el, interpretând în acest sens orice act sau manifestare întâmplătoare acestuia. S-a observat că sub aspect clinic ideile erotomaniace sunt însoțite de o stare de exaltare psihică și polarizare pasională, care-i comandă și călăuzesc conduita. V.Predescu (1989, p.163) consideră că izvorul acestor idei delirante este constituit în special de intuiții, iluzii, false demonstrații și interpretări, iar uneori de “conversații indirecte” de natură halucinatorie (acest element înscrie ideea erotomaniacă în sfera mai largă a sindromului de influență și a automatismului mental).

Clerambault, citat de Predescu (1989, p.163) a descris erotomania ca o înlănțuire sistematică de idei delirante erotomaniace. Aceste idei pot rămâne pasive, dar uneori, după o anumită perioadă, ele îl pot împinge pe cel în cauză să dea curs, să realizeze practic legătura lor ideo-afectivă. Din faza dragostei constante și exclusive, atunci când obiectul iubirii reacționează vădit negativ sau ostil, se poate ajunge la faza rupturii și răzbunării și la reacții agresive.

Acest tip de idei apar în tulburarea delirantă, schizofrenii, psihoze de involuție, alcoolism.

6. *Ideile delirante mistice sau religioase* sunt reprezentate de convingerea bolnavului că este un mesager divin, că este un înger sau diavol sau chiar instanța divină supremă, că este purtătorul unui mesaj de ordin spiritual, religios. Aceste idei pot fi adesea consecința preocupărilor religioase.

Ele apar în tulburarea delirantă, schizofrenia paranoidă și pasager în stările maniacale. O pacientă susținea că cineva a electrocutat-o și Dumnezeu a înviat-o. Un pacient afirma: “Sunt Isus Hristos. Mi-am schimbat numele. Sunt Gigi Creatorul.”

B. Ideile delirante depresive:

1. *Ideile delirante de persecuție:* constau în convingerea bolnavului că suferă prejudicii morale, materiale sau fizice, simțind lumea ca ostilă. Pacientul se simte jignit de gesturi, cuvinte, atitudini, are convingerea că este observat și urmărit, că împotriva lui se

completează. Comportamentul lui, la început resemnat (schimbări de domiciliu, scăderea contactelor interpersonale), poate deveni revendicativ (plângeri, reclamații) și chiar antisocial (violență). Se ajunge astfel la o inversare de roluri, persecutații devenind persecutori. Aceste idei delirante sunt cele mai frecvente și apar în reacții paranoide, schizofrenia paranoidă, tulburări delirante, psihozele delirante de involuție. Un pacient spunea că atunci când spune adevărul oamenii se răzbună, îl dau afară de la serviciu sau că există o instituție care i-a dat mercur ca să-l poată ferma. O pacientă credea că regele Cioabă și Iulian o urăsc, iar regele Cioabă a vrut s-o cumpere. Aceași pacientă considera că vecinii ei din bloc îi sunt dușmani, nu o lasă să asculte muzică, vor să o vadă tot timpul în spital ca să se distreze ei.

2. *Ideile delirante de revendicare* : se nasc din credința pacientului că a fost victima unei nedreptăți. Acesta are un sentiment continuu de frustrare și își canalizează întreaga activitate spre recunoașterea drepturilor lui : intentează procese, face sacrificii economice mai mari decât drepturile și proprietățile pe care le revendică. Uneori această luptă este îndreptată spre obținerea unui beneficiu moral, spre a face să triumfe o idee etc. Procesele întrețin deseori starea de alertă, acumulează și întăresc sentimente de ură, care, amplificate de interpretarea delirantă, aduc pacientul la exasperare și-l determină să-și facă singur dreptate, mergând până la violență, agresiuni și crimă.

3. *Ideile delirante de gelozie*: se referă la suspectarea gesturilor, expresiei mimice, intonației, atitudinii și dispoziției afective ale partenerului, pe care bolnavul le interpretează drept mijloace de comunicare cu o terță persoană sau probe de adulter. Uneori se face mai dificil distincția între aceste idei și gelozia fondată, în această situație ținându-se seama de amplitudinea ideii, caracterul său obsedant și tenace și de aspectul incredibil al acuzațiilor. Ideea de gelozie este alimentată și de false recunoașteri, iluzii de percepții și memorie, interpretări delirante, iar la alcoolici este amplificată atât de experiențele onirice, confuzionale, de scenele de coșmar, cât și de scăderea libidoului. O pacientă susținea că mama ei face dragoste cu prietenii ei, că este geloasă pe ea și că are doi copii cu Horia Brenciu. O pacientă spunea că soțul are o amantă tânără, de 27 de ani.

4. *Ideile delirante de relație*: constau în convingerea pacientului că persoanele din ambianță, din anturaj, exercită asupra sa influențe negative și că prin cuvinte, gesturi, acțiuni fac aprecieri defavorabile asupra calităților sale intelectuale, morale, fizice sau

sexuale. Apar în schizofrenia paranoidă, episoade delirante acute, alcoolism, tulburări delirante etc.

5. *Ideile delirante de autoacuzare și vinovăție*: bolnavul se consideră vinovat de situația grea în care se află, de nereușita copiilor, de necazurile prietenilor și în general de nenorocirile altora. Lumea care îi era ostilă subiectului în cazul ideilor de persecuție, este insuportabilă în cazul ideilor de vinovăție. Ele se întâlnesc în stări depresive, schizofrenii, și pot duce nu numai la suicid, ci și la omucidere, cunoscută în psihopatologie sub denumirea de “omor altruist”.

6. *Ideile delirante hipocondriace*: sunt considerate depresive datorită faptului că evoluează pe fondul unei stări afectiv-negative, de obicei depresiv-anxioase. Pacienții au convingerea delirantă că sunt amenințați sau afectați de o boală grea, incurabilă, de obicei cu sfârșit letal, ceea ce îi face să interpreteze și să amplifice nemăsurat tulburări efemere și minore ale funcției diverselor aparate sau sisteme. Pe acest fond depresiv-anxios, ei se autoanalizează, se documentează încontinuu în legătură cu presupusa afecțiune. În stadii avansate și mai ales la bolnavii în vârstă, aceste idei pot fi însoțite de halucinații care au un caracter fantastic, absurd. Astfel, uneori la bolnavi se dezvoltă convingerea că eventualele gargarimente, reale, sunt determinate de vietăți pe care le poartă în stomac sau în intestin; altele ei afirmă că locul și structura unor organe s-au modificat.

Ideile hipocondriace nu ating întotdeauna, așa cum arată Jahrreiss, caracterul de idei delirante, prezentându-se uneori ca idei obsesive sau mai des prevalente: “ideea hipocondriacă poate fi o simplă preocupare (mai degrabă teamă decât idee), poate fi o obsesie (teamă și idee), poate fi o idee delirantă” (Chaslin, citat de C.Gorgos, 1985, p.79).

Ideile delirante hipocondriace apar în schizofrenie, psihozele de preinvoluție și involuție, în depresii, psihoze delirante cronice.

7. *Ideile de transformare și posesiune*: se pot referi la transformarea corporală; bolnavii fiind convinși că au suferit o metamorfoză fizică, parțială sau totală, sau că au fost transformați în animale; este așa-numitul delir metabolic sau zootropic. Aceste idei cu caracter absurd și fantastic se întâlnesc, de obicei, fie în stări demențiale (de exemplu stadiul de demență profundă al paraliziei generale), fie în schizofrenia paranoidă.

8. *Ideile de negație*: se referă la faptul că bolnavul nu recunoaște realități evidente, ajungând să nege însăși realitatea funcțiilor vitale, existența unor organe, a unui proces

psihic, a unor aspecte din realitate etc. În depresiile de involuție pacienții trăiesc și un sentiment de culpabilitate, afirmă că sunt condamnați să trăiască veșnic, pentru a se chinui veșnic. Aceste idei delirante caracterizate prin enormitate, negație și imortalitate au fost reunite de Cotard în sindromul cu același nume. Amplitudinea acestor idei delirante simbolizează o perturbare psihică foarte severă, ducând deseori la deteriorarea funcțiilor cognitive. Sindromul Cotard se întâlnește în stări demențiale profunde, în melancolia delirantă (în special de involuție) și mai rar în stări confuzionale (mai ales de origine infecțioasă).

C. Ideile delirante mixte:

Unii autori inserează aici ideile de interpretare care domină aspectul manifestării psihopatologice. În cazul acestor idei, sistematizate de Serieux și Capgras (citați de V. Predescu, 1989), mecanismul delirant este interpretarea. Acești bolnavi supun tot ceea ce percep, văd sau aud, rigorilor raționamentului inductiv, completat și amplificat intuitiv și imaginativ. Acest tip de idee conferă pacientului convingerea delirantă că gesturile, acțiunile sau afirmațiile persoanelor din jur poartă o semnificație specială, cu referire la el. Pacientul analizează, explică și descifrează toate aspectele lumii înconjurătoare, conform unor criterii egocentrice, în sensul că totul se referă la sine, că el este centrul atenției și al evenimentelor.

Tendința interpretativă poate fi orientată asupra evenimentelor:

- exogene : bolnavul furnizează date oferite de propriile-i simțuri. Astfel, pornind de la privirea mai deosebită a unui trecător, bolnavul poate ajunge prin diverse raționamente și interpretări, la concluzia existenței unui complot. Alteori, semnificația pe care el o acordă unor fapte cotidiene este relativ comprehensibilă, aceasta căpătând valoare de simbol sau asemănătoare superstițiilor comune. De exemplu, o floare oferită este luată drept declarație de dragoste; cântecul cucuvelei este considerat semn de moarte apropiată. Comunicarea prin limbaj, sensurile multiple ale acestuia, accepțiunile diferitelor noțiuni, ca și modulația, intonația vocii, metaforele și jocurile de cuvinte, constituie pentru bolnav tot atâtea surse de interpretare.
- endogene : pacientul analizează evenimentele lumii sale interioare, iar materialul interpretărilor este oferit de producția ideativă, de conținutul viselor și senzațiilor corporale.

Aceste producții sunt supuse aceluiași mecanism interpretativ, bolnavul realizând prin intuiție imediată o inferență de la un lucru exact, la un concept delirant.

Clerambault, citat de V.Predescu (1989, p.166) afirma că ideile delirante de interpretare de dezvoltă în rețea: astfel încât percepțiile iluzorii, aluziile, supozițiile, pseudoraționamentele realizează, prin interpretări succesive, o rețea relativ difuză, care cuprinde noi aspecte ale realității. După cum susține H.Ey, citat de V.Predescu (1989, p.166) concepția lui Clerambault se verifică numai în fazele inițiale ale construcției delirante, întrucât ulterior, când sistematizarea este terminată, bolnavul se iluminează, se edifică, descoperă “adevăru”, delirul său fiind bine conturat și “demonstrat” până la evidență.

Aici sunt incluse:

- *ideile de influență*: constau în convingerea bolnavului de a se afla sub influența acțiunii unor forțe xenopatic. Au fost descrise în cadrul sindromului de automatism mental. Dacă în trecut pacienții erau convingși că influența exterioară se exercită asupra lor în special prin diavol, ocultism (decântece, farmece), acum ei cred că se acționează prin sugestie, hipnoză, unde electromagnetice, radiații atomice, raze cosmice, ceea ce denotă impactul socio-cultural și științific al epocii. Această forță străină personalității insului, îi influențează gândurile, sentimentele, actele, inhibându-le, amplificându-le sau perturbându-le.

Au apărut astfel alte tipuri de idei delirante, precum:

- a. idei delirante de control al gândurilor (se manifestă prin convingerea bolnavului că gândurile lui sunt controlate sau impuse de persoane străine, că nu îi aparțin)
- b. idei delirante de furt sau extragere a gândirii (subiectul are credința că ideile îi sunt furate, extrase din minte și făcute publice, cunoscute de ceilalți oameni)
- c. idei delirante de citire a gândurilor (pacientul susține că poate citi gândurile celorlalte persoane sau că ceilalți îi pot citi gândurile). O pacientă credea că cei din jur îi pot citi gândurile.
- d. idei delirante de transformare sau posesiune (reprezintă convingerea delirantă că au fost transformați în alte persoane, ființe sau uneori obiecte)

- *ideile delirante metafizice sau cosmogonice* care au drept conținut pretenția de a elucidă originea vieții, a lumii, a sufletului, a reîncarnării sau metempsihozei. Apar mai ales în schizofrenie paranoidă, parafrenie.

V.Predescu (1989, p.167) descrie și delirul rezidual, care reprezintă ideea delirantă ce rămâne ca monosimptom după ce au trecut toate celelalte aspecte psihotice (tulburarea de conștiință, halucinațiile, agitația psihomotorie). Acum pacientul acceptă că a fost bolnav, că acelea erau închipuiri ce țineau de boală, deși el continuă să susțină o parte din ideile lui delirante. Acest tip de delir nu durează decât câteva zile după ieșirea din starea confuzivă.

2.3 Ipoteze asupra modului de formare a ideii delirante

În "Gale Encyclopedia of Medicine" (1999) se arată faptul că unele studii au indicat că ideile delirante pot fi generate de anormalități în sistemul limbic, porțiunea din creier aflată în capătul interior al cortexului cerebral, despre care se crede că reglează emoțiile. Sursa exactă a ideii delirante nu a fost găsită în mod concludent, dar cauzele potențiale includ anormalitățile genetice, neurologice și schimbări în chimia creierului. Ideile delirante sunt cunoscute și ca un posibil efect al folosirii și abuzului de droguri (de exemplu amfetamină, cocaină).

Așa cum precizează V.Predescu (1989, p.167) cauzele apariției ideilor delirante sunt încă neelucidate, dar în cele mai multe cazuri ele sunt socotite ca expresie a acțiunii unor factori toxici, infecțioși, traumatici (emoționali, fizici). Ca și în cazul halucinațiilor, modelele experimentale produse mai ales cu psihedelize, demonstrează că patologia delirantă nu poate fi limitată la mecanisme strict corticale, dereglările care le determină extinzându-se și la regiunile subcorticale.

Mecanismul fiziopatologic care stă la baza ideilor delirante ar consta, după I.P.Pavlov, Ivanov-Smolenski, Ghiliarovski și alții, în existența unor focare de excitație inertă înconjurate de zone de inhibiție în stare ultraparadoxală, care se instalează datorită inducției negative provocată de focarul de excitație. Inducția negativă intensă inhibă focarele de sens contrar din scoarță, care ar fi putut corecta conținutul ideii delirante; astfel explicându-se lipsa criticii.

Școala pavlovistă susține că în scoarța cerebrală a bolnavilor cu idei delirante, pe fondul inhibiției (în faza ultraparadoxală) se inversează sensul relațiilor inhibitorii, astfel încât ceea ce trebuie să fie inhibat se dezinhibă și devine dominant, din această cauză, în loc să apară ideea normală, care exprimă corect realitatea, apare opusul ei.

H. Ey citat de C.Enăchescu (2000, p.339) consideră că ideile delirante nu pot fi separate de ansamblul personalității bolnavului, de structura sa mentală, de experiențele trăite de acesta, de viața sa afectivă. Toate aceste aspecte contribuie la formarea convingerii delirante a bolnavului respectiv, în virtutea lor ordonându-se reacțiile, acțiunile și comportamentul acestuia. În cadrul stărilor delirante H. Ey distinge două aspecte:

- a) experiențele delirante acute care reprezintă o disoluție de diferite grade, temporară, a personalității și a conștiinței cu eliberarea unor imagini similare celor din cursul visului;
- b) organizările delirante cronice ale personalității în care sunt incluse următoarele aspecte:
 - o anumită predispoziție ereditară
 - cronicizarea unui episod oniric
 - o tulburare primară a personalității bolnavului

În ceea ce privește etiopatogenia delirurilor cronice, A. Porot, citat de C.Enăchescu (2000, p.340) menționează următoarele puncte de vedere:

- concepția psiho-genetică conform căreia ideile delirante derivă dintr-o atingere mai profundă și greu de explicat a personalității bolnavului;
- concepțiile organo-genetice, biologice și dinamice (ca în cazul automatismului mental) când delirul este considerat ca o producție parazitară a unor factori afectivo-perceptivi.

Unele contribuții teoretice ale lui Freud despre schizofrenie se referă la psihodinamica formării ideilor delirante. La începutul carierei a presupus că acestea pot apărea prin intermediul mecanismelor de apărare, negare și proiecție (prin care dorința subiectului este neacceptată și atribuită altei persoane sau unui obiect). În "Tratatul de psihiatrie Oxford" (1994, p.258) se precizează că prin examinările pacienților paranoizi s-a descoperit insatisfacția lăuntrică, ascunsă, sentimentul de inferioritate, asociat autostimei și ambiției, în discordanță cu realizările lor. Mai târziu, Freud a sugerat că ideile delirante de persecuție apar din impulsurile latente homosexuale care suferă refulări și proiectări. Aceste idei își au originea în studiul său despre Daniel Schreber, judecător la Curtea de apel din Dresda. Astfel, situația "Eu (un bărbat) îl iubesc pe el (un bărbat)" este inversată cu "Nu-l iubesc; îl

urăsc” și proiectată în “El mă urăște (și mă persecută)”. Freud a mers până acolo încât să argumenteze că ideile delirante de gelozie pot fi explicate prin existența unei homosexualități inconștiente; soțul gelos este atras în mod inconștient de bărbatul pe care susține că îl iubește soția sa. Spre sfârșitul carierei, Freud susținea că ostilitatea moștenită în orice formă de ambivalență intensă față de un obiect poate fi proiectată în sentimentul că este persecutat de acel obiect.

Kretschmer (1927) a considerat de asemenea că tulburările delirante sunt mai probabile la indivizi cu personalități predispuse sau “sensibile” (senzitive). La astfel de oameni, un eveniment precipitant poate induce ceea ce Kretschmer a numit delir senzitiv de relație, ca reacție psihologic inteligibilă.

În afară de factorii psihologici ce țin de pacient, în “Tratatul de psihiatrie Oxford” (1994, p.258), se vorbește despre izolarea socială care poate duce la apariția simptomelor paranoide. Se presupune că izolarea socială poate fi produsă de surditate. În 1915, Kraepelin a subliniat că surditatea cronică poate duce la comportamente paranoide. Houston și Royse în 1954 au găsit o asociere între surditate și schizofrenia paranoidă, în timp ce Kay și Roth în 1961 au găsit tulburări de auz la 40% din parafrenicii cu debut tardiv al bolii. Dar, trebuie precizat faptul că, după cum arată și Corbin și Eastwood în 1986, marea majoritate a surzilor nu devin paranoizi.

B. Charlton (2000, p.486) sugerează că tulburările delirante sunt ceea ce el numește “teoria ideilor delirante ale minții”, și se nasc nu ca urmare a unei gândiri defectuoase, ci în urma unei aprecieri greșite a motivelor și intențiilor celorlalți oameni.

CAPITOLUL 3: TULBURĂRI ÎN CARE SE ÎNTÂLNESC IDEILE DELIRANTE

3.1 Tulburări neurologice

Ideile delirante apar în numeroase tulburări neurologice. Așa după cum se specifică și în “Comprehensive textbook of psychiatry” (Kaplan, Sadock, 2000, p.99), ele sunt mai frecvent întâlnite în boala Alzheimer, în demența vasculară, în boala Huntington, în epilepsia de lob temporal și în scleroza multiplă. Apar și în encefalopatia posttraumatică, boala lui Wilson și alte tulburări degenerative extrapiramidale și tumori ale creierului, dar nu sunt frecvente în aceste situații. Ideile delirante sunt rare în boala Parkinson, în afară de manifestarea toxicității dopaminice sau anticolinergice. Când sunt însoțite de leziuni focale, leziunea este de obicei în regiunea stângă sau dreaptă temporo-parietală. Cu leziunile din partea stângă, ideile delirante sunt însoțite de afazia Wernicke; în leziunile din partea dreaptă, halucinațiile vizuale proeminente acompaniază de obicei tulburarea delirantă. Aceste observații clinice arată că ideile delirante sunt mai comune în bolile care afectează lobul temporal al cortexului sau ganglionii bazali, mai ales nucleul caudat. Ideile delirante sunt mai frecvente în tulburările cu leziuni unilaterale decât bilaterale.

Tot în “Comprehensive textbook of psychiatry” (Kaplan, Sadock, 2000, p.99) sunt descrise câteva principii care ajută la caracterizarea și înțelegerea ideilor delirante în bolile neurologice.

- Ideile delirante nu sunt reacții la declinul funcțiilor intelectuale; cu cât este mai intactă cogniția delirantă a pacientului, cu atât mai complexe tind să fie ideile delirante. Pacienții cu demență au idei delirante simple, în timp ce pacienții cu atacuri singulare sau alte leziuni limitate manifestă credințe delirante complexe, bine structurate și puternic menținute. Intelectul este în serviciul procesului delirant.
- Nici o corelare neuropsihologică specifică a ideilor delirante (de exemplu, deficite de memorie, limbaj, funcții vizuo-spațiale, abilități ale lobului frontal) nu a fost identificată. Anormalitățile cognitive caracteristice disfuncției lobului frontal sau lobului temporal sunt comune la pacienții deliranți.
- Nu există nici un conținut delirant care diferențiază bolile neurologice de procesele psihotice idiopatice precum schizofrenia. Majoritatea ideilor delirante din bolile

neurologice tind să fie credințe persecutorii, dar poate fi observat orice tip de conținut delirant.

- Halucinațiile vizuale apar mai des împreună cu ideile delirante în boli neurologice, decât în psihozele idiopatice. Halucinațiile vizuale apar cu ideile delirante și în tulburările neurologice și în tulburările psihiatrice idiopatice.
- Ideile delirante sunt mai comune în bolile care afectează ambele emisfere, precum tulburările degenerative și demența vasculară.
- Când ideile delirante urmează leziunilor unilaterale, lateralitatea leziunii poate influența conținutul delirant. Simptomele schneideriane de primul rang sunt mai frecvente cu leziunile din partea stângă, și ideile delirante ale sindroamelor de substituție și de identificare greșită, precum simptomul Capgras sunt mai comune cu leziunile de emisferă dreaptă.
- Ideile delirante mai sunt invariabil legate de leziuni în structuri anatomice specifice și alți factori nonanatomici (de exemplu schimbări biochimice, factori de decizie, condiții de mediu) trebuie să participe în determinarea apariției ideilor delirante.
- Este obișnuit ca invazia ideilor delirante să fie amânată pe perioade considerabile după apariția unei leziuni a creierului. În epilepsia de lob temporal, de exemplu, câțiva ani pot trece între lezarea creierului cu invazia unor atacuri, și prima apariție a ideilor delirante.
- Abordarea tratamentului ideilor delirante în bolile neurologice implică abordarea atât a ideilor delirante, cât și a bolii fundamentale. Ideile delirante pot răspunde agenților neuroleptici și rar se îmbunătățește starea cu anticonvulsive sau alte medicamente nonneuroleptice.

3.2. Schizofrenia

Schizofrenia a fost considerată cea mai severă și cronică din bolile mentale (A.Dell Orto, R.Marinelli, 1995, p.59).

Așa după cum sunt prezentate în DSM-IV (1994, p.248), elementele esențiale ale schizofreniei sunt constituite dintr-o mixtură de semne și simptome caracteristice (atât pozitive, cât și negative) care au fost prezente o perioadă semnificativă de timp, în cursul unei perioade de o lună (ori un timp mai scurt, dacă au fost tratate cu succes), cu unele

semne ale tulburării persistând timp de cel puțin șase luni. Simptomele caracteristice schizofreniei cuprind o serie de disfuncții cognitive și emoționale care includ percepția, gândirea inferențială, limbajul și comunicarea, controlul comportamentului, afectul, fluența și productivitatea gândirii și limbajului, capacitatea hedonică, voința, motivația, și atenția. Se precizează că nici un singur simptom nu este patognomic schizofreniei; diagnosticul implică recunoașterea unei constelații de semne și simptome sociale cu deteriorarea funcționării sociale sau profesionale.

În continuare, tot în DSM-IV (1994, p.248), se precizează că simptomele caracteristice pot fi conceptualizate ca împărțindu-se în două mari categorii: pozitive și negative. Simptomele pozitive par a reflecta un exces sau distorsionarea funcțiilor normale, pe când cele negative par a reflecta diminuarea sau pierderea funcțiilor normale. Simptomele pozitive includ distorsiunile sau exagerările gândirii inferențiale (ideile delirante), percepției (halucinațiile), limbajului și comunicării (dezorganizarea limbajului) și controlului comportamentului (comportamentul flagrant dezorganizat sau catatonie). Simptomele negative se referă la o restrângere în gama și intensitatea expresiei emoționale (aplatizare afectivă), în fluența și productivitatea gândirii și limbajului (alogia) și în inițierea unei activități orientate spre un scop (avoliția).

Tulburările din spectrul schizofreniei sunt caracterizate, așa cum se arată în ICD-10 (1998, p.105), prin distorsiuni fundamentale și caracteristice ale gândirii și percepției și ale afectelor care sunt neadecvate sau tocite; câmpul de conștiință clar și capacitatea intelectuală sunt de obicei menținute, deși unele deficite cognitive se pot instala pe parcursul timpului. Această tulburare implică funcțiile de bază, care dau unei persoane sentimentul unicității, identității și autonomiei sale; astfel încât cele mai intime gânduri, sentimente și acte sunt adesea trăite ca fiind cunoscute sau împărtășite de alții, putându-se dezvolta și deliruri explicative, având convingerea că forțe naturale sau supranaturale acționează pentru a influența gândurile și acțiunile celui afectat, în modalități care sunt adesea bizare.

În DSM-IV (1994, p.248) ideile delirante sunt definite drept convingeri eronate care implică de regulă o interpretare falsă a percepțiilor sau experiențelor. Conținutul lor poate include o varietate de teme (de exemplu, de persecuție, de referință, somatice, religioase sau de grandoare). Ideile delirante de persecuție sunt cele mai frecvente; persoana

respectivă crede că este urmărită, înșelată, spionată sau ridiculizată. Ideile delirante de referință sunt și ele frecvente; persoana respectivă crede că anumite gesturi, comentarii, cântece lirice, pasaje din cărți, ziare, emisiuni la televizor ori alți stimuli ambientali îi sunt adresați în mod special. Distincția între o idee delirantă și o idee susținută cu fermitate este dificil de făcut și depinde de gradul convingerii cu care este susținută credința, în ciuda evidenței contrariului.

Deși ideile delirante bizare sunt considerate a fi extrem de caracteristice schizofreniei, bizareria poate fi dificil de apreciat, în special vizavi de diverse culturi (idei care pot fi considerate drept delirante într-o cultură, idei precum cele referitoare la magia neagră și farmece, pot fi văzute drept normale în alta). Ideile delirante sunt considerate bizare, dacă sunt implauzibile și incompreensibile și nu derivă din experiențele de viață comune. (DSM-IV, 1994, p.249)

K. Conrad (2000) a studiat dezvoltarea ideilor delirante la pacienții cu schizofrenie. În prima fază a procesului schizofrenic, pe care el a denumit-o “*trema*” (termen german pentru trac), pacienții își dau seama că ceva semnificativ li se întâmplă. Cumva lumea din jurul lor se schimbă și ei se simt prinși înăuntru, hărțuiți și fără putere, ei putând face încercări disperate pentru a recâștiga controlul prin scheme elaborate de construire a corpului și caracterului. În timpul fazei *trema* pacienții sunt anxioși, iritați și adesea depresivi. Această fază poate dura numai câteva zile, dar uneori durează săptămâni sau luni. În stadiile ulterioare ale fazei *trema*, pacienții pot fi într-o dispoziție delirantă care îi face să vadă mediul într-o lumină nouă și ciudată, înfățișările sunt schimbate și familiaritatea pierdută. Faza *trema* este urmată de faza de *epifanie*, o expresie grecească care sugerează o revelație bruscă. Conrad presupune încă două faze după epifanie (moment în care pacientul devine brusc sigur de anumite fapte sau evenimente noi): faza *apocaliptică fragmentată* și faza *terminală*, în care pacientul devine ca o legumă.

Schizofrenia cuprinde mai multe subtipuri, din care următoarele sunt caracterizate prin apariția unor idei delirante:

a. Schizofrenia paranoidă are drept element esențial, după cum se specifică în DSM-IV (1994, p.259), prezența ideilor delirante sau a halucinațiilor notabile, în contextul unei mențineri relative a funcționării cognitive și a afectului. Ideile delirante sunt de regulă de persecuție sau de grandoare ori mixte, dar pot surveni, de asemenea, și idei delirante

cu alte teme (de exemplu, de gelozie, religioase sau somatice). Ideile delirante pot fi multiple, dar de regulă sunt organizate în jurul unei teme coerente. Halucinațiile sunt de obicei în raport cu conținutul temei delirante. Elementele asociate includ anxietatea, furia, răceala și cearta. Temele de persecuție pot predispuce individul la comportament suicidar, iar combinarea ideilor delirante de persecuție și de grandoare cu furia poate predispuce individul la violență. În ICD-10 (1998, p.108) se precizează că tabloul clinic al schizofreniei paranoide este dominat de idei delirante relativ stabile, de obicei paranoide (de persecuție, referință, naștere ilustră, misiune specială, schimbare corporală sau gelozie), însoțite de halucinații, în special de tip auditiv, și de tulburări de percepție. Tulburarea de gândire poate fi evidentă în stările acute, dar în acest caz ea nu împiedică ca delirurile și halucinațiile tipice să fie descrise clar.

- b. Schizofrenia dezorganizată** în este prezentată în DSM-IV (1994, p.260) ca având drept elemente esențiale limbajul dezorganizat, comportamentul dezorganizat și afecte plate sau inadecvate. Ideile delirante sau halucinațiile, care sunt prezente, sunt fragmentare și neorganizate într-o temă coerentă. În ICD-10 (1998, p.110) acest tip de schizofrenie este inclus în schizofrenia hebefrenă, în care schimbările afective sunt proeminente, ideile delirante și halucinațiile efemere și fragmentare (ele pot fi prezente, dar nu trebuie să fie proeminente), comportamentul iresponsabil și imprevizibil, iar manierismele sunt obișnuite. Aceleași trăsături sunt amintite și de Ann Birch și Sheila Hayward (1999, p.177).
- c. Schizofrenia reziduală** a fost definită în ICD-10 (1998, p.114) drept un stadiu cronic în dezvoltarea tulburării schizofrenice în care a existat clar o progresiune de la un stadiu inițial (incluzând unul sau mai multe episoade cu simptome psihotice, ce întrunesc criteriile generale pentru schizofrenie), la o stare tardivă cu simptome negative și deteriorări caracterizate prin durabilitate, deși nu în mod necesar ireversibile. În DSM-IV (1994, p.261) se precizează faptul că acest diagnostic trebuie să fie utilizat când a existat cel puțin un episod de schizofrenie, dar tabloul clinic actual nu prezintă simptome psihotice pozitive notabile. Dacă sunt prezente idei delirante sau halucinații, ele nu sunt marcate și nu suntacompaniate de un afect puternic.
- d. Schizofrenia simplă** este descrisă în ICD-10 (1998, p.115) ca o tulburare rară, în care există o dezvoltare progresivă a unor bizarerii comportamentale, incapacitatea de a

îndeplini cerințele societății și diminuarea globală a performanțelor. Ideile delirante nu sunt evidențiable aici, așa cum nu apar nici în schizofrenia catatonică și în cea nediferențiată.

3.3. Tulburarea schizoafectivă

Elementul esențial al tulburării schizoafective, prezentat și în DSM-IV (1994 p.264), îl constituie o perioadă neîntreruptă de maladie în cursul căreia, la un moment dat, există un episod depresiv major, maniacal sau mixt, concomitent cu simptome specifice schizofreniei. Pe lângă aceasta, în cursul aceleiași perioade de maladie, există idei delirante sau halucinații timp de cel puțin două săptămâni, în absența unor simptome afective notabile. Faza tulburării numai cu simptome psihotice singure este caracterizată de idei delirante sau halucinații care durează cel puțin două săptămâni. Deși unele simptome afective pot fi prezente în cursul acestei faze, ele nu sunt notabile.

În ICD-10 (1998, p. 127) tulburarea schizoafectivă este definită drept o tulburare episodică în care simptomele afective și schizofrenice sunt proeminente și prezente în cadrul aceluiași episod al bolii, de preferință simultan, dar cel puțin câteva zile fiecare.

3.4. Tulburarea schizotipală

După cum este descrisă în ICD-10 (1998, p.116), această tulburare este caracterizată printr-un comportament excentric și prin anomalii ale gândirii și ale afectului, care se aseamănă cu cele din schizofrenie. Nu există nici o tulburare dominantă sau tipică, dar oricare din următoarele poate fi prezentă:

- a. un afect neadecvat și reținut (pacientul apare ca fiind rece și distant)
- b. comportament sau apariție bizare, excentrice sau particulare
- c. raportare deficitară la ceilalți și o tendință spre retragere socială
- d. idei sau credințe bizare, sau gândire magică, care influențează comportamentul și sunt neadecvate normelor subculturale
- e. suspiciune sau idei paranoide
- f. rumații obsesive fără o rezistență interioară, adesea cu conținut dismorfofobic, sexual sau agresiv

- g. experiențe perceptiv neobișnuite, incluzând iluzii somato-senzitive și corporale de alt tip
- h. gândire și vorbire vagă, circumstanțială, metaforică, hiperelaborată și adesea stereotipă, manifestată prin discurs sau alte modalități, dar fără o incoerență serioasă
- i. episoade cvasi-psihotice tranzitorii, ocazionale, cu intense iluzii, halucinații auditive sau altă natură și idei delirante, apărând de obicei fără provocare exterioară.

3.5. Tulburările delirante

În DSM-IV (1994, p.267) se arată că elementul esențial al acestor tulburări îl constituie prezența uneia sau a mai multor idei delirante nonbizare care persistă cel puțin o lună. Indiferent de impactul direct al ideilor delirante, funcționarea psihosocială nu este deteriorată considerabil, iar comportamentul nu este nici straniu nici bizar. Dacă, concomitent cu ideile delirante survin episoade depresive, durata totală a acestor episoade afective este relativ scurtă comparativ cu durata totală a perioadelor delirante. Ideile delirante nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de exemplu cocaina) sau unei condiții medicale generale (de exemplu maladia Alzheimer, lupusul eritematos sistemic).

Se subliniază în continuare faptul că este important să se facă o distincție între tulburarea delirantă și schizofrenie, pornindu-se de la aprecierea ideilor delirante drept bizare sau nu; această apreciere este dificil de făcut în special vizavi de diversele culturi .

Tot în DSM-IV (1994, p.268) se precizează faptul că atunci când în tulburarea delirantă este prezentă reducerea funcționării psihosociale, aceasta este consecința directă a convingerilor delirante înseși. O altă caracteristică comună a indivizilor cu tulburare delirantă o constituie normalitatea aparentă a comportamentului și aspectului lor, atunci când nu sunt discutate ideile lor delirante ori ei nu trec la acțiune conform lor. În general, funcționarea socială și maritală este posibil să fie mai afectată decât funcționarea intelectuală și profesională.

ICD-10 (1998, p.118) caracterizează aceste tulburări prin prezența uneia sau mai multor idei delirante, care sunt de obicei persistente și uneori pe toată viața. Conținutul lor este foarte variat. Alte tulburări psihopatologice sunt caracteristic absente, dar pot fi prezente în mod intermitent simptome depresive și, în unele cazuri, se pot dezvolta

halucinații olfactive și tactile. Conținutul delirului și momentul emergenței lui poate adesea să fie corelat cu situația de viață a individului, de exemplu ideile delirante de persecuție la membrii minorităților. Separat de acțiunile și atitudinile direct corelate cu delirul sau cu sistemul delirant, afectivitatea, vorbirea și comportamentul sunt normale.

G. Ionescu (2000, p.72) consideră că în cazul tulburărilor delirante, se întâlnesc idei delirante persistente, aparent plauzibile, dar neverosimile, pe teme de prejudiciu (moral sau material), gelozie, invenție sau filiație, cu o durată de minim o lună. Descrieri asemănătoare ale acestor tulburări au fost făcute și de A.Munro (1988, p.400) și S.Opjordsmoen (1988, p.578).

În ICD-10 (1998, p.79) se menționează despre o tulburare delirantă organică asemănătoare cu schizofrenia, în care ideile delirante persistente sau recurente domină tabloul clinic și pot fi însoțite de halucinații, dar nu sunt congruente cu conținutul acestora (mai pot fi prezente trăsături sugestive pentru schizofrenie, precum idei delirante bizare, halucinații sau tulburări ale gândirii). G. Ionescu (2000, p.32) precizează că tabloul clinic al acestei tulburări delirante organice este dominat de ideație delirantă cu tematică de influență, persecuție sau filiație, persistentă sau chiar cu evoluție recurentă; manifestări halucinatorii predominant auditive și olfacto-gustative; incoerență ideo-verbală și manifestări catatonice.

3.6. Tulburarea psihotică scurtă

În DSM-IV (1994, p.272) se precizează că această tulburare se caracterizează printr-o perturbare care implică debutul brusc a cel puțin două din următoarele simptome psihotice pozitive: idei delirante, halucinații, limbaj dezorganizat ori comportament catatonic sau flagrant dezorganizat. Un episod al perturbării durează cel puțin o zi, dar mai puțin de o lună, iar în final individul revine la nivelul anterior de funcționare.

În ICD-10 (1998, p.125) sunt prezentate unele tulburări psihotice acute, predominant delirante, în care principala caracteristică clinică o constituie ideile delirante sau halucinațiile oarecum stabile, dar care nu întrunesc criteriile pentru schizofrenie. Cel mai des întâlnite sunt ideile delirante de persecuție sau de referință, iar halucinațiile sunt de obicei auditive. Pentru a se pune un diagnostic corect trebuie să se țină seama de câteva criterii, cum ar fi: debutul simptomelor acute trebuie să fie acut; ideile delirante sau

halucinațiile trebuie să fi fost prezente în majoritatea timpului, din momentul instalării clare a stării psihotice; criteriile pentru tulburarea psihotică polimorfă sau schizofrenie să nu fie întrunite.

3.7. Tulburarea psihotică indusă

DSM-IV (1994, p.275) consideră că elementul esențial al acestei tulburări îl constituie un delir care apare la un individ care se află într-o relație strânsă cu o altă persoană (denumită uneori “inductor” sau “caz primar”) care are deja o tulburare psihotică cu idei delirante notabile. Individul ajunge să împărtășească convingerile delirante ale inductorului în totalitate sau în parte. Coținutul convingerilor delirante induse poate fi dependent de diagnosticul inductorului și poate include idei delirante relativ bizare, idei delirante congruente cu dispoziția sau idei delirante nonbizare, caracteristice tulburării delirante. De regulă, în tulburarea indusă inductorul este dominant în relație și își impune drept sistem delirant unei a doua persoane, inițial sănătoasă și mai pasivă. Indivizii care ajung să împărtășească convingerile delirante sunt adesea înrudiți cu inductorul, au trăit împreună mult timp cu acesta, uneori într-o izolare socială relativă. Dacă relația cu inductorul este întreruptă, convingerile delirante ale celui alt individ de regulă se reduc și dispar. Se precizează că deși această tulburare este observată în relațiile a doi oameni, ea poate surveni și la un număr mai mare de persoane, în special în familiile în care un părinte este inductorul, iar copiii adoptă credințele delirante ale părintelui.

O definiție asemănătoare a acestei tulburări este oferită și în ICD-10 (1998, p.126): tulburare delirantă rară, trăită de două sau mai multe persoane cu legături emoționale strânse, numai una suferind de o tulburare psihotică autentică, cel mai adesea schizofrenică. De obicei individul la care ideile delirante sunt induse, este dependent de partenerul cu psihoză autentică.

3.8. Tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale

Această tulburare este descrisă și în DSM-IV (1994, p.277) ca având drept elemente esențiale halucinațiile sau ideile delirante notabile, considerate a fi datorate efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale. Diagnosticul nu este pus dacă tulburarea survine numai în cursul unui delirium; și nici atunci când ideile delirante survin

numai în cursul demenței Alzheimer sau demenței vasculare; în schimb se poate pune diagnosticul de demență de tip Alzheimer sau de demență vasculară, cu subtipul “idei delirante”.

Se arată faptul că în acest tip de tulburare, ideile delirante pot exprima o varietate de teme, inclusiv somatice, de grandoare, religioase și, cel mai frecvent, de persecuție. Ideile delirante religioase sunt asociate în unele cazuri cu epilepsia lobului temporal. Indivizii cu leziuni cerebrale parietale drepte pot dezvolta un sindrom de neglijență contralateral în care ei pot să nu-și recunoască părți ale propriului corp până la proporții delirante. În general însă asociațiile între ideile delirante și anumite condiții medicale generale par a fi mai puțin specifice decât este cazul pentru halucinații. (DSM-IV, 1994, p.277)

3.9. Tulburarea psihotică indusă de o substanță

Elementele esențiale ale acestei tulburări, așa cum se arată în DSM-IV (1994, p.280), sunt ideile delirante sau halucinațiile notabile, considerate a fi datorate efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (abuz de droguri, medicamente). Aceste tulburări psihotice survin numai în asociație cu stările de intoxicație sau de abținere, iar odată apărute, simptomele psihotice pot persista atâta timp cât continuă uzul de substanță.

S-a observat că tulburările psihotice pot surveni în asociere cu:

- *intoxicația* cu alcool, amfetamină și substanțe afine, cannabis, cocaină, halucinogene, inhalante, opiacee (meperidină), phencyclidină și substanțe afine, sedative, hipnotice și anxiolitice, precum și cu alte substanțe sau substanțe necunoscute.
- *abținerea* de alcool, sedative, hipnotice și anxiolitice, precum și de alte substanțe sau substanțe necunoscute.

Ideile delirante de persecuție pot apare rapid în aceste tulburări, la scurt timp după uzul de amfetamină sau de un simpatomimetic cu acțiune similară (poate apare chiar o distorsionare a imaginii corporale și perceperea eronată a feței oamenilor). Tulburarea psihotică indusă de cannabis poate apare la scurt timp după uzul acestei substanțe și presupune de regulă idei delirante de persecuție.

În aceste tulburări psihotice induse de o substanță, dacă sunt prezente și halucinațiile și ideile delirante, se codifică ceea ce predomină: tulburare cu idei delirante (dacă acestea sunt simptomul predominant) sau cu halucinații.

Unele dintre medicamentele care pot produce simptome psihotice sunt enumerate în DSM-IV (1994, p.282) și includ anesteziicele și analgeticele, agenții anticolinergici, anticonvulsivantele, antihistaminicele, medicamentele antihipertensive și cardiovasculare, medicamentele antimicrobiene, medicamentele antiparkinsoniene, agenții chimioterapeutici (de exemplu ciclosporina și procarbazona), corticosteroizii, medicamentele gastrointestinale, relaxantele musculare, medicamentele antiinflamatorii nonsteroidice, alte medicamente vândute fără prescripție medicală (precum fenilefrina, pseudoefedrina), medicamentele antidepresive și disulfiramul. Substanțele toxice descrise a induce simptome psihotice includ anticolinesterazicele, insecticidele organofosforate, gazele neuroparalitice, oxidul de carbon, bioxidul de carbon și substanțele volatile, cum ar fi carburanții și vopselele.

3.10. Deliriumul

În DSM-IV (1994, p.109) este definit ca o perturbare de conștiință acompaniată de o modificare în cunoaștere care nu poate fi explicată mai bine de o demență preexistentă ori în curs de dezvoltare, perturbarea dezvoltându-se în decursul unei scurte perioade de timp, de regulă ore sau zile, și tinde să fluctueze în cursul zilei. Perturbările de percepție pot include interpretări eronate, iluzii și halucinații. Percepțiile eronate merg de la simple și uniforme la extrem de complexe; individul putând avea convingerea delirantă a realității halucinațiilor și prezintă răspunsuri emoționale și comportamentale în concordanță cu conținutul acestora.

Se consideră în ICD-10 (1998, p.73) că pentru deliriumul, neindus de alcool sau alte substanțe psihoactive, unul din criteriile importante de diagnostic ar fi perturbarea globală a funcțiilor cognitive (distorsiuni perceptuale, iluzii și halucinații, cel mai adesea vizuale; afectarea gândirii abstracte și comprehensiunii, cu sau fără idei delirante tranzitorii, dar cu un anumit grad de incoerență; afectarea evocării imediate și a memoriei recente, dar cu memoria trecutului îndepărtat relativ intactă; dezorientare temporală iar în cazurile mai grave și spațială și false recunoașteri).

3.11. Demența

Conform cu DSM-IV (1994, p.119) elementul esențial al demenței îl constituie dezvoltarea unor deficite cognitive multiple care includ deteriorarea memoriei și cel puțin una din următoarele perturbări cognitive: afazie, apraxie, agnozie ori o perturbare în funcția de execuție. Multiplele deteriorări cognitive ale demenței sunt asociate adesea cu perturbări anxioase, afective și de somn. Ideile delirante sunt frecvente, în special cele care implică teme de persecuție și se întâlnesc mai ales în demența de tip Alzheimer, în demența vasculară, demența datorată maladiei HIV și demența datorată maladiei Huntington.

S-a arătat faptul că ideile delirante asociate cu boli degenerative pot dispărea pe măsură ce boala se agravează, capacitatea de a genera acele cogniții mai complexe fiind treptat pierdută. (Kaplan, Sadock, 2000)

3.12. Psihoze delirante cronice neschizofrenice

Aceste psihoze au fost definite de C. Gorgos (1985, p.498) drept boli care destructurează viața psihică prin apariția, dezvoltarea și extinderea unor idei delirante cu caracter permanent, care se integrează și reorganizează sistemul personalității alterându-l, fără a-l modifica însă în sens autistic și permițând prin aceasta o adaptare acceptabilă a subiectului la exigențele mediului.

Tot acest autor a prezentat elemente definitorii pentru aceste psihoze, cum ar fi: existența unui sistem delirant, paralogic, paralel și simultan cu realitatea; organizarea producției delirante în jurul unei teme unice; existența unui nivel de personalitate care asigură relativa adaptare a individului. Aceste psihoze au fost descrise și de J.Postel (1998, p.161).

Forme clinice:

a. Paranoia

În "The Colombia Encyclopedia" (2001) se arată că paranoia este un termen care indică idei delirante persistente, nealterabile, sistematizate, logic argumentate, sau credințe false, de obicei de persecuție și grandoare. Se dezvoltă un delir sistematic, coerent, fără halucinații, cristalizând diferite motive delirante (M.Foucault, 2000, p.9).

În "Dicționarul enciclopedic de psihiatrie" (C.Gorgos, 1989, p.374) paranoia este definită drept o psihoză cronică endogenă, caracterizată prin evoluția unui delir

sistematizat, durabil și impenetrabil la critică, dezvoltat insidios, pe fondul conservării complete a ordinii, clarității și gândirii, voinței și acțiunii. Această tulburare prezintă unele caracteristici, cum ar fi: rigiditate psihică (pierderea supleții gândirii), pseudosuperficialitate (ușurința cu care trece pe lângă datele care contravin convingerilor sale, de unde rezultă multiplicarea judecăților eronate), încrederea exagerată în propriile capacități, asociată cu neîncredere față de judecățile celorlalți, disociația dintre aspirațiile sociale, erotice, culturale, științifice și posibilitățile concrete de realizare ale subiectului.

O altă definiție este oferită de C. Enăchescu (2001, p.351), care consideră că paranoia este un delir cronic bine sistematizat, de regulă monotematic, care domină gândirea, acțiunile, comportamentul și personalitatea individului, cu o aparență formal-constructivă logică a judecății; acest delir neducând la alterarea personalității persoanei. Același autor descrie, din punct de vedere psihopatologic, două forme principale ale acestei tulburări:

- paranoia primară, cu un delir sistematizat, dar fără o slăbire intelectuală a bolnavului, caracterizată prin existența unor “idei fixe”
- paranoia secundară, acută sau cu evoluție periodică, cu o tematică delirantă de regulă indusă.

V. Predescu (1989, p.794) precizează faptul că apar și se dezvoltă idei delirante cu teme destul de variate (de persecuție, mărire, gelozie, mistice, erotice, politice etc.). Ideile delirante apar rapid, se consolidează și devin treptat dominante, ele sistematizându-se pe baza interpretărilor provenite, după Serieux și Capgras, dintr-o sursă exogenă sau endogenă.

Paranoia a fost considerată o tulburare secundară unor mecanisme psihologice de apărare și care se manifestă prin negarea sentimentelor inacceptabile și proiectarea lor asupra altor persoane sau prin transformarea unor sentimente inacceptabile în unele acceptabile.

Numeroși autori, printre care și Marie Georgescu (1998, p.151), consideră că paranoia se dezvoltă pe fondul unei personalități paranoide (suspicioasă, rigidă, disprețuitoare, lipsită de simpatie și plină de ostilitate) sau senzitivă (timidă, introvertă, hipostenică); paranoicul fiind preocupat de noțiunea de putere, fiind suspicios și răzbunător.

Așa cum se arată și în “The Colombia Encyclopedia” (2001), majoritatea indivizilor care suferă de o formă de paranoia tind să fie suspicioși pe motivele celorlalți, ajungând să fie hipersensibili, tensionați și argumentativi. Sentimentele de gelozie și răzbunare sunt de asemenea comune și pot conduce la confruntări violente în majoritatea cazurilor severe. În majoritatea ideilor delirante paranoide individul crede că există un model al evenimentelor întâmplătoare care sunt cumva legate de el.

Freud considera că delirul paranoic este rezultatul unui mecanism inconștient de apărare, și anume proiecția. Prin acest mecanism, impulsurile inconștiente, inacceptabile, care tind să devină conștiente, sunt proiectate supra altor persoane, devenind astfel, într-o formă externă și conștientă, mai acceptabile.

Au fost descrise mai multe tipuri de paranoia, printre care și următoarele:

- a. *Paranoia conjugală* caracterizată de idei delirante de gelozie, pornind de la mici observații și critici la adresa partenerului conjugal, până la un delir de interpretare complet, care poate fi însoțit de acte agresive mergând până la omucidere.
- b. *Paranoia cverulentă* sau litigans în care individul recurge la numeroase plângeri adresate autorităților, la intentarea de procese.
- c. *Paranoia inventoria* care denumește acele producții cu caracter literar (versuri, proză) sau artistic (desen, pictură, corespondență delirantă) ale bolnavilor psihici.
- d. *Paranoia originară* care constă în apariția unor idei prevalente încă din copilărie, care vor deveni tot mai neobișnuite și mai ilogice odată cu creșterea discrepantei între realitate și posibilitatea acestor idei de a se concretiza.

(C. Gorgos, 1989, p.377)

b. Parafreniile

Kraepelin (1909) a considerat că parafrenia cuprinde acele psihoze endogene caracterizate printr-un delir cronic sistematizat halucinator cu caracter fantastic, a cărui bogăție imaginativă, mergând până la crearea unei lumi fantastice, contrastează cu păstrarea îndelungată a unui comportament și o viață emoțională relativ corespunzătoare realității.

C. Gorgos (1985, p.503) enumeră câteva elemente definitorii ale parafreniei, și anume:

- caracterul fantastic al temelor delirante, cu pondere majoră a imaginarului

- juxtapunerea unei lumi fantastice realului, în care bolnavul continuă să se adapteze bine
- menținerea îndelungată a nucleului personalității
- predominanța limbajului asupra acțiunii.

V. Predescu (1989, p.787) precizează că ideea acestui bolnav cuprinde idei delirante de influență și de persecuție, adăugându-se în multe cazuri idei de mărire cu același caracter fantastic.

Kraepelin (1909) a descris următoarele forme de parafrenie:

- a) *Parafrenia sistematică* caracterizată prin idei delirante de persecuție și idei de grandoare susținute de prezența halucinațiilor bolnavului.
- b) *Parafrenia expansivă* care se dezvoltă pe fondul unei stări de exaltare maniacală, în care se întâlnesc idei delirante sistematizate de tip megalomane, erotic sau temă mistică.
- c) *Parafrenia confabulatorie* caracterizată prin relatările delirante imaginare extrem de bogate ale bolnavului, la care se adaugă prezența halucinațiilor.
- d) *Parafrenia fantastică* cuprinde idei delirante extravagante, incoerente, la care se asociază multiple halucinații.

3.13. Sindroamele halucinatorii și delirante

Au fost descrise de V. Predescu (1989, p.269) și de Lidia Nica-Udangiu (1983, p.216):

Sindromul Charles Bonnet constă în apariția de halucinații vizuale la bătrâni fără deficiență mentală. Halucinoza se caracterizează prin halucinații auditive, însoțite de idei delirante de persecuție sau de mărire, care pare să fie explicația sau consecința tulburărilor de percepție; și apare mai ales în alcoolismul cronic (halucinoza alcoolică Wernicke) și în sifilisul nervos (halucinația Plaut).

Sindromul paranoic este caracterizat de idei delirante sistematizate (de persecuție, gelozie, invenție etc.), este bazat pe mecanisme interpretative în care halucinațiile lipsesc, gândirea și comportamentul fiind coerente și ordonate. Apare mai ales în paranoia, dar și ca psihoză reactivă reversibilă.

Sindromul paranoid se referă la un delir nesistematizat, mai frecvent cu conținut persecutor, însoțit de halucinații. Se întâlnește în schizofrenia paranoidă, precum și în

epilepsie, arterioscleroză cerebrală, senilitate, intoxicații cronice cu amfetamine, anemia pernicioasă.

Sindromul parafrenic este un sindrom delirant halucinator în care afectivitatea și personalitatea sunt conservate chiar după o perioadă îndelungată de evoluție.

Sindromul de automatism mental în care elementul principal, după Clerambault, este sciziunea eului, faptul că gândirea devine străină sau că eul nu mai atribuie o serie de trăiri propriei sale individualități. Există un tiplu automatism: mental, senzitiv și motor. Între fenomenele ideatorii se includ: gânduri stranii, devansarea gândirii, ecoul gândirii și lecturii, oprirea sau dispariția gândirii și altele.

3.14. Tulburările afective

Așa cum se arată și în “Tratatul de psihiatrie Oxford” (1994, p.259), ideile delirante paranoide apar nu rareori la pacienții cu boală depresivă majoră. Aceasta se caracterizează adesea prin sentimente de vinovăție, lentoare, scăderea apetitului și a greutateii, perturbarea somnului și reducerea impulsivității sexuale. În depresie pot apare și idei delirante somatice, exprimându-se prin convingerea că o parte a corpului sau întregul corp este putrezit sau canceros. În aceste tulburări pacientul acceptă presupusele acțiuni ale persecutorilor ca fiind justificate de propria sa vinovăție sau răutate. Se consideră că uneori este greu de precizat dacă trăsăturile paranoide sunt secundare afecțiunii depresive sau dacă dispoziția depresivă este secundară simptomelor paranoide ce apar din altă cauză (depresia primară este mai probabilă atunci când modificarea de dispoziție a apărut anterior și este de mai mare intensitate față de trăsăturile paranoide).

În același tratat se precizează că ideile delirante paranoide apar și la pacienții maniacali, aceste idei fiind mai ales de grandoare.

3.15. Psihoze postpartum

Psihoza puerperal reprezintă cea mai severă formă de boală psihiatrică postpartum. Ea a fost descrisă și în “Comprehensive textbook of psychiatry” (Kaplan, Sadock, 2000, p.175), unde se arată că la femeile cu această tulburare sunt proeminente simptomele psihotice și comportamentul dezorganizat, care cauzează disfuncții semnificative. Această psihoză seamănă cu o psihoză afectivă cu evoluție rapidă cu trăsături maniacale, depresive

sau mixte. Semnele timpurii constau în neliniște iritabilitate și insomnie. Femeile cu această tulburare de obicei manifestă o schimbare rapidă a dispoziției: depresivă sau exaltată, dezorientare sau depersonalizare și un comportament dezorganizat. Credințele delirante adesea se centrează pe copil și includ idei delirante conform cărora copilul poate fi bolnav sau pe moarte sau conform cărora copilul are puteri speciale.

CAPITOLUL 4: VARIAȚII TRANSCULTURALE

4.1. Etnopsihopatologie

Aproape cu 100 de ani în urmă fondatorul psihiatriei moderne, E.Kraepelin, a formulat o nouă disciplină de psihiatrie comparată centrată pe aspectele etnice și culturale ale sănătății și bolii mentale (Kraepelin, 1904, p.434; Jilek, 1995, p.235). Această disciplină a fost organizată din 1950 sub denumirea de psihiatrie transculturală, având drept obiective: să identifice, să verifice și să explice legăturile dintre tulburarea mentală și vastele caracteristici psihosociale care deosebesc națiunile, oamenii și culturile (Murphy, 1982).

Etnopsihopatologia studiază raportul existent între tulburările psihopatologice și cultura de origine a pacientului. Studiul psihopatologiei dintr-o perspectivă culturală nu este recent; Esquirol avea obiceiul de a-și trimite elevii să însoțească bolnavii coalescenți pe durata unor lungi călătorii. Mai târziu, Kraepelin a făcut o călătorie la Java și în Malaezia pentru a verifica dacă nosografia sa avea o validitate universală. La dezvoltarea etnopsihopatologiei au contribuit atât Freud, care a fost interesat de implicațiile psihopatologice ale faptului cultural, cât și unii reprezentanți ai școlilor culturaliste și neo-freudiene americane.

Ș. Ionescu (1998, p.120) arată că există în etnopsihopatologie două mari perspective: cea emică, care subliniază ceea ce este specific unei anumite culturi și poate fi ilustrată în special prin sindroamele cu specificitate culturală sau legate de cultură care nu apar decât în anumite comunități culturale; și cea etică, care susține universalitatea tulburărilor și existența unor invarianți clinici. Programele de cercetare ale Organizației Mondiale a Sănătății asupra tulburărilor depresive și schizofreniei aduc argumente în favoare acestei poziții. În ceea ce privește schizofrenia, de exemplu, rezultatele obținute arată că probabilitatea de apariție a sindromului schizofrenic “central” în diferite populații este aproximativ egală, în ciuda diferențelor culturale și socio-economice care există între aceste populații. S-a constatat că, dacă simptomatologia inițială este similară, evoluția tulburărilor este mai favorabilă în țările în curs de dezvoltare.

O altă problemă care se pune este aceea a variabilității diagnosticului. Ș.Ionescu (1998, p.115) consideră că un aspect al acestei variabilități se referă la patoplasticitatea culturală a tulburărilor psihopatologice, adică posibilitatea ca anumite stări psihopatologice să-și schimbe integral expresia clinică de la o cultură la alta. Astfel, în culturi în care

toxicomaniile sunt frecvente, procentajele de tulburări de tip nevrotic sunt reduse; aceasta ar sugera că alcoolismul și alte toxicomanii ar putea constitui o manifestare a tulburărilor nevrotice. La un alt nivel, problema patoplasticității se poate pune în raport cu variațiile, legate de cultură, ale aceleiași entități clinice. Lesse (1979) arată faptul că sindroamele definite într-o cultură drept psihosomatice sau probleme de comportament pot masca ceea ce în alte culturi se consideră a fi depresie.

Au fost efectuate, de-a lungul anilor, numeroase studii transculturale ale tulburărilor mentale, raportându-se unele boli cu specific cultural. A. Cheng (2001, p.1) încearcă să arate că psihopatologia de bază este universală, iar diferențele transculturale derivă mai ales din comportamentul cu specific cultural al bolii.

Unii cercetători, printre care și Yap (1965), au argumentat că tulburările specific culturale raportate la societățile nonvestice ar putea fi privite ca variante patoplastice ale tulburărilor observate în mod obișnuit de psihiatrii vestici. Studii au arătat că mulți pacienți cu astfel de sindroame au suferit în principal de tulburări de anxietate și depresive.

A.Cheng (2001, p.1) arată faptul că rolul factorilor socioculturali în cadrul acestor tulburări emice nu se limitează numai la modelarea patoplastică a simptomelor comune, ci se referă și la influențarea comportamentului bolii. Același autor consideră că este cel mai probabil că trăsăturile specifice ale acestor tulburări emice au derivat în principal din comportamentul specific cultural al bolii, decât dintr-o psihopatologie emică a tulburărilor mentale comune.

Același autor precizează că există o diferență fundamentală între plângerea subiectivă și manifestarea simptomului: plângerea subiectivă este un fel de comportament al bolii care se referă la modul în care individul percepe, interpretează și reacționează la disconfortul psihologic pe care îl are, în timp ce manifestarea simptomului este judecata psihiatrului despre starea pacientului, prin observare și interviu clinic. Această diferențiere poate avea o implicație importantă asupra studiilor transculturale ale simptomelor psihologice pe baza cărora se pune diagnosticul.

4.2. Sindroame transculturale

Sindroamele cu ”specificitate culturală” sau “legate de cultură” au fost definite de Ș.Ionescu (1998, p.103) ca entități clinice la persoane aparținând anumitor comunități culturale și care nu apar decât în zone geografice bine definite.

Unii cercetători, în special cei din domeniul științelor sociale, insistă pe unicitatea culturală a sindroamelor și pe faptul că ele nu pot fi abordate decât în contextul lor socio-cultural. Alții susțin necesitatea comparării elementelor concomitente din punctul de vedere bio-psiho-socio-cultural al acestor sindroame, în toate culturile în care apar, pentru a pune în evidență similarități.

În “Comprehensive textbook of psychiatry” (Kaplan, Sadock, 2000) au fost descrise următoarele sindroame:

AMOK. Un episod disociativ caracterizat de o perioadă de latență urmată de izbucnirea unui comportament violent, agresiv sau criminal îndreptat către persoane și obiecte. Episodul tinde să fie grăbit de o mojicie sau insultă observată și pare să fie predominant numai printre bărbați. Episodul este adesea însoțit de o idee de persecuție; automatism, amnezie, istovire, și o reîntoarcere la starea premorbidă care urmează episodului. Unele cazuri de amok pot avea loc în timpul unui scurt episod psihotic sau pot constitui o invazie sau o exacerbare a unui proces psihotic cronic. Relatările originale care folosesc acest termen au fost din Malaezia. Un mod similar de comportament este găsit în Laos, Filipine, Polinezia (cafard sau cathard), Papua Noua Guinee, Puerto Rico (mal de pelea) și printre indienii Navajo (iich’aa). Acest sindrom a fost descris și de W.Pfeiffer (1994).

ATAQUE DE NERVIOS (atac de nervi). O formă de distres întâlnită printre latinii din Caraibe, dar regăsită și printre numeroase grupuri de latini americani și latini mediteraneeni. Simptomele raportate în mod obișnuit includ strigăte necontrolate, accese de plâns, tremurat, căldură în piept care se ridică spre cap și agresiune verbală sau fizică. Experiențe disociative, episoade de leșin sau precum un atac de apoplexie și gesturi suicidare sunt proeminente în unele atacuri, dar absente în altele. O trăsătură generală a unui “atac de nervi” este un sentiment de a nu avea control. “Atacurile de nervi” se întâmplă adesea ca un rezultat direct al unui eveniment stresant în legătură cu familia (de exemplu, moartea unei rude apropiate, separarea sau divorțul de un soț, conflicte cu un soț

sau cu copiii, sau asistarea la un accident în care este implicat un membru al familiei). Persoanele pot avea amnezia a ceea ce s-a întâmplat în timpul “atacului de nervi”, dar ei revin rapid la nivelul lor uzual de funcționare. Deși descrieri ale unor “atacuri de nervi” se potrivesc destul de bine cu descrierea din DSM-IV a atacurilor de panică, asocierea majorității “atacurilor” cu un eveniment precipitat și frecvența absență a simptomelor marcate de frică sau teamă acută le diferențiază pe acestea de atacurile de panică. “Atacurile” traversează distanța de la expresiile normale de stres, care nu sunt asociate cu o tulburare mentală, până la prezenta de simptom asociate cu tulburări de anxietate, tulburări disociative sau somatoforme. Aceste atacuri au fost studiate și de P.J.Guarnaccia și L.H.Rogler (1999).

BILIS ȘI COLERA (fiere și furie) (denumită și muina). Cauza fundamentală se crede a fi furia sau mânia puternic experimentată. Mânia este văzută printre multe grupuri de latini ca o emoție puternică care poate avea efecte directe asupra corpului și poate exacerba simptomele existente. Efectul major al mâniei este de a perturba echilibrurile inimii corpului (prin care se înțelege un echilibru între valențele calde și reci din corp și între aspectele materiale și spirituale ale corpului). Simptomele pot include tensiune nervoasă acută, durere de cap, tremurat, strigăte, tulburări gastro-intestinale și, în cazuri mai grave, pierderi ale cunoștinței. Oboseala cronică poate rezulta dintr-un episod acut.

BOUFFEE DELIRANTE (bufeiu delirant). Un sindrom observat în Africa de Vest și în Haiti. Termenul francez se referă la o izbucnire bruscă a unui comportament agitat sau agresiv, confuzie pronunțată și tulburare psihomotorie. Uneori poate fi acompaniat de halucinații vizuale și auditive sau ideeație paranoidă. Episoadele se pot asemăna cu un episod al unei tulburări psihotice scurte. Acest sindrom a fost amplu studiat, printre cei mai recenți cercetători numărându-se și Villasenor Bayardo (1993, p.26).

BRAIN FAG (istovirea sau oboseala creierului). Un termen folosit inițial în Africa de Vest pentru a se referi la o stare experimentată de un elev de liceu sau student, ca un răspuns la provocările învățării. Simptomele includ dificultăți de concentrare, amintire și gândire. Studenții adesea declară că creierul lor este “obosit”. Alte simptome somatice sunt de obicei centrate asupra capului și a gâtului și includ durere, presiune sau încordare, încrețșare a vederii, căldură sau arsură. “Istovirea creierului” sau oboseală de la “prea multă gândire” este o expresie a distresului în multe culturi, iar sindroamele care rezultă se

pot asemăna cu anumite tulburări de anxietate, depresie și somatoforme (Prince, 1985, p197).

DHAT. Un termen de diagnostic popular în India pentru a se referi la anxietate severă și interese hipocondriace asociate cu descărcarea sau scurgerea lichidului seminal, o decolorare albicioasă a urinei și sentimente de slăbiciune sau istovire (Paris, 1992, p.109). Această tulburare este asemănătoare cu jiryan (India), sukra prameha (Sri Lanka) și shen-k'uei (China).

FALLING-OUT sau **BLACK-OUT** (cădere sau amnezie). Episoade care apar în primul rând la grupuri din sudul Statelor Unite și din Caraibe. Sunt caracterizate de o prăbușire bruscă, care uneori se întâmplă fără nici o avertizare, dar alteori sunt precedate de sentimente de amețală și "înnotare" în cap. Ochii persoanei sunt de obicei deschiși, dar persoana spune că nu poate vedea. Cei afectați de obicei aud și înțeleg ce se întâmplă în jurul lor, dar nu se pot mișca. Aceasta poate corespunde cu un diagnostic de tulburare de conversie sau cu o tulburare disociativă.

GHOST SICKNESS (boală a fantomelor). O preocupare cu moartea și morții (uneori asociată cu vrăjitoria), frecvent observată printre membrii mai multor triburi de indieni americani. Diverse simptome pot fi atribuite bolii fantomelor, inclusiv coșmaruri, slăbiciune, sentimente de pericol, pierderea poftei de mâncare, leșin, amețală, frică, anxietate, halucinații, pierderea cunoștinței, confuzie, sentimente de zădărnici și o senzație de sufocare.

HWA-BYUNG (cunoscută și ca wool-hwa-byung). Un sindrom corean popular tradus în engleză ca "sindrom de mânie" și atribuit înăbușirii mâniei. Simptomele includ insomnie, oboseală, panică, frica de moarte iminentă, indigestie cu afectare disforică, anorexie, dispnee, palpitații, dureri generalizate și sentimentul unei îngrămădiri în epigastru.

KORO. Un termen originar probabil din Malaezia, care se referă la un episod de anxietate bruscă și intensă, referitoare la faptul că penisul (sau la femei, vulva sau sfârcurile) se vor retrage în corp și probabil vor cauza moartea. Sindromul este întâlnit în Asia de Sud și Est, unde este cunoscut printr-o varietate de termeni locali, cum ar fi shuk yang, shook yong și suo yang (China); jinjinia bemar (Assam); sau rok-joo (Tailanda). Este ocazional găsit și în vest, când și când koro apare în formă epidemică localizată în zonele

Asiei estice. Descrieri asemănătoare ale acestui sindrom au fost făcute și de Tseng (1988, p.1538), Chowdhury (1991, p.155), Ilechukwu (1992, p.91).

LATAH. Hipersensibilitate la o spaimă bruscă, adesea cu ecopraxie, ecolalie, poruncă de ascultare și comportament disociativ sau asemănător transei. Este declanșat de obicei de stimuli minimi, de un zgomot, o spaimă sau o situație jenantă. Termenul latah este de origine malaeziană sau indoneziană, dar sindromul a fost găsit în multe părți ale lumii. Alți termeni pentru această condiție sunt amurakh, irkunil, ikota, olan, myriachit și menkeiti (la grupurile siberiene); bah tshi, bah-tsi, baah-ji (Tailanda); imu (Ainu, Sakhalin, Japonia); și mali-mali și silok (Filipine). În secolul al XIX-lea această tulburare era întâlnită la subiecți de ambele sexe, chiar mai frecvent la bărbați, în special la soldați și slujitori. Persoanele afectate nu prezentau nici un fel de tulburare în afara episoadelor de latah și aveau frecvent inteligență deasupra mediei. Astăzi, este mai frecvent printre femeile între două vârste, care prezintă simptome și ale unei alte tulburări mentale sau al căror nivel intelectual este inferior mediei (Simons, 1980, 1983, 1996; Winzeler, 1995).

LOCURA (nebunie). Un termen folosit de latinii din Statele Unite și America Latină pentru a se referi la o formă severă de psihoză cronică. Starea este atribuită unei vulnerabilități moștenite, unui efect al multipleror dificultăți de viață sau unei combinații a ambilor factori. Simptomele manifestate de persoanele cu locura includ incoerență, agitație, halucinații auditive și vizuale, incapacitatea de a respecta regulile interacțiunii sociale, imprevizibilitate și posibilă violență.

MAL DE OJO (deochi). Un concept des întâlnit în culturile mediteraneene și în alte părți ale lumii. Mal de ojo este o expresie spaniolă tradusă în engleză ca "ochi rău". Mai ales copiii sunt expuși pericolului. Simptomele includ somn neregulat, plâns fără cauză aparentă, diaree, vomă la copii sau copii mici. Uneori adulții (în special femeile) au această stare.

NERVIOS (nervi). O expresie comună de distress întâlnită printre latinii din Statele Unite și din America Latină. Alte grupuri etnice au relatat, deși adesea oarecum diferite, idei de nervi (precum nerva printre grecii din America de Nord). Nervios se referă atât la o stare generală de vulnerabilitate, la experiențe stresante de viață, cât și la un sindrom produs de circumstanțele dificile de viață. Termenul de nervios include o gamă largă de simptome de distress emoțional, tulburări somatice și incapacitatea de a funcționa. Simptomele

obișnuite includ dureri de cap și de creier, iritabilitate, tulburări ale stomacului, dificultăți ale somnului, nervozitate, plânge ușor, incapacitatea de a se concentra, tremurat, senzații de furnicături și mareos (amețeală cu exacerbări ocazionale, precum vertijul). Nervios tinde să fie o problemă actuală, cu toate că variază gradul de incapacitate care se manifestă. Nervios este un sindrom vast care traversează un domeniu de la pacienți care nu prezintă tulburări mentale, la cei care au simptome asemănătoare cu tulburările de adaptare, de anxietate, depresive, disociative, somatoforme sau psihotice. Diagnosticul diferențial depinde de constelația simptomelor experimentate, tipul evenimentelor sociale care sunt asociate cu invazia și progresul bolii nervios, și de nivelul de incapacitate experimentat.

PIBLOKTO. Un episod disociativ abrupt acompaniat de o emoție puternică care poate dura până la 30 de minute și este frecvent urmat de accese convulsive și comă ce pot dura până la 12 ore. Este observat mai ales în comunitățile arctice și subarctice de eschimoși, cu toate că există variații regionale ale numelui. Persoana poate fi retrasă sau ușor iritabilă pe o perioadă de ore sau zile înaintea atacului și în mod obișnuit raportează o amnezie totală a atacului. În timpul atacului persoanele își pot rupe hainele, pot strica mobila, pot striga obscenități, pot mânca fecale, pot fugi din adăposturile protectoare sau pot face acte iraționale sau periculoase.

Reacții psihotice la **qi-gong**. Episoadele acute, limitate în timp caracterizate de simptome disociative, paranoide, psihotice sau nonpsihotice, care pot apărea după participarea la practica populară chinezească de intensificare a sănătății denumită qi-gong (exercițiu al energiei vitale). Mai vulnerabile sunt persoanele care devin prea implicate în această practică.

ROOTWORK. Un grup de interpretări culturale care atribuie boala vrăjitoriei sau influențelor rele a altei persoane. Simptomele pot include anxietate generalizată și boli gastrointestinale (greață, vomă, diaree), slăbiciune, amețeală, frica de a fi otrăvit și uneori teama de a fi omorât (moarte voodoo). Rădăcinile, farmecele sau vrăjile pot fi puse asupra altei persoane, cauzând o varietate de probleme emoționale și psihologice. Persoana vrăjită se poate chiar teme de moarte până când rădăcina a fost înlăturată, de obicei prin opera unui doctor de rădăcină (un vindecător în această tradiție), care poate fi chemat și pentru a vrăji un dușman. Rootwork este găsită în sudul Statelor Unite printre populațiile de africani-

americani și europeni-americani și printre societățile din Caraibe. Această tulburare este cunoscută și sub numele de mal puesto (loc rău) sau brujeria (vrăjitorie) în societățile latine.

SANGUE DORMIDO (“sânge adormit”). Un sindrom găsit printre insularii portughezi din Cape Verde (și imigranții de aici în SUA). Include durere, amorțeală, tremur, paralizie, convulsii, congestie, orbire, atac de cord, infecție și avorturi.

SHENJING SHUARIUO (“neurastenie”). În China o stare caracterizată prin oboseală fizică și mentală, amorțeală, dureri de cap, alte dureri, dificultăți de concentrare, tulburare de somn și pierdere de memorie. Alte simptome includ probleme gastrointestinale, disfuncții sexuale, iritabilitate, excitabilitate și semne variate care sugerează tulburări ale sistemului nervos autonom. În multe cazuri simptomele pot satisface criteriile din DSM-IV pentru tulburarea de dispoziție sau anxietate.

SHEN-K’UEI (Taiwan); shenkui (China). O etichetă chinezească populară care descrie anxietate pronunțată sau simptome de panică, acompaniate de dureri somatice cărora nu li se găsește nici o cauză fizică. Simptomele includ amețelă, durere de spate, oboseală, slăbiciune generală, insomnie, vise frecvente și acuze de disfuncții sexuale, precum ejaculare precoce și impotență. Simptomele sunt atribuite pierderii excesive de lichid seminal de la relațiile sexuale frecvente, masturbare, emisie nocturnă sau eliminării unei urine de un alb tulbure care se crede că conține lichid seminal. Pierderea excesivă de lichid seminal este de temut, datorită credinței conform căreia aceasta reprezintă pierderea esenței vitale a unei persoane și poate pune astfel viața în pericol.

SHIN-BYUNG. O etichetă populară coreană pentru un sindrom în care fazele inițiale sunt caracterizate de anxietate și acuze somatice (slăbiciune generală, amețelă, teamă, anorexie, insomnie, probleme gastrointestinale) cu separare ulterioară și posesiune de spirite ancestrale.

SPELL (vrajă). O stare de transă în care persoanele “comunică” cu rude decedate sau cu spirite. Când și când starea este asociată cu perioade scurte de schimbare a personalității. Sindromul este întâlnit printre africanii-americani și europenii-americani din sudul Statelor Unite. Vrajile nu sunt considerate a fi evenimente medicale în tradiția populară, dar pot fi interpretate greșit ca episoade psihotice în cadrul clinic.

SUSTO (sperietură) (spaimă sau “pierderea sufletului”). O boală populară prevalentă printre unii latini din Statele Unite și printre oamenii din Mexic, America

Centrală și America de Sud. Susto mai este denumit și espanto (spaimă), pasmo (uimire), tripa ida (durere de burtă), perdida del alma (pierderea sufletului) sau chibih. Susto este o boală atribuită unui eveniment înfricoșător care cauzează părăsirea trupului de către suflet și rezultă nefericire și boală. Persoanele cu susto experimentează și încordări semnificative în roluri sociale cheie. Simptomele pot apărea oricând de la zile la ani după ce a fost trăită spaima. Se crede că în cazuri extreme susto poate duce la moarte. Simptomele tipice includ tulburări de apetit, somn inadecvat sau excesiv, somn agitat sau vise, sentimente de tristețe, lipsa motivației pentru a face ceva și sentimente de sine scăzută sau murdărie. Simptomele somatice care însoțesc susto includ dureri de mușchi, dureri de cap, durere de stomac și diaree. Vindecările rituale sunt axate pe chemarea sufletului înapoi în corp și pe purificarea persoanei pentru a reface echilibrul trupesc și spiritual. Diferite experiențe de susto pot fi înrudite cu tulburarea depresivă majoră, cu tulburări de stres posttraumatic și cu tulburări somatoforme. Credințe similare din punct de vedere etiologic și configurații de simptome similare se găsesc în multe părți ale lumii. (Hollweg, 1991, 1994; Oquendo, 1994; Rubel ș.a., 1985)

TAIJIN KYOFU SHO. O fobie cultural distinctivă în Japonia, în unele aspecte asemănătoare cu fobia socială din DSM-IV. Sindromul se referă la o frică intensă conform căreia corpul unei persoane, părțile sau funcțiile sale, nemulțumesc, stânjenesc sau sunt ofensive pentru alți oameni ca înfățișare, miros, expresii faciale sau mișcări. Sindromul este inclus în sistemul de diagnostic oficial japonez pentru tulburări mentale. El a fost descris și de cercetători precum L.J.Kirmayer (1991, p.19), B.Kimura (1995), S.H.Lee (1994, p.305).

ZAR. Un termen general aplicat în Etiopia, Somalia, Egipt, Sudan, Iran și alte societăți din Africa de Nord și Orientul Mijlociu, experienței de posesiune de spirite a unei persoane. Persoanele posedate de un spirit pot experimenta episoade disociative care pot include strigăte, râs, lovitul cu capul de un perete, cântat sau plâns. Ele pot prezenta apatie și retragere, refuzând să mănânce sau să-și îndeplinească sarcinile zilnice, sau pot dezvolta o relație pe termen lung cu spiritul posedant. Astfel de comportament nu este considerat patologic local.

Unele din aceste sindroame, precum latah, amok și koro, sunt descrise și în "American Handbook of Psychiatry" (S.Arieti, 1969,p.556), iar altele sunt amintite de Ș.Ionescu (1998, p.105), și anume:

WINDIGO. Psihoză descrisă la indienii din nordul Canadei, în care pacientul crede în spiritul windigo, care se hrănește cu carne de om și care poate, prin posedarea unei persoane, să o forțeze să facă același lucru. Unii pacienți pot să atace și să mănânce alte persoane.

Nebunia sau nevroza curățeniei. A fost descrisă de Ellenberger (1950) și este întâlnită în special în cantoanele de limbă germană ale Elveției, constând în tendința de a curăța casa într-o manieră exagerată și irațională. Afecțiunea este întâlnită numai la femei, acestea muncind toată ziua pentru ca totul să fie curat și nepărăsindu-și domiciliul decât foarte rar. Când nu se dedică acestor activități, ele întreprind alte acțiuni cu caracter obsesional: tricotare interminabilă, aranjare minuțioasă a hainelor în dulapuri.

V. Mihăescu (2000, p.82) vorbește despre o altă tulburare specific culturală, și anume **tarantismul**, care reprezintă o formă de posesiune foarte răspândită în Italia de sud și în Sicilia, datorată înțepăturii imaginare a unui păianjen. Această criză poate fi descrisă astfel: o femeie, înconjurată de oamenii din sat, dansează pe o muzică rituală, urlă, își deșiră hainele, se rostogolește pe pământ etc. La prima vedere pare a fi vorba de o criză de isterie, dar diferența față de o criză obișnuită de isterie constă în faptul că aceasta nu reclamă pur și simplu un public, ci un public anumit, participant la modelul cultural de conduită.

Tulburările etnice, așa cum arată și V.Mihăescu, presupun elaborarea culturală a unor simptome-model, care sunt urmate întru totul de către bolnavi și care permit astfel o totală previzibilitate în cadrul de referință al culturii respective.

Sindroamele transculturale sunt legate de o accentuare predominant culturală sau de o situație socială stresantă, care poate deveni importantă în diverse societăți în perioade istorice diferite (Jilek, 2000, p.1061).

4.3. Unele studii transculturale

B.Dai arăta că sistemele delirante ale pacienților chinezi sunt încercări de satisfacere a nevoilor bio-sociale și de menținere a identității umane sub stresul conflictului cultural. Ele sunt numai o încercare de a deghiza satisfacerea energiilor instinctuale.

J.Copeland spunea că ideile delirante de persecuție apar la aproape toți studenții vest africani internați într-un spital londonez de psihiatrie. Ei prezintă semnificație diagnostică pentru schizofrenie atunci când sunt vestici în conținut.

R.Wintrob precizează că un mod sancționat cultural de a face față sentimentelor de vinovăție și lipsei de valoare, femeile liberiene pot dezvolta sisteme delirante referitoare la șerpi și spirite.

Y. Kumasaka și H. Saito arătau că la sfârșitul celui de-al doilea război mondial, unii japonezi care trăiau în Brazilia susțineau că Japonia a câștigat războiul. Acest grup denumit Kachigumi suferea de o idee delirantă comună, care poate fi înțeleasă prin prisma trecutului sociocultural al comunității japoneze din Brazilia.

A.Welner, J.L.Liss și E.Robins considerau că pacienții negrii prezintă mai multe idei delirante și halucinații decât cei albi. Diferența în simptomatologie, mai mult decât în tulburarea psihiatrică, este caracteristică mai ales grupului. Un interviu structurat este foarte important ca un instrument diagnostic pentru pacienții negri.

Toate aceste studii sunt citate de A.Favazza și Mary Oman (1977).

Efectele patoplastice ale factorilor culturali par să modeleze simptomele manifestate de pacienții cu schizofrenie diferit în țările dezvoltate și în curs de dezvoltare. Pacienții cu schizofrenie în țările vestice dezvoltate prezintă o frecvență mai mare a simptomelor depresive, a ideilor delirante primare de inserție și transmitere a gândurilor, în timp ce în țările nevestice în curs de dezvoltare halucinațiile vizuale și auditive sunt mai frecvente (Sartorius, 1986; Jablensky, 1992).

Într-un studiu comparativ efectuat în Agra, India și Ibadan, Nigeria, au fost găsite diferențe importante în manifestările schizofreniei, care au condus cercetătorii la concluzia conform căreia conținutul simptomelor psihotice tinde să identifice probleme critice existente într-o anumită cultură (Katz, ș.a., 1988, p.331). Predominanța ideilor de persecuție și a halucinațiilor auditive și în tulburările nonschizofrenice, sugerează cercetătorilor africani că aceste simptome nu sunt necesar indicatori ai schizofreniei la persoanele cu un cadru cultural african (Ndeti și Vadher, 1984; Ndeti, 1988). Că influența etnicității și culturii în psihopatologie cântărește mai mult decât apropierea geografică, relațiile istorice și asemănarea rasială, devine evidentă în studii care demonstrează diferențe semnificative în simptomele schizofreniei când se compară pacienții din Malta și Libia, Japonia și China,

Coreea și China (Kim ș.a., 1993; Fujimori ș.a., 1987; Maslowski, 1986). Diferențele etnice și culturale sunt reflectate în simptomele schizofreniei chiar și atunci când populațiile aderă la aceeași religie, cum s-a observat în urma efectuării unor studii comparative pe pacienții din Pakistan și Arabia Saudită (Ahmed și Naeem, 1984).

CAPITOLUL 5: INFLUENȚA FACTORILOR SOCIO-CULTURALI

Cultura influențează profund sensul și natura simptomelor tulburărilor psihotice. Se arată faptul că atenția asupra cadrului cultural poate ajuta la interpretarea corectă a comportamentelor și la diminuarea greșelilor de diagnostic și a ambiguității diagnostice în situațiile clinice transculturale. De exemplu, are loc frecvent o diagnosticare greșită a americanilor de origine asiatică, în parte și datorită lipsei unei corespondențe exacte între etichetele indigene și categoriile diagnostice stabilite (Keh-Ming, Freda Cheung, 1999, p.774). În “Comprehensive textbook of psychiatry” (Kaplan, Sadock, 2000, p.256) se precizează că lipsa informațiilor adecvate asupra ceea ce constituie moduri normale de comportament sau expresii culturale sancționate de distres, evaluările clinice ale pacienților cu cadre culturale, etnice sau religioase diferite pot conduce la identificarea greșită a unor probleme sau comportamente mai puțin severe drept delirante, halucinatorii sau bizare.

Convingerile și credințele anormale formează obiectul principal al tulburărilor de conținut ale gândirii. Considerațiile privind anormalitatea credințelor și convingerilor trebuie să țină cont de cultura persoanei respective. Credințele care pot părea anormale în cultura sau subcultura unei persoane, pot fi acceptate în alte culturi. (Kaplan, Sadock, 2000)

Credințele spirituale și religioase pot prezenta principalele dileme diagnostice pentru medici. Credințe în vrăjitorie și farmece sunt frecvente în multe societăți și pot fi sau nu delirante. Spiritismul și alte mișcări religioase variate și diferite forme de șamanism practicate în multe zone ale lumii, încurajează și aprobă comunicarea personală și implicarea activă cu morții, cu spirite și cu diferite zeități. Asemenea practici și experiențe

supranaturale și mistice nu indică neapărat o psihopatologie. Oricum, asemenea credințe culturale congruente adesea exercită și influențe substanțiale patoplastice asupra formării simptomelor la pacienții psihotici. Similar, fenomenele de posesiune și transă sunt văzute frecvent la societățile nevestice și este adesea dificil de determinat dacă aceste experiențe, într-un caz particular, fac parte dintr-un proces psihotic în plină desfășurare sau sunt însușite cultural și contextual. (Kaplan, Sadock, 2000, p.260)

Aceeași autori arată că și alți factori sociali pot influența de asemenea formarea simptomelor la pacienții psihiatrici. Expunerea susținută la comportamentele rasiste și discriminatorii tinde să crească vigilența și suspiciozitatea printre membrii minorităților etnice și poate contribui la o înclinație mai mare pentru simptome paranoide la aceste persoane. Simptomele paranoide sunt prevalente mai ales printre aceia, precum refugiații, care sunt forțați să trăiască într-un mediu cultural nefamiliar. Frica de persecuția politică este o realitate de viață pentru persoanele care trăiesc sub regimuri asupritoare, și poate contribui la o prevalență mai mare a ideatiei paranoide în asemenea societăți. Datorită acestor complicații este adesea dificil de determinat dacă experiențele paranoide printre imigranți sau vizitatori recentți sunt reactive sau indică un proces psihotic mai sever și de lungă durată.

F.Jacobsen (1988, p.135) amintește faptul că influența etnicității și a culturii asupra sănătății a fost recunoscută datorită prezenței bolilor ereditare legate de rasă și a predispoziției sociale spre o anumită boală. Diferențele în conținutul anumitor simptome au fost observate prin numeroase studii. Schizofrenii din Caraibe, de exemplu, pot spune că sunt posedați de demoni sau că au fost vrăjiți, în timp ce cei din America pot crede că gândurile lor sunt controlate prin unde laser sau că sunt urmăriți de CIA. Studiile antropologice sugerează că perspectivele asupra diferitelor culturi pot conduce la diferențe semnificative în funcționarea cognitivă, lucru care îngreunează comparațiile transculturale.

Se pune tot mai mult accentul pe faptul că atât tratamentul biologic, cât și cel psihologic al bolilor mentale, trebuie să fie modificat în funcție de factorii etnici sau culturali determinanți. Studii transculturale asupra medicamentelor folosite în tratamentul psihozelor și depresiei au demonstrat că dozajul poate varia în funcție de grupurile culturale: asiaticii, negrii și hispanicii, de exemplu, au nevoie de doze mai mici de neuroleptice și antidepresive decât caucazienii. Ca și cu tratamentul biologic, majoritatea

medicilor care lucrează în psihoterapia transculturală au trebuit să-și adapeze abordările terapeutice în funcție de cadrul etnocultural al pacienților. (Jacobsen, 1988, p.136)

Formarea identității personale este influențată, după cum precizează Levinson (1978), de un mare număr de factori interni și externi, care pot avea efecte variate în diferite momente ale ciclului vieții. Erikson (1963) arăta că identitatea etnoculturală, ca o componentă importantă a identității unei persoane, poate fi influențată și de migrație, schimbarea grupului socio-politic, economie, starea sănătății sau de alte forme de tranziție etnoculturală.

F. Jacobsen (1988, p.136) precizează că dintr-o perspectivă diagnostică, evaluarea etnoculturală explorează înțelegerea intelectuală și emoțională a pacientului asupra unor etape istorice care au contribuit la evoluția identității lui culturale. Este de preferat ca în evaluările transculturale să se pună accentul și pe schimbările socio-economice, deoarece acestea însoțesc adesea tranzițiile etnoculturale și pot avea în ele o semnificație specifică etnică sau culturală pentru individ. Această evaluare cercetează și baza etnoculturală a relației dintre pacient și terapeut.

Ș.Ionescu (1998, p.188) consideră că apariția mai frecventă a unei tulburări la persoane situate la unul dintre nivelurile de stratificare în funcție de clasele sociale ar putea indica faptul că expunerea la anumite condiții de viață generează sau favorizează manifestarea psihopatologică respectivă.

Faris și Dunham au efectuat un studiu la Chicago și publicat în 1939 privind legătura între tulburările mentale și clasa socială din care provin pacienții. Pentru ei dezorganizarea socială prezentă în anumite zone generează boala mentală, iar incidența acesteia este în corelație cu dezorganizarea socială.

M.Trujillo (2000) este de părere că psihiatria culturală se inspiră din mai multe discipline de bază. Antropologia (atât cea culturală, cât și cea medicală) aprovizionează psihiatria culturală cu informații esențiale despre comportamentul oamenilor în mediul lor natural, cu perspective autohtone asupra sănătății și a bolii, cu descrieri ale sistemului indigen de vindecare, al rolului vindecătorului și al ritualurilor de vindecare în diferite grupuri etnice și culturale. Sociologia elucidează relația dintre procesul psihologic de bază și tulburările psihiatrice, și caracteristici umane universale precum vârstă, sex, statut social și profesional. Epidemiologia oferă date despre variația frecvenței și prevalenței distresului

și tulburărilor psihologice în diferite grupuri culturale, dar și despre studii comparative despre patogeneza, apariția, dezvoltarea și rezultatul entităților diagnosticate în diverse grupuri culturale. Psihologia și psihopatologia dezvoltării clarifică impactul culturii asupra dezvoltării normative a personalității și a tulburărilor sale. Psihopatologia culturală investighează diferitele sindroame specific culturale, iar psihofarmacologia etnică studiază impactul avut de rasă și etnie asupra folosirii, metabolismului și diferitelor efecte ale medicamentelor psihotrope standard și lărgeste cunoștințele noastre despre efectele biologice și psihologice ale vechilor sisteme de diete și ierburi tămăduitoare.

În ceea ce privește mediul social, M.Trujillo (2000) vorbește despre faptul că tulburările apar mai frecvent printre persoanele crescute în medii adverse. Teoria evoluționară pune accentul pe ierarhiile sociale, care influențează opțiunile sociale și așteptările celorlalți cu privire la comportamentul unei persoane. Poziția unei persoane într-o ierarhie corelează cu tipul de informație pe care persoana o primește și cu beneficiile care derivă din participarea socială, și cu frecvența tulburărilor. Tipul de informație socială are un impact direct asupra stărilor fiziologice și psihologice: informațiile negative repetate pot duce la apariția unor semne și simptome, în timp ce informații pozitive repetate pot reduce intensitatea acestora.

În "Comprehensive textbook of psychiatry" (Kaplan, Sadock, 2000, p.265) cultura este văzută ca o totalitate, compusă dintr-un sistem complex de simboluri care posedă dimensiuni subiective precum valori, sentimente, idealuri, și dimensiuni obiective care includ credințe, tradiții, prescripții comportamentale, articulate în legi și ritualuri. Această capacitate unică a culturii de a lega lumea obiectivă a realității percepute de lumea subiectivă personală și intimă, exprimă rolul său puternic de mediator și moderator al proceselor psihologice și, în ultimul rând, al tulburărilor emoționale.

Un lanț causal permite simbolurilor modelate cultural să influențeze cogniția, sentimentele, propriile concepte și funcțiile fundamentale ale creierului care controlează dispoziția și comportamentul. De vreme ce oamenii nu există fără o cultură, percepțiile culturale afectează în mod inevitabil modul în care este văzută fiecare persoană și de ce drepturi și obligații se bucură fiecare individ în diferite stadii ale ciclului vieții într-o anumită societate. Cultura devine, conform lui C.C.Hughes, o configurație învățată de imagini și alte elemente simbolice (precum limbajul) larg împărtășite de membrii unei

societăți sau unui grup social în care servește ca o matrice de comunicare care tinde să coordoneze și să sancționeze comportamentul. Astfel, cultura reprezintă un cadru normativ care definește normalitatea și devianța și promovează valori și comportamente preferate, în timp ce le proscribe pe altele, ducând la o adaptare sănătoasă sau împiedică dezvoltarea provocând neadaptare. (Kaplan, Sadock, 2000, p.267)

Tradițional, rasa se referă la grupuri umane care sunt biologice (și în teorie genetic) determinate. Unii biologi contemporani consideră că rasa este puțin corelată cu orice fenomen măsurabil biologic sau cultural. Pe de altă parte etnia, un termen din ce în ce mai preferat de cercetătorii transculturali, implică grupuri de indivizi care împărtășesc un sens de identitate comună și credințe și istorie comune. Etnicitatea unui pacient poate fi evaluată prin centrarea asupra istoriei clinice, luând în considerare experiențele de dezvoltare modelate etnic, cum ar fi ritualuri speciale și rituri de trecere, aderența la rolurile familiale prescrise de etnie, la religie, preferința mâncării și altele. Identitatea culturală se referă la propriile definiții interne care rezultă din încorporarea selectivă și mediată de dezvoltare a valorilor, istoriei și obiceiurilor, din acelea disponibile în mediul nativ al persoanei. Conține multe dimensiuni ale experienței proprii, incluzând vârsta, sexul, rasa, orientarea sexuală, etnicitatea, limbajul, clasa și credințele religioase și spirituale. (Trujillo, 2000)

L.Rogler (2000) definea aculturația drept procesul complex prin care comportamentele și atitudinile unui anumit grup se schimbă spre cele ale grupului dominant, ca urmare a expunerii la un sistem cultural care este semnificativ diferit. Impactul procesului de aculturație asupra dezvoltării stresului și a tulburărilor psihologice a fost studiat, obținându-se rezultate diverse. În timp ce unele studii susțin ipoteza că nivele înalte de aculturație scad stresul psihologic, altele indică că unele forme de biculturalism sunt mai determinante pentru sănătatea mentală. Recent studii asupra emigranților mexicani-americani au stabilit o relație între aculturația crescută și stresul psihologic crescut. Stresul poate fi observat prin diferite mijloace: o respingere intensă a culturilor de origine și de adopție a individului, rezistență puternică la integrarea în cultura de adopție, sau chiar o asimilare excesivă, mecanică la noile norme, cu sau fără respingerea culturii de origine.

Deoarece cultura manifestă influențe puternice asupra proceselor sociale, cognitive, afective, comunicaționale, comportamentale și psihofiziologice, psihiatria culturală trebuie să descrie căile prin care fiecare cultură poate să afecteze psihopatologia:

1. Generarea psihopatologiei prin prezentarea unor tensiuni adaptative care împovărează viața și comportamentul psihologic al unui individ. Condiții sociale cronice, precum sărăcia, șomajul și rasismul pervaziv generează stres și psihopatologie celor expuși la ele.
2. Reducerea psihopatologiei prin promulgarea unor factori de protecție împotriva agenților stresori interni sau externi. J.Escobar, printre alții, a atras atenția asupra prevalenței scăzute a majorității tulburărilor psihiatrice printre mexicanii-americieni și emigranții mexicani recenți cu o aculturație scăzută, lucru care s-ar putea datora unui efect de protecție al culturii lor tradiționale și a rețelelor suportive ale familiei extinse.
3. Promovarea schimbărilor sociale, crescând sau reducând astfel stresul psihologic asociat schimbării.
4. Afectarea apariției, patoplasticității, cunoscutului și rezultatului sindroamelor psihiatrice convenționale, precum schizofrenia sau tulburările bipolare.
5. Afectarea toleranței pentru anumite simptome comportamentale, subiective și clinice sau a unor stări mentale neobișnuite, și astfel promovând fie izolarea patogenică, fie integrarea vindecătoare într-un grup social al individului, care manifestă asemenea semne și simptome.
6. Modelarea unor expresii ale stresului specific culturale, căi sancționate pentru individ sau grup de a exprima stresul subiectiv.

(Kaplan, Sadock, 2000)

CAPITOLUL 6: METODOLOGIE

6.1. Obiectivul

Prin această lucrare se dorește cercetarea modului în care conținutul ideilor delirante se modifică de-a lungul timpului și în funcție de societatea în care acestea apar. Se pornește de la faptul că în fiecare societate există anumite conduite considerate normale, iar altele apreciate drept bizare. Astfel, și temele ideilor delirante diferă în funcție de spațiul geografic și cultural în care acestea se întâlnesc. Chiar în cadrul aceleiași societăți pot exista diferențe semnificative în ceea ce privește modul de apreciere al unei credințe sau conduite, toate acestea variind în funcție de pregătirea persoanei respective și de convingerile și tradițiile zonei în care a crescut. Se încearcă demonstrarea faptului că temele ideilor delirante variază și după perioada de timp: pe parcursul anilor se schimbă unele credințe sau conduite ale societății respective, acest lucru observându-se și în conținutul ideilor delirante (de exemplu, persecutorii care se referă la persoanele din conducerea unei țări se schimbă în funcție de persoanele aflate la putere).

6.2. Ipoteza

Dacă o anumită societate suferă modificări importante pe parcursul unei perioade mai îndelungate de timp, atunci acest lucru se va reflecta și în conținutul ideilor delirante prezente la pacienți.

6.3. Subiecți

Subiecții care au participat la această lucrare sunt pacienți ai spitalului de psihiatrie Alex. Obregia. Au fost folosiți 104 pacienți, cu vârsta cuprinsă între 18 și 71 de ani, dintre care 69 de femei și 35 de bărbați.

S-au ales două loturi de subiecți, fiecare alcătuit din 52 de persoane:

- primul lot a fost format din pacienți internați în secțiile I, IV, VI și VII în perioada noiembrie 2001- martie 2002
- al doilea lot a fost constituit din pacienți luați din fișele arhivei spitalului, pacienți internați în anii 1980, majoritatea în 1987 și 1988, la clinica I de psihiatrie.

Criteriul după care au fost selectați subiecții a fost prezența în tabloul clinic al bolii lor a ideilor delirante ca simptom. Pacienții au fost testați în a cincea zi de la internare.

6.4. Materiale utilizate

Pentru realizarea acestei lucrări s-a folosit testul PANSS, test alcătuit din:

- scala de apreciere a simptomelor productive (pozitive), scală denumită SAPS (vezi anexa 1)
- scala de apreciere a simptomelor deficitare (negative), scală denumită SANS (vezi anexa 2)

6.5. Metoda de testare

Inițial au fost luate fișele pacienților din clinica respectivă și selecționați acei indivizi care prezentau idei delirante. Apoi s-a vorbit cu fiecare pacient în parte, făcându-se o anamneză a acestuia, insistându-se asupra ideilor delirante și a conținutului acestora. Întrebările puse de examinator se referă la itemii existenți în testul PANSS. După discuția cu pacientul, examinatorul a completat itemii testului în funcție de răspunsurile primite.

Toți subiecții au fost testați în aceleași condiții, și anume în salonul de spital.

6.6. Desfășurarea experimentului

Această lucrare pornește de la premisa existenței unei influențe socio-culturale asupra conținutului ideilor delirante. Fiecare societate și fiecare perioadă istorică are anumite caracteristici esențiale care se regăsesc, de cele mai multe ori în conținutul acestor simptome.

Partea practică a lucrării s-a desfășurat sub îndrumarea prof. dr. G.Ionescu, iar apoi lucrarea fost continuată sub conducerea doamnei lector univ. Mirela Manea.

Pe parcursul întregului interviu experimentatorul a avut o atitudine neutră binevoitoare. Inițial subiecții au fost întrebați dacă doresc să participe. Majoritatea subiecților a fost cooperantă, numai câțiva prezentând unele reticente.

Subiecții au fost selecționați în funcție de existența în tabloul clinic al tulburării lor a ideilor delirante drept simptom. S-au alcătuit două loturi de subiecți: primul format din

pacienți internați în perioada noiembrie 2001 – martie 2002 în secțiile clinice I, IV, VI, VII ale spitalului Alex.Obregia; iar al doilea lot alcătuit din pacienții internați în anii 1980 în secția I a aceluiași spital.

Subiecții au fost intervievați de către examinator, folosindu-se întrebările care se regăsesc în testul PANSS și insistându-se asupra conținutului ideilor delirante.

CAPITOLUL 7: REZULTATE ȘI INTERPRETĂRI

S-a pornit de la clasificarea ideilor delirante realizată de V.Predescu în 1989, astfel ele au fost împărțite în:

- *idei delirante depressive* (aici au fost găsite ideile delirante de gelozie, ideile delirante de relație, ideile delirante somatice, ideile delirante de vinovăție, ideile delirante de transformare, ideile delirante de revendicare, idei delirante hipocondriace, idei delirante de persecuție)
- *idei delirante expansive* (aici au fost găsite ideile delirante de filiație, ideile delirante mistice, ideile delirante de grandoare, ideile delirante de invenție)
- *idei delirante mixte* (aici au fost găsite ideile delirante de influență);

acest lucru făcându-se pentru fiecare lot de subiecți, atât pentru cei din prezent, cât și pentru cei din arhivă.

Pentru a realiza o diferențiere cât mai corectă între datele obținute de la cele două loturi de subiecți, se va face o analiză comparativă a lor, pentru fiecare tip de idee delirantă.

Pentru efectuarea calculelor statistice s-a folosit testul-T, testul diferențelor semnificative între scoruri sau medii. Frecvențele ideilor delirante la pacienți au fost considerate drept scoruri și s-au obținut următoarele rezultate:

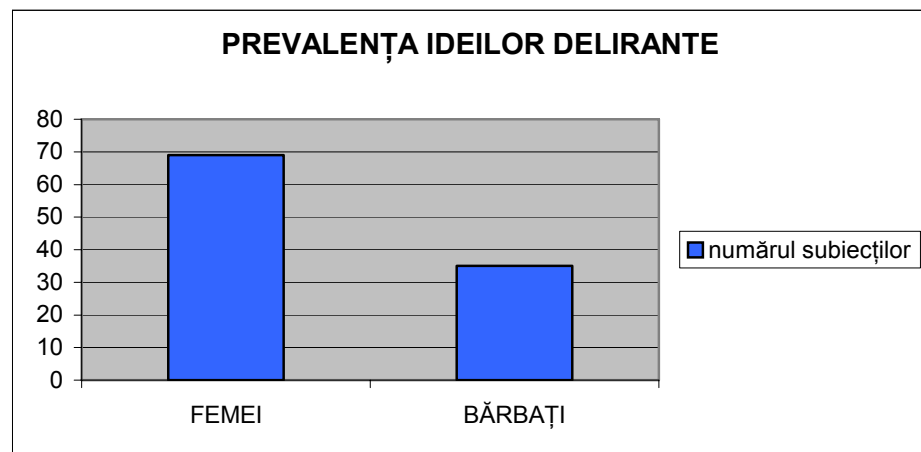
- pentru ideile delirante depressive $t = 3,13$; $p = 0,02$; ceea ce simbolizează că între prezent și trecut există o diferență semnificativă la acest tip de idei delirante.
- pentru ideile delirante expansive $t = 3,48$; $p = 0,02$; ceea ce simbolizează că între prezent și trecut există o diferență semnificativă la acest tip de idei delirante.
- în cazul ideilor delirante mixte nu s-a putut observa o diferență semnificativă.

S-a aplicat și testul statistic chi pătrat și s-a ajuns la următoarele rezultate:

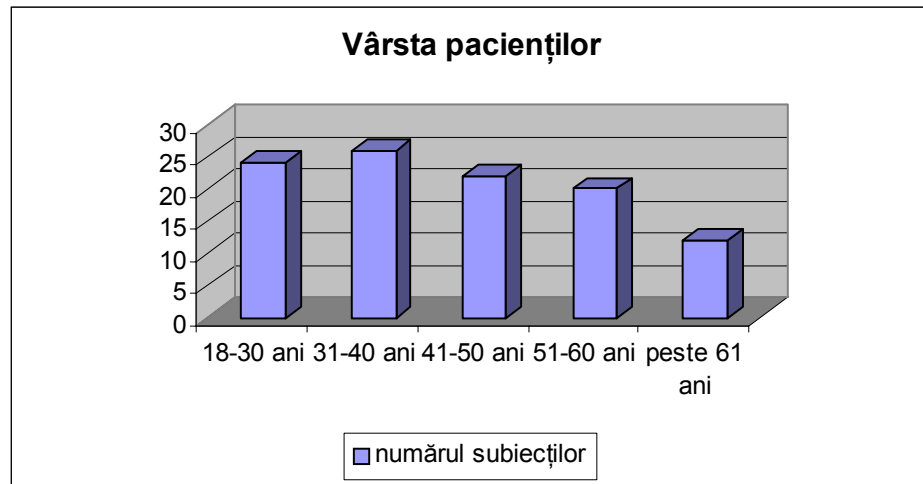
- pentru ideile delirante depressive $X^2 = 84,34$, $p < 0,000$ rezultă astfel că există diferențe semnificative între frecvențele observate la subiecți
- pentru ideile delirante expansive $X^2 = 17,86$, $p < 0,000$ rezultă astfel că există diferențe semnificative între frecvențele observate la subiecți
- în cazul ideilor delirante mixte nu s-a putut observa o diferență semnificativă.

Se constată astfel că există o diferență în ceea ce privește frecvența întâlnită la subiecții din prezent și la cei din trecut în cazul celor două mari categorii de idei delirante (depressive și expansive).

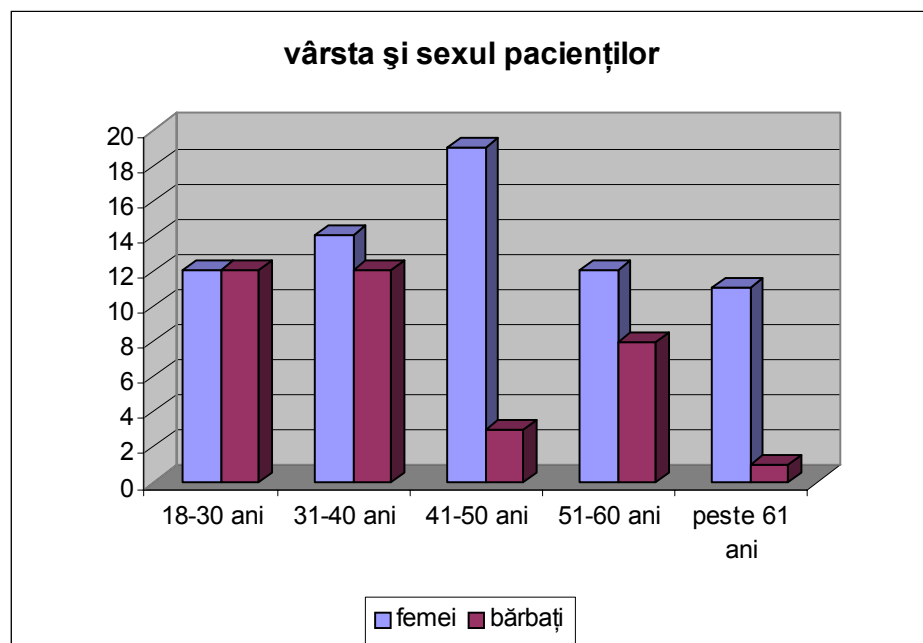
Vom prezenta în continuare o sistematizare a datelor obținute în funcție de anumiți factori.



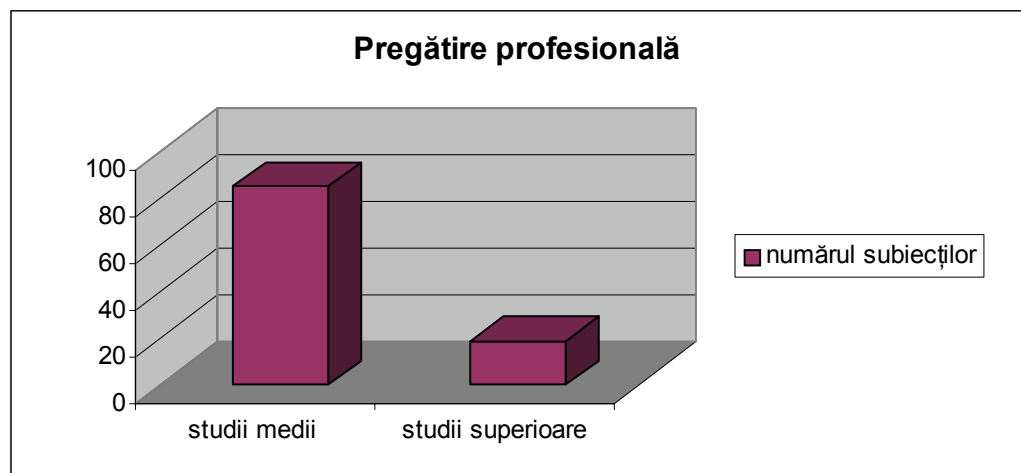
În ceea ce privește prevalența ideilor delirante, se observă că acestea apar mai frecvent la femei decât la bărbați. Din cele 104 cazuri studiate, acest simptom apare la 69 de femei și 35 de bărbați.



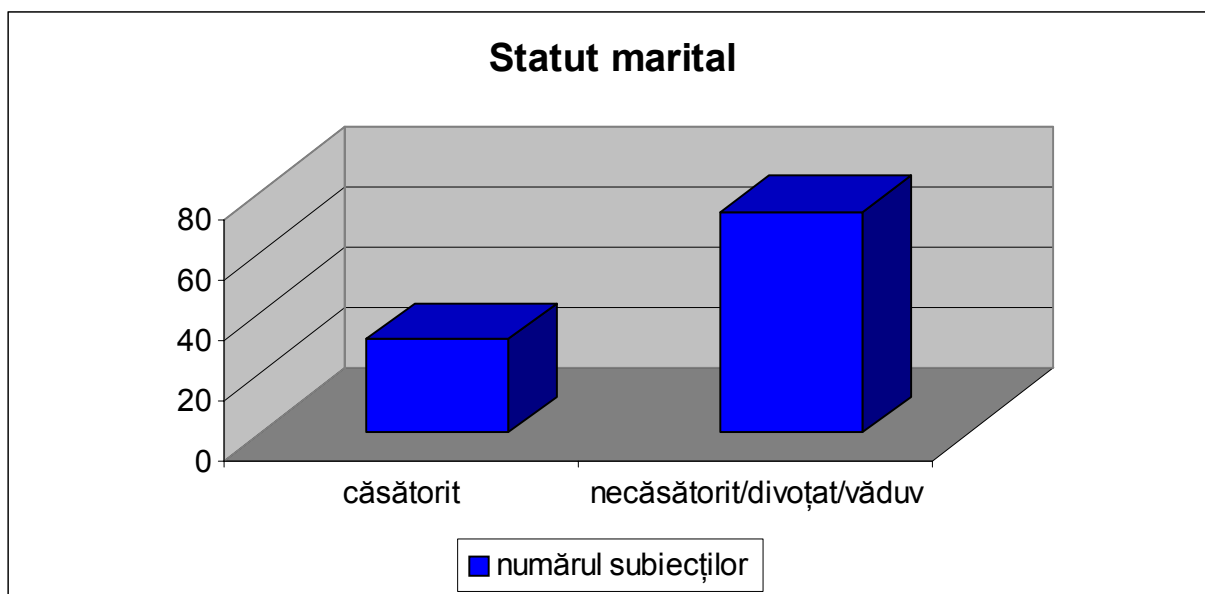
Se observă că ideile delirante se întâlnesc la toate vârstele aproape în aceeași măsură, numai la persoanele de peste 60 de ani frecvența acestora fiind mai mică, probabil și datorită deteriorării unor procese cognitive și a capacității acestora de a elabora idei delirante complexe.



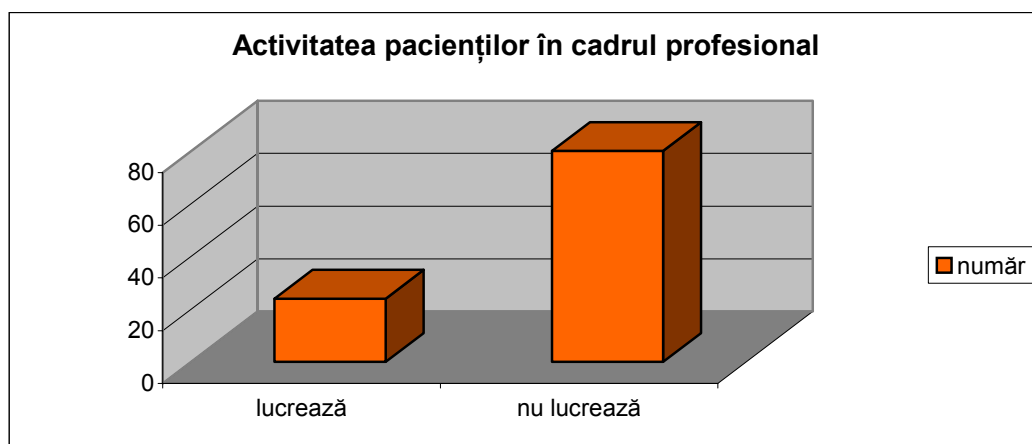
Făcându-se o comparație între sexul și vârsta pacienților intervievați, se poate constata faptul că nu există diferențe prea mari în ceea ce privește frecvența ideilor delirante întâlnite la subiecții cu vârste între 18-30 de ani, 31-40 de ani și 51-60 de ani. Variații mai importante se observă în cazul celor cu vârsta între 41-50 de ani (19 la femei și 3 la bărbați) și peste 61 de ani (11 la femei și 1 la bărbați), în ambele cazuri ideile delirante apărând mai frecvent la femei.



În ceea ce privește pregătirea profesională a pacienților intervievați, se constată că din cei 104 de subiecți numai 19 au studii superioare sau sunt studenți, în timp ce 85 au o pregătire medie sau elementară. Probabil și lipsa unor cunoștințe adecvate pot conduce la susținerea ideii delirante avute de pacient și poate chiar la amplificarea ei.

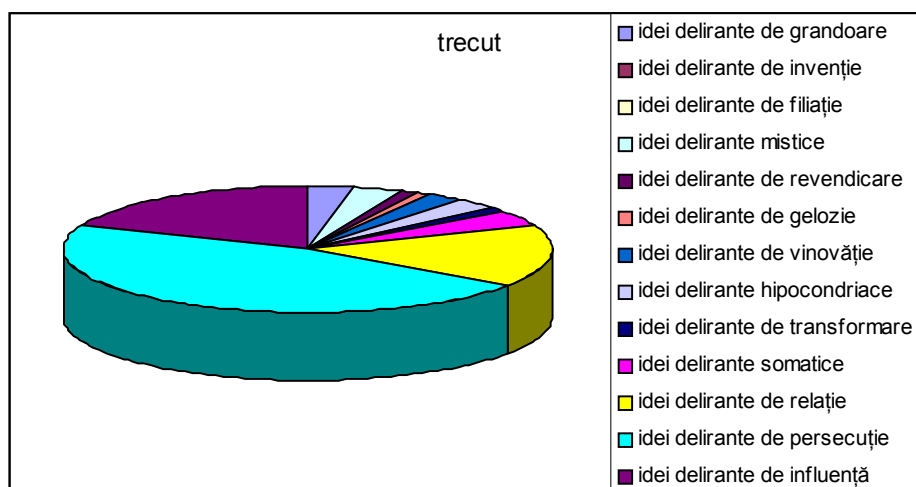
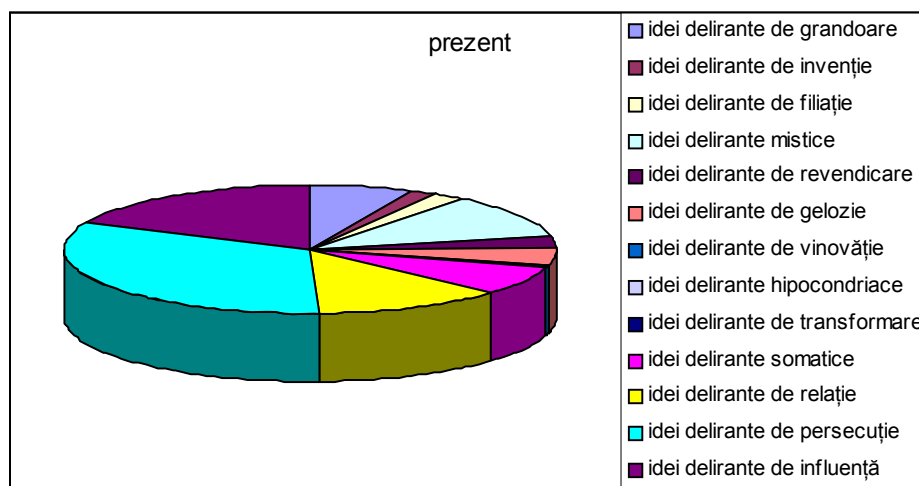


Un alt criteriu este statutul marital al subiecților. Se observă că doar 31 de pacienți sunt căsătoriți și au o familie, în schimb 73 dintre ei sunt necăsătoriți (aceștia stând singuri sau cu părinții), divorțați sau văduvi. Chiar și dintre aceia care sunt căsătoriți sunt unii care afirmă că au neînțelegeri în familie. Se observă astfel o lipsă a suportului afectiv la marea majoritate a acestor pacienți.



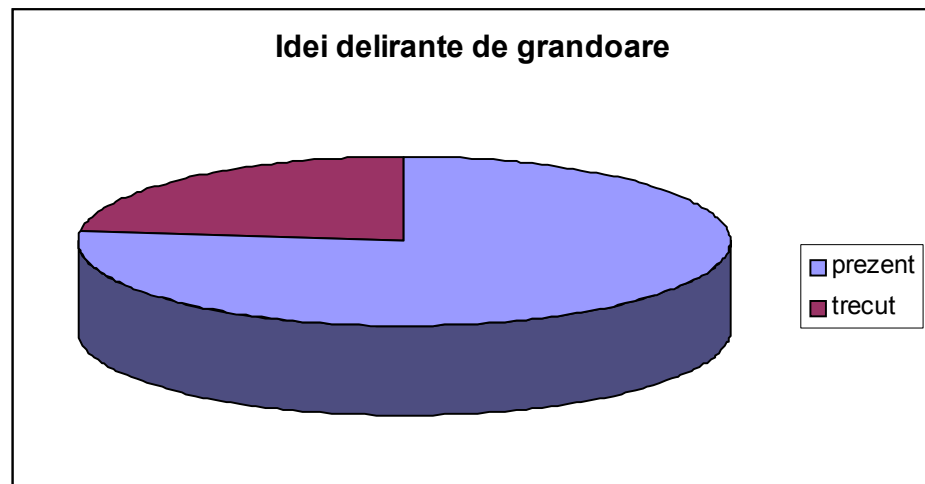
Dintre cei 104 pacienți numai 24 sunt angajați și lucrează în diferite domenii, iar ceilalți 80 sunt pensionari sau nu erau angajați în momentul internării.

Vom prezenta în continuare tipurile de idei delirante întâlnite la pacienții intervievați și frecvența cu care acestea apar la subiecții din prezent și la cei din trecut.

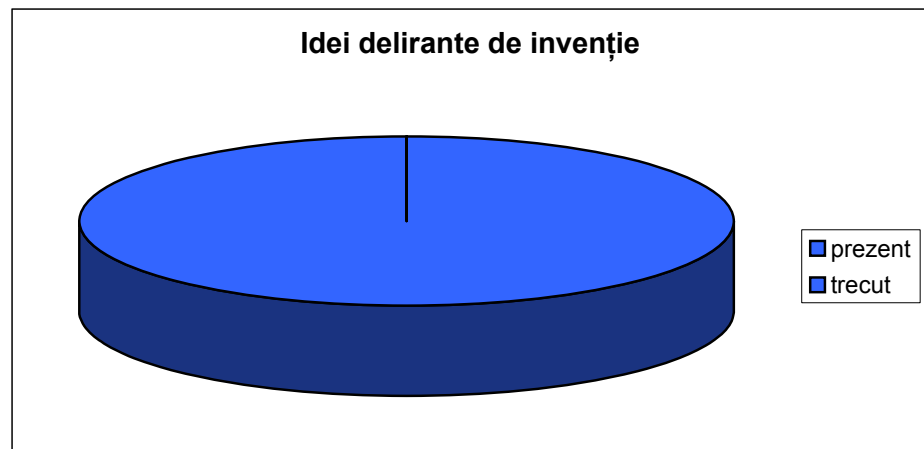


Din aceste două grafice prezentate mai sus se poate observa că nu toate tipurile de idei delirante apar în ambele perioade studiate și că, în cazul unora dintre ele, frecvența cu care acestea se întâlnesc este diferită.

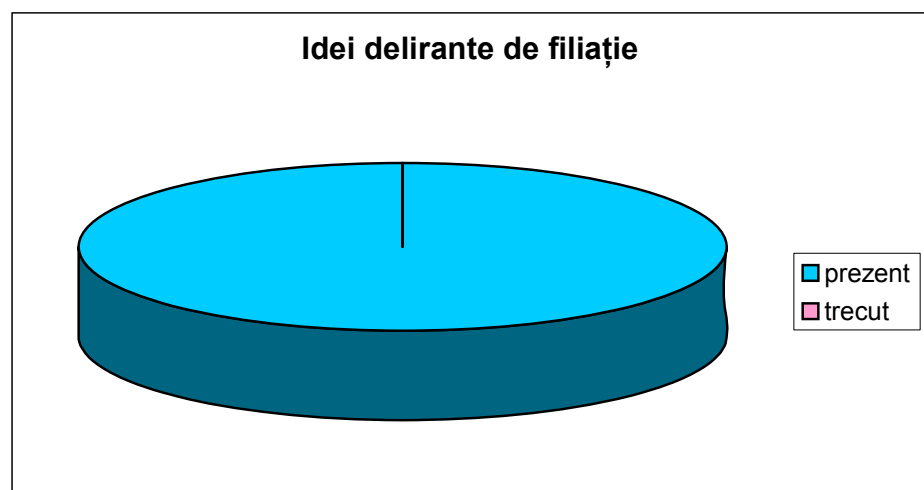
Analizând fiecare categorie de idei delirante în parte, vom obține următoarele rezultate:



Ideile delirante de grandoare s-au întâlnit la 10 pacienți din prezent și la 3 din trecut. Se observă astfel că în prezent apar mai multe idei de grandoare. Dacă în trecut aceste idei se refereau la teme precum: “am moștenit pe mătușa mea care era regina bronzului”, așa cum afirma o pacientă; în prezent aceste idei cuprind teme mult mai variate, cum ar fi: “cred că sunt o persoană aleasă de Dumnezeu, pentru că m-a înviat, sunt reîncarnarea lui Isus Cristos”, “în două săptămâni am dat 300 de licențe”, “m-au caracterizat oameni celebrii”, “am fost președintele țării”, “am făcut medicina și dreptul”, “soțul meu a fost președintele ONU”, “sunt doamna Herodot”, “credeam că sunt o persoană aleasă”, “am o misiune specială”, “cred că am o misiune pe care n-am știut că o am, dar acum am descoperit: să fac bine și celor buni și celor răi”, “am câștigat 1 miliard 900000 de dolari, toți banii din lume sunt la mine”, “am fost caratist, cel mai mare de pe glob”, “am avut 10 mașini care merg fără nimic”, “am fost medic, primul doctor pe țară, am vorbit 10 limbi, am fost arab, japonez și m-am oprit în România”. Din cele prezentate se observă că temele ideilor delirante s-au schimbat pe parcursul anilor; dacă acum 15 ani aceste teme se refereau la moșteniri, astăzi ele s-au adaptat la realitatea socială în care pacienții trăiesc.



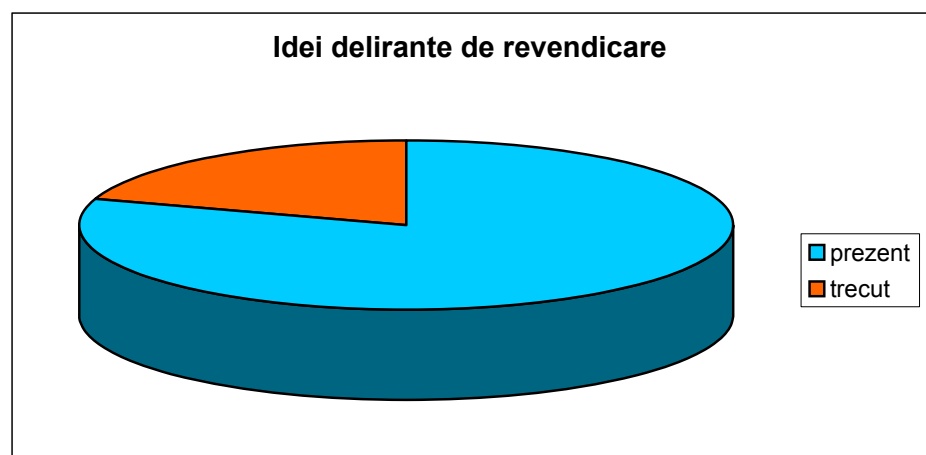
Ideile delirante de invenție sunt mai puțin întâlnite. Din cei 104 pacienți nu s-au întâlnit decât la 3 din prezent acestea referindu-se la fabricarea unor aparate deosebite, a unei “pompe cu dop, o instalație care scoate apa din puț fără roată și fără găleată” sau chiar a bombei atomice.



Și ideile delirante de filiație se găsesc doar la 3 din pacienții din prezent și constau în credința acestora că seamănă cu Aurel Vlaicu sau că sunt ficele lui Dumnezeu (în cazul a două pacienți). În trecut nu se întâlnește nici o astfel de idee delirantă la subiecții aleși.

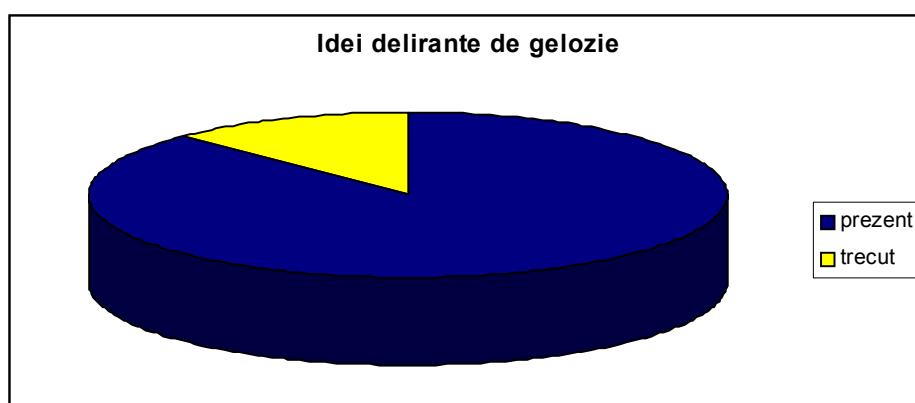


S-au observat 3 astfel de idei delirante la pacienții din trecut și 17 la cei din prezent. Conținutul acestor idei delirante nu s-a schimbat în mod semnificativ pe parcursul anilor, temele lor menținându-se relativ constante, referindu-se la Dumnezeu și sfinți în general; numai la 3 pacienți din prezent având teme despre diavol.



Ideile delirante de revendicare au fost observate la 4 cazuri din prezent și la 1 din trecut. Cazul din trecut se referă la convingerea unei paciente că este urmărită și persecutată de o vecină, făcându-i acesteia și “dosar la miliție, dar având protecție nu i-au făcut nimic”. În prezent se întâlnesc următoarele cazuri: o pacientă crezând că i se fac necazuri la serviciu, a luat numărul de la mașină electricianului și s-a dus la poliție, alt pacient susținea

că în 1996 a ajuns în audiență la Iliescu, un alt pacient susținea că a fost violat de colegii lui de serviciu și că a doua zi s-a dus la poliție, o altă pacientă afirma că justiția a ajutat-o la rezolvarea crimei comise asupra părinților ei. Se observă că și conținutul acestor idei se modifică în timp, adaptându-se la evenimentele actuale. Probabil ideile de revendicare din trecut sunt mai puține și datorită fricii de a afirma anumite lucruri împotriva fostului regim, ele putând fi mascate sau neconsemnate de către doctorii examinatori pentru a evita eventualele neplăceri.

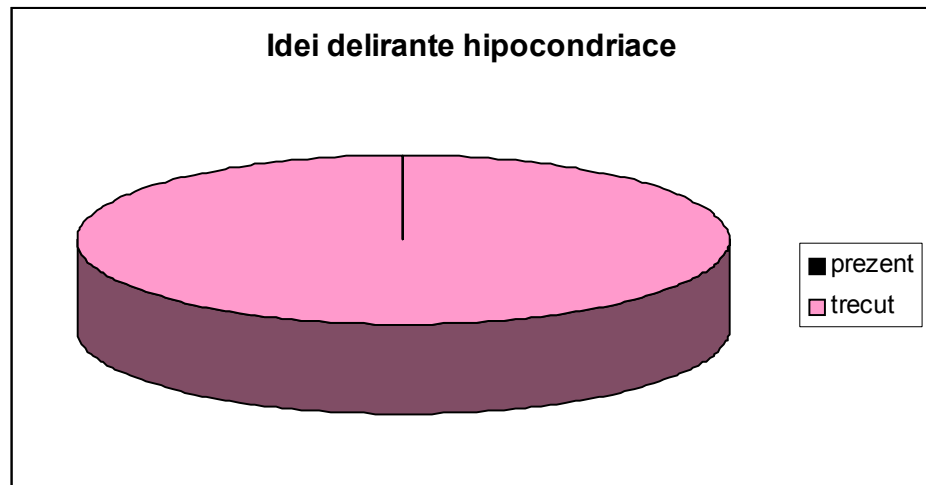


Ideile delirante de gelozie au fost regăsite la un pacient din trecut și la 7 pacienți din prezent. În cazul găsit în arhivă este vorba despre un pacient cu o idee nesistematizată, el susținând că soția s-ar putea să-l înșele, spunându-i acesteia că o să o urmărească. În cazurile din prezent se întâlnesc teme cum ar fi: “am divorțat din cauza cuiva”, “o fată din Bălăceanca a vrut să-mi ia prietenul”, “mama face dragoste cu prietenii mei”, “am crezut că fosta mea prietenă are pe altcineva”, “soțul meu are o amantă tânără de 27 de ani”, “cred că sunt victima amantei soțului”, “pe soție am văzut-o în tovărășia unor conducători ai statului, Ceaușescu a venit la Satu Mare și a îmbrățișat-o; în trei locuri am văzut-o cu Iliescu în București”.

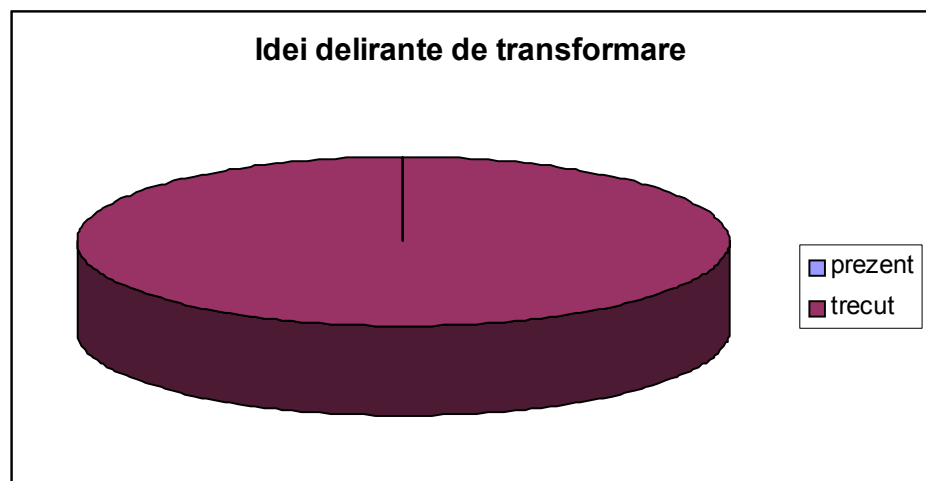
Influența factorilor socio-culturali se observă cel mai bine în ultimul caz prezentat. Este vorba de un pacient de 39 de ani care a avut numeroase internări la psihiatrie, încă din 1981. După cum se constată persoana care constituie motivul geloziei sale, respectiv președintele țării, se modifică în funcție de cel aflat la putere în perioada în care apare simptomul.



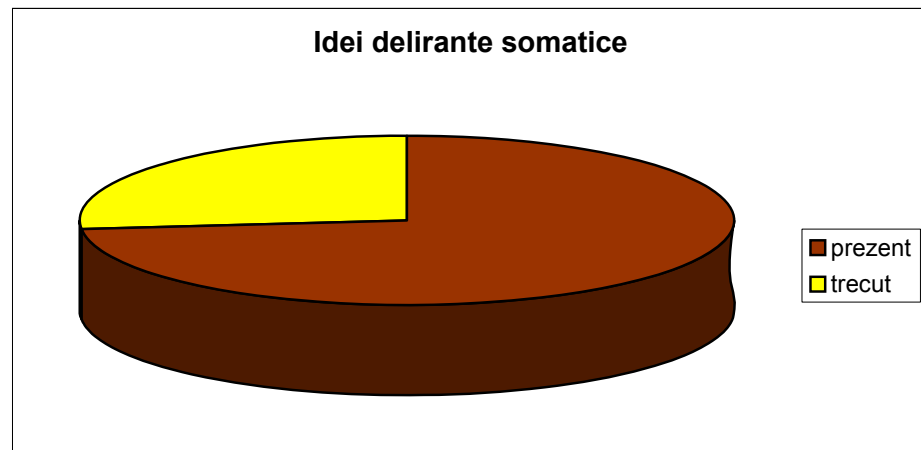
Ideile delirante de vinovăție și autoacuzare au fost foarte rar întâlnite, și anume numai în trei cazuri: două din trecut și una din prezent. Ele nu sunt prea susținute și argumentate; cazul din prezent se referă la o pacientă de 46 de ani care se consideră vinovată de situația în care a ajuns din cauza tratamentului neefectuat la timp. În privința cazurilor întâlnite în arhivă conținutul ideilor delirante nu se schimbă prea mult, ele având teme tot legate de boală și de incurabilitatea acesteia. Chiar dacă se întâlnesc, ideile delirante de vinovăție au o amplitudine mai mică și pot fi puse și pe seama sentimentului de neputință în fața bolii.



Nici ideile delirante hipocondriace nu prea au fost observate la pacienții intervievați, ci numai la 3 subiecți din trecut. Ele au teme delirante precum: o pacientă 58 de ani afirma: “nu mai am puls, cred că am să mor, nu mai îmi bate inima...dar atunci de ce mă simt așa de rău...pentru că am cancer”.

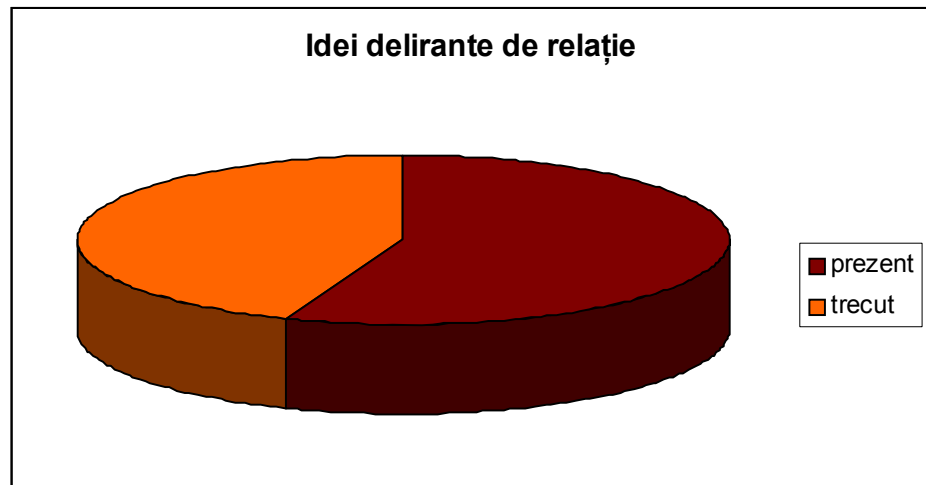


Ideile delirante de transformare nu au fost întâlnite decât într-un singur caz din arhivă, la un pacient de 21 de ani care susținea că “eram un șoarece și pisica voia să mă mănânce”.



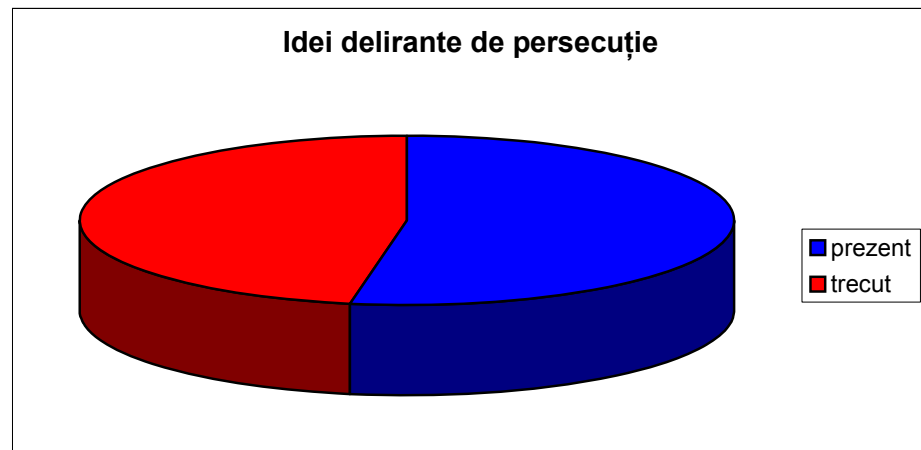
Ideile delirante somatice au fost constatate la 4 subiecți din trecut și la 11 din prezent. La cazurile din trecut temele acestor idei se referă la: “am amețeli în suflet, corpul nu mai este la locul lui, nu mai funcționează bine”, “sunt pișcată de șarpe, sunt ciuruită peste tot, tot stomacul”, “mi se deformează degetele”, alt pacient de 31 de ani se crede handicapat fizic și psihic față de ceilalți. În prezent întâlnim teme precum: “am dat toată saliva din corp, nu mai aveam decât urină”, o altă pacientă vorbește despre niște instrumente care îi produceau “palpitații, neliniște”, “Horia Brenciu îmi face dureri groaznice de măsele, de cap, insomnii”, “cineva m-a luat de mână și m-a vidat”, “uneori am impresia că am în cameră tensiune nervoasă, eu o simt ca o încărcătură electrostatică, ca și cum e înainte de ploaie”, “am ca o gheară așa în șezut și îmi tremură mâna”, “simțeam că mi se umflă anumite părți ale corpului”, “o ureche îmi vibrează într-un fel și cealaltă în alt fel”, “mi-am pierdut eul, mă simt pe jumătate”.

În cazul acestui tip de idei delirante nu se observă diferențe semnificative între temele lor, deoarece aceste idei se referă mai ales la modificări suferite de propriul corp, modificări care de obicei rămân constante pe parcursul anilor. Pacientul poate considera că o parte a corpului său suferă modificări sau că ceva s-a schimbat în el, aceste lucruri nefiind influențate de factorii socio-culturali.



Acest tip de idei delirante a fost mai frecvent întâlnit la pacienții intervievați, și anume la 19 pacienți din prezent și la 15 din arhivă. În acest caz, nu există diferențe semnificative între conținutul idelor delirante, ele păstrând aceeași temă principală. Atât în zilele noastre, cât și în trecut, temele ideilor delirante de relație se referă la oamenii de pe stradă care se uită urât sau îi vorbesc de rău pe pacienți și, cel mai frecvent, la întâmplări legate de televizor sau radio, cum ar fi: “când mă uitam la televizor se strica imaginea”, “la televizor erau prezentate întâmplări din viața mea” sau la televizor și radio se fac gesturi și se vorbește cu subînțeles, în simboluri la adresa pacientului pentru “a-l cumpăra”.

Singura diferență notabilă între cele două loturi de subiecți constă în frecvența cu care apar aceste teme delirante: dacă în trecut raportul între ideile delirante de relație legate de oamenii de pe stradă și cele care țin de întâmplări petrecute la televizor sau radio, era aproximativ egal, în prezent predomină mai ales ideile delirante din cea de-a doua categorie, celelalte fiind foarte puține (doar două).



Ideile delirante de persecuție sunt cele mai frecvent observate dintre toate tipurile de idei delirante. Dintre cei 104 de subiecți ele au fost constatate la 93 (49 din prezent și 44 din trecut). Aceste idei delirante au teme variate, unele dintre ele fiind prezente în ambele perioade de timp, iar altele fiind specifice unei anumite perioade. Ele sunt mai complexe, unele nesistematizate, iar altele sistematizate și bine argumentate, la un pacient putându-se găsi mai multe teme și mai mulți persecutori.

Aceste idei se pot grupa în teme mai mari în funcție de persecutori:

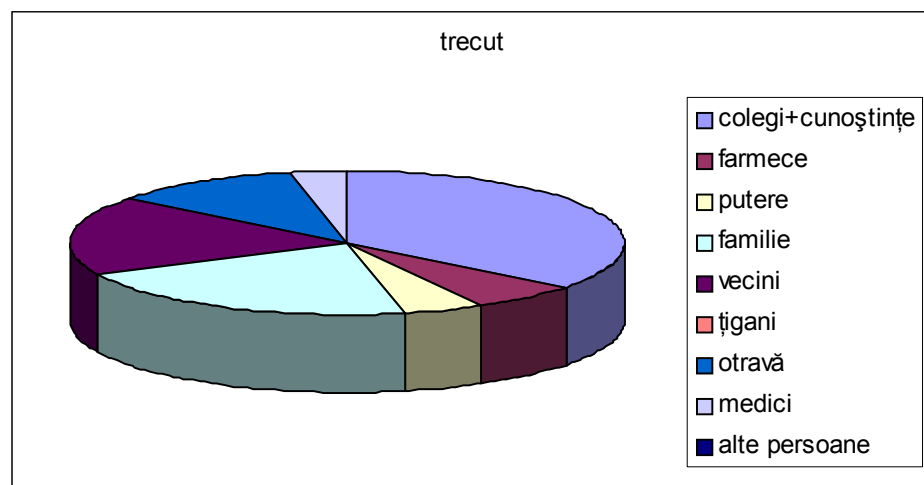
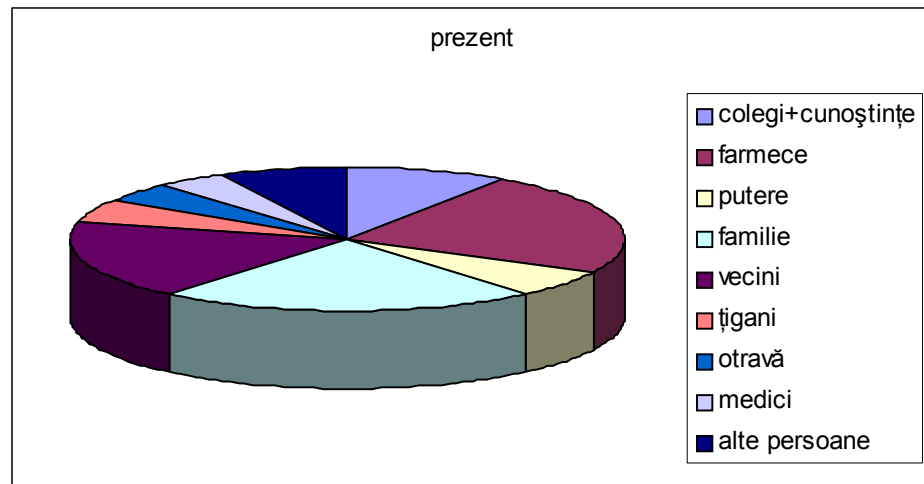
- *vecinii*: atât în prezent, cât și în trecut sunt multe persoane la care apare această temă delirantă legată de vecini; ei cred că vecinii îi vorbesc de rău, se uită urât la ei și ajung chiar până la acte agresive împotriva lor. O pacientă era convinsă că o vecină o urmărește și vrea să-i facă rău, mergând până acolo încât s-a mutat de mai multe ori, dar vecina apărea mereu. Simptomatologia ei conținea și manifestări halucinatorii, pe care pacienta le folosea pentru a-și susține convingerile.
- *Familia*: o altă temă întâlnită în ambele perioade de timp este persecuția din partea familiei. Aceasta se poate referi la familia apropiată (soț, soție, copil) sau la cea mai largă (soacră, cumnat, noră). În amândouă situațiile rudele vor să-i facă rău pacientului, vor să scape de el prin diferite mijloace, pentru a rămâne cu casa sau cu alte bunuri ale celui în cauză (așa cum afirmă unii pacienți).
- *Colegi și cunoscuți*: este o altă temă frecvent observată; pacientul crede că unii colegi îl persecută, îl acuză de anumite lucruri (de exemplu un pacient susținea că toți colegii

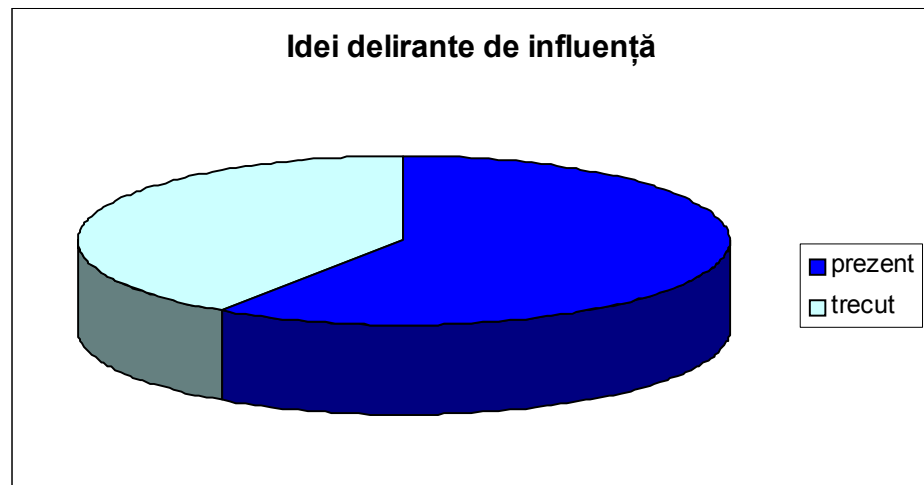
consideră că producția nu mai merge bine din cauza lui), sau comit împotriva lui anumite nedreptăți .

- *Otravă*: pacientul crede că cineva vrea să-l otrăvescă (colegi, familie). Uneori în sprijinul acestor afirmații apar și manifestările halucinatorii (gust sau miros ciudat al alimentelor) fapt care duce la confirmarea credințelor pacientului. Această temă delirantă apare aproape în aceeași măsură și la pacienții din prezent, și la cei din trecut.
- *Farmece*: această temă este mai frecvent observată în prezent (la 21 de pacienți din prezent și la 4 din trecut). Pacientul crede că cineva i-a făcut farmece; de cele mai multe ori el cunoaște persoana respectivă, dar uneori nu este prea sigur de identitatea acesteia. Adesea pacientul își explică situația în care se află cu ajutorul acestor farmece, iar câteodată el merge până acolo încât interpretează evenimentele din jur ca o consecință a lor. Aici putem include și teme precum mercurul și argintul viu: un pacient afirma “instituția mi-a dat mercur ca să mă poată fermeca”.
- *Medicii*: unii pacienți au convingerea delirantă că medicii vor să le facă rău. Nu este o temă delirantă prea des întâlnită. Un pacient de 57 de ani din prezent susținea că “la Spitalul Militar s-au făcut experimente pe pacienți cu pastile”.
- *Putere*: de obicei aici predomină ideile delirante ce privesc urmărirea pacientului de către securitate, astfel de idei găsindu-se în proporție aproximativ egală în cele două perioade de timp.
- *Țigani*: este o temă întâlnită exclusiv în prezent și care constă în convingerea pacienților că sunt urmăriți sau persecutați de țigani.
- *Alte persoane*: și această temă aparține prezentului și se referă la persoane actuale cum ar fi regele Cioabă și Iulian (o pacientă de 33 de ani era convinsă că regele Cioabă a vrut s-o cumpere și că acesta și Iulian o urăsc), Horia Brenciu (o pacientă de 27 de ani avea o complexă ideea delirantă susținută de halucinații auditive și vizuale în ceea ce-l privește pe Horia Brenciu), extraterestrii (o pacientă susținea că doamna doctor este extraterestră, iar alt pacient afirma că văzuse nave pe cer la mare)

La ideile delirante de persecuție schimbarea temelor delirante se poate observa mai bine. Persoanele care persecută pacienții se schimbă în funcție de contextul social al țării respective.

Vom prezenta în continuare două grafice care reprezintă frecvența cu care apar temele ideilor delirante de persecuție, așa cum au fost ele grupate mai sus, la pacienții din prezent și la cei din trecut.





Ideile delirante de influență au fost observate frecvent la ambele categorii de subiecți (la 28 din prezent și la 18 din trecut). Temele acestor idei au la bază convingeri delirante legate de gândul pacientului: acestuia i se pot citi gândurile de către diferite persoane (o pacientă susținea că “înafară de dumneavoastră fostul prieten îmi putea citi gândurile”), el poate citi gândurile anumitor indivizi, gândurile pacienților pot fi redirecționate (“Horia Brenciu îmi redirecționează gândul”), sau pot fi furate. Pacienții mai pot fi influențați prin telepatie sau unde magnetice. Un pacient susținea că “suntem controlați toți (am văzut nave pe cer la mare” sau “știu că sunt controlat și prin schimbarea atmosferei, s-a pus o ceață afară în 15 minute”). Și conținutul acestor idei delirante se schimbă în timp, odată cu apariția unor aparate mai sofisticate care îi influențează pe pacienți, determinându-i să realizeze lucruri nedorite de aceștia. De exemplu, un pacient de 58 de ani afirma că persecutorii lui “au un aparat care vede în casele oamenilor prin beton și pot să iradieze persoana vizată fără ca ceilalți să știe”, “persoana atacată numai ea aude vocile persecutorilor”.

Conținutul unor idei delirante s-a modificat pe parcursul anilor, iar al altor idei a rămas același. Chiar și în cazul aceluiași pacient pot surveni schimbări sau nu. De exemplu, o pacientă credea că este persecutată de către tată, idee delirantă care s-a menținut de-a lungul mai multor ani, așa cum reiese din fișele mai vechi ale acesteia. O altă pacientă credea în 1987 că este urmărită de mașinile lui Ceaușescu, ea susținea că venea de la

serviciu și le vedea cum trec pe stradă. Aceeași pacientă, în prezent, prezintă teme delirante legate de țigani, farmece, vrăjitoare și teme de gelozie.

Un alt exemplu ar fi acela al unei paciente de 29 de ani care credea că diavolul vrea să-i ia sufletul; ea afirma că “îmi spunea asta, nu tot timpul ci atunci când mă gândeam la bani, îmi promitea tot ce-și poate dori un om. Trebuia să semnez un contract ca în film”. Totuși ea afirmă că acest lucru nu i se întâmpla din cauză că văzuse filmul, ci era vorba de o situație asemănătoare. Deși pacienta neagă acest lucru, se observă aici că ideea ei delirantă este influențată de anumiți factori exteriori (în acest caz de un film) care și-au pus amprenta asupra ei.

Interesant este și cazul unui pacient de 52 de ani, care a dezvoltat pe parcursul mai multor ani idei delirante de influență. Prima internare, așa cum reiese din fișa acestuia, a avut-o în 1970, când susținea că se află sub influența unor aparate perfecționate care au puterea de a face un transfer de materie cenușie; avea impresia că se află sub pericolul unei invazii capitaliste și el este folosit ca spion, i se citeau gândurile cu ajutorul aceluia aparat de către cineva din străinătate; era urmărit și prin indicatoarele de circulație, prin mașini, de oamenii de pe stradă. Tot atunci se simțea mereu privit din spate, uneori magnetizat astfel că nu mai poate face nici o mișcare. În 1972 se mențin teme asemănătoare ale ideii delirante, pacientul afirmând că sunt unde prin care se poate comunica de la distanță, că există aparate care ghicesc gândurile. În 1977 se păstrează tema de influență, spunând că îi este frică să meargă pe stradă pentru că se simte radiat, penetrat când “întâlnesc privirea și văd pe oameni făcând diverse gesturi ca să nu observ că m-au privit pe mine sau vorbesc despre mine”. În 1999, pe lângă ideile delirante de influență (“sora mea din America mă telepatizează”) apar și idei de persecuție din partea familiei. În 2001 este internat cu idei de influență (“un aparat Panasonic avea antene direcționate pe centrul gândirii”) și idei de persecuție din partea vecinei (“îmi aruncă fecale și vrece în curte”). Se constată că, deși constante în timp, ideile delirante ale acestui pacient suferă o oarecare modificare în ceea ce privește conținutul lor.

CAPITOLUL 8: CONCLUZII

Se poate observa că ideile delirante au teme și conținuturi variate, unele dintre ele neputând fi încadrate în tipurile descrise anterior. Acestea par a pune stăpânire pe viața pacientului și uneori el își adaptează comportamentul la ele și întreprinde acte care nouă ni se par bizare, dar care pentru el sunt firești. Ideile delirante își pot modifica conținuturile la persoanele care aparțin aceleiași societăți într-o perioadă mai îndelungată de timp. S-a observat că există tipuri de idei delirante care-și păstrează conținutul constant în timp, cum ar fi ideile delirante mistice sau ideile delirante somatice. De asemenea există și idei delirante ale căror teme se modifică pe parcursul anilor, de exemplu ideile delirante de persecuție. În cazul altor idei, singurul lucru care diferă este frecvența cu care acestea apar la pacienții din trecut și la cei din prezent (ideile delirante mistice).

În cadrul aceleiași societăți există mentalități diferite și convingeri care sunt considerate de unii oameni drept ciudate, bizare și de alții ca normale, obișnuite. În societatea noastră, în mediul rural ideile legate de farmece fac parte din viața cotidiană a oamenilor, ei apelând chiar la babe, vrăjitoare sau preoți ca să le dezlege atunci când consideră că li s-au făcut. În mediul urban oamenii nu prea cred în aceste lucruri și le privesc cu oarecare reticență sau indiferență când aud vorbindu-se despre ele.

Există diferențe și în modul de gândire al oamenilor cu studii superioare, față de cei cu studii elementare. Acest lucru se poate repercuta și asupra formării ideii delirante: cei care au o pregătire mai scăzută au idei delirante mai simple, legate de oameni și întâmplări din viața cotidiană, pe când cei cu o pregătire superioară pot elabora sisteme delirante mai complexe.

Însă variația ideilor delirante dintr-o societate este mai mică decât aceea dintre două societăți și două culturi diferite. Fiecare țară și cultură are anumite norme sociale respectate de membrii săi. Toate ideile și convingerile care se abat de la ele sunt considerate sau etichetate drept anormale și sancționate ca atare. De exemplu, credințele religioase privind unele practici (în special cele legate de vrăjitorie și ocultism) mai puțin agreate de țările civilizate, se practică, sunt puternic menținute și respectate de unele populații.

Faptul că nu s-au observat diferențe semnificative la toate tipurile de idei delirante se poate explica prin aceea că pacienții aparțin aceleiași culturi și civilizații și poate pentru

că perioada de timp de 14-15 ani dintre ei a fost prea mică pentru a determina o schimbare majoră în cadrul unei societăți.

Odată cu progresul tehnologic și cu apariția unor noi personalități în planul politic și monden, se schimbă și conținuturile ideilor delirante, adaptându-se la ele și adoptând noii termeni apăruiți.

Cel mai bine ar fi putut fi observate variațiile dintre temele delirante dacă s-ar fi efectuat un studiu între pacienții aparținând a două culturi sau societăți diferite, sau pacienții aceleiași societăți, dar din secole diferite (sau să fie între ei o diferență de cel puțin 50 de ani).

Cultura, anturajul, schimbările sociale ocupă un loc important în formarea conținutului delirant, în acesta regăsindu-se multe teme specifice unei perioade istorice sau a unui popor.

BIBLIOGRAFIE :

1. **Ahmed, H.; Naeen, S.**, First rank symptoms and diagnosis of schizophrenia in developing countries, în *Psychopatology*, 1984, p.275-279
2. **Arieti, S.**, American handbook of psychiatry, volume one, Basic Books inc. Publishers, New York, 1969, p.556-559
3. **Birch Ann, Hayward Sheila**, Diferențe interindividuale, Editura tehnică, București, 1999, p.177
4. **Bruno, B.J.**, The family mental health encyclopedia, John Wiley & sons inc., 1991, p.88
5. **Charlton, B.**, Psychiatry and the human condition, Oxford: Radcliffe Medical Press, 2000, p.486
6. **Cheng A.**, Case definition and culture: are people all the same?, în *The british Journal of psychiatry*, Published by Royal College of Psychiatrists, july 2001, vol. 179, p.1-3
7. **Chowdhury, A.N.**, Medico-cultural cognition of koro epidemic: an ethnografic study, în *Journal of the Indian Anthropological Society*, p.155-170
8. *The Colombia Encyclopedia*, Sixth Edition, 2001, p.345
9. **Comas-Diaz Lillian, Griffith E.E.H., Wiley A.**, Clinical guidelines in cross-cultural mental health, JohnWiley&sons, New York Chichester Toronto Brisbane Singapore, 1988, p.88
10. **Dell Orto A., Marinelli R.**, Encyclopedia of disability and rehabilitation, MacMillian Library reference USA Simon&Schuster MacMillian, New York, 1995, p.59
11. **DSM-IV** Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale, ediția a patra, Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 1994, p.109,119,248-249,259-282
12. **Enăchescu C.**, *Tratat de psihopatologie*, Editura Tehnică, București, 2000, p.339-340, 350-356
13. **Ey H.**, *Schizophrenie-Etudes cliniques et psychopathologiques*, Edite par Synthelabo, 1996, p.39
14. **Ey H., Bernard P., Brisset Ch.**, *Manuel de psychiatrie*, 6e edition, Mason, Paris Milan Barcelone Mexico, 1989, p.128,245

15. **Favazza A., Oman Mary**, Antropological and cross-cultural themes in mental health, University of Missouri Press, Columbia&London, 1977, p.143
16. **Ford-Martin Paula Anne**, Gale Encyclopidia of Medicine, Gale Research, 1999
17. **Foucault, M.**, Boala mentală și psihologie, Ed. Amarcord, Timișoara, 2000, p.9
18. **Friedmann C.**, Psihiatrie, Ex Ponto, 2000, p.68-71
19. **Fujimori, H.; Zhan Pei, Z.; Kizaki, Y.; Zheng-Ji, C.**, Wahn und Gesellschaft in Japan und China in transkulturell-psychiatrischer Sicht, în Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 1987, p.323-334
20. **Gelder, M., Gath D., Mayou R.**, Tratat de psihiatrie Oxford, ediția a II-a, Asociația Psihiatrilor Liberi din România, Geneva Initiative Publishers, 1994, p.257-260
21. **Georgescu Marie**, Psihiatrie – Ghid practic, Editura Național, 1998, p.26-28,150
22. **Goldberg, R.J.**, Ghid clinic de psihiatrie, Editura All, București, 2001, p.98
23. **Gorgos C.**, Vademecum în psihiatrie, Editura Medicală, București, 1985, p.78-81,498-505
24. **Gorgos C.**, Dicționar enciclopedic de psihiatrie, volumul I, Editura medicală, București, 1987, p.705
25. **Gorgos C.**, Dicționar enciclopedic de psihiatrie, volumul II, Editura medicală, București, 1988, p. 402-403
26. **Gorgos C.**, Dicționar enciclopedic de psihiatrie, volumul III, Editura medicală, București, 1989, p.374-377
27. **Guarnaccia, P.J.; Rogler, L.H.**, Research on culture-bound syndromes, în American Journal of Psychiatry, 1999, p.1322-1327
28. **Hollweg, M.G.**, Locura, cultura y magia, Fundacion Centro de Salud Mental, Santa Cruz, 1991, p.57
29. **Hollweg, M.G.**, Principales sindromes psiquiatricos culturales in Bolivia, în Salud Mental, 1994, p. 5-11
30. **ICD-10** Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Simptomatologie și diagnostic clinic, Editura All, București, 1998, p.73-79,105-127
31. **Ilechukwu, S.T.C.**, Magical penis loss in Nigeria: report of a recent epidemic of a koro like syndrome, în Transcultural Psychiatric Research Review, 1992, p. 91-108
32. **Ionescu G.**, Psihiatrie clinică, Univers enciclopedic, București, 2000, p.32,72-74

33. **Ionescu Ș.**, Paisprezece abordări în psihopatologie, Editura Polirom, Iași, 1998, p.101-107,115,121,188
34. **Jablensky, A.; Sartorius, N.; Ernberg, G.; Anker, M.; Korten, A.; Cooper, J.E.; Day, R.; Bertelsen, A.**, Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different countries, Cambridge University Press, Cambridge, 1992, p.74
35. **Jilek, W.G.**, Emil Kraepelin and comparative sociocultural psychiatry, în European Archives of psychiatry and clinical neurosciences, 1995, p. 231-238
36. **Jilek, W.G.**, Culturally related syndromes, Chapter 4.16 in: Gelder, M.G.; Lopez-Ibor, J.J.; Andreasen, N. (eds.) New Oxford Textbook of Psychiatry. Vol.1. Oxford University Press: Oxford; 2000, p.1061 –1066
37. **Jilek, W.G.; Jilek-Aall, Louise**, Kulturspezifische psychische Storungen, Chapter 14 in: Helmchen, H.; Henn, F.; Lauter, H.; Sartorius, N (eds.) Psychiatrie der Gegenwart. Vol.3: Psychiatrie spezieller Lebenssituationen, Springer, Berlin-Heidelberg, 2000, p.130
38. **Kaplan, H.I.; Sadock B.J.**, Comprehensive textbook of psychiatry, seventh edition, volume one, Lippincott Williams & Wilkins, 2000, p.150-160
39. **Katz, M.; Marsella, A.; Dube, K.C.; Olatawura, M.; Takahashi, R.; Nakane, Y.; Wynne, L.C.; Gift, T.; Brennan, J.; Sartorius, N.; Jablensky, A.**, On the expression of psychosis in different cultures: Schizophrenia in an Indian and in a Nigerian community, în Culture, Medicine and Psychiatry, 1988, p.331-355.
40. **Keh-Ming, L.; Cheung Freda**, Mental Health Issues for Asian Americans, în Psychiatric Services, June 1999, p.774-780
41. **Kim, Kwang-iel; Li, D.; Jiang, Z.; Cui, X.; Lin, L.; Kang, J.J.; Park, K.K.; Chung, E.K.; Kim, C.K.**, Schizophrenic delusions among Koreans, Korean-Chinese and Chinese: A transcultural study, în The International Journal of Social Psychiatry, 1993, p.190-199.
42. **Kimura, B.**, Zwischen Mensch und Mensch, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.,1995, p.48
43. **Kirmayer, L.J.**, The place of culture in psychiatric nosology: taijin kyofusho and DSM-III-R. Journal of Nervous and Mental Disease. 179, 1991,p.19-28

44. **Kraepelin, E.**, Vergleichende Psychiatrie, Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 27, 1904, p.433-437
45. **Lee, S.H.; Shin, Y.C.; Oh K.S.**, A clinical study of social phobia for 10 years, în Journal of the Korean Neuropsychiatric Association, 1994, p.305-312.
46. **Maslowsky, J.**, Pathoplastic influences on symptoms of schizophrenia: A comparative study in Libya and Malta, în Acta Psychiatrica Scandinavica. , 1986, p.618-623.
47. **Minkowski, E.**, Schizofrenia, Editura Iri, București, 1999, p.82
48. **Munro, A.**, Delusional (paranoid) disorders, în Canadian Journal of Psychiatry, 1988, p.399-404
49. **Murphy, H.B.M.**, Comparative Psychiatry, Springer, Berlin - Heidelberg - New York, 1982, p.37
50. **Ndetei, D.M.**, Psychiatric phenomenology across countries: constitutional, cultural, or environmental?, în Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum, 1988, p.33-44.
51. **Ndetei, D.M.; Vadher, A.**, Frequency and clinical significance of delusions across cultures, în Acta Psychiatrica Scandinavica, 1984, p.73-76.
52. **Nica-Udangiu Lidia**, Aprecieri critice asupra unei taxonomii particulare: idei delirante bizare/idei delirante nonbizare, în Revista română de psihiatrie, pedopsihiatrie, psihologie medicală, Asociația Medicală Română, Asociația psihiatrilor din România, 1995, p.3-5
53. **Opjordsmoen, S.**, Long-term course and outcome in delusional disorders, în Acta Psychiatrica Scandinavica, 1988, p.576-586
54. **Oquendo, M.**, Differential diagnosis of ataque de nervios, în American Journal of Orthopsychiatry, 1994, p.60-65.
55. **Paris, J.**, Dhat: the semen loss anxiety syndrome, în Transcultural Psychiatry Research Review. 29, 1992, p.109-118.
56. **Pfeiffer, W.M.**, Transkulturelle Psychiatrie, 2nd rev.edn, Thieme: Stuttgart -New York, 1994, p.26
57. **Postel, J.**, Dicționar de psihiatrie, Editura Univers enciclopedic, București, 1998, p.159-166
58. **Predescu V.**, Psihiatrie, volumul I, Editura Medicală, București, 1989, p.153-167,269-270,787-795

59. **Predescu V., Nica-Udangiu Șt., Nica-Udangiu Lidia**, Urgențe în psihiatrie, Editura Medicală, București, 1983, p.216-217
60. **Prelipceanu D., Mihailescu R., Teodorescu R.**, Tratat de sănătate mintală, volumul I, Editura Enciclopedică, București, 2000, p.81-82
61. **Prince, R.**, The concept of culture - bound syndromes: anorexia nervosa and brain fog, în *Social Science and Medicine*. 21, 1985, p.197-203.
62. **Rubel, A.J.; O'Neil, C.W.**; Collado, R, The folk illness called susto, în: Simons, R.C.; Hughes, C.C. (eds.) *The Culture-bound Syndromes*, Reidel,Dordrecht; 1985, p.333-350.
63. **Sartorius, N.; Jablensky, A.; Korten, A.; Ernberg, G.; Anker, M.; Cooper, J.E.; Day, R.**, Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures, în *Psychological Medicine*. 16, 1986, p.909-928.
64. **Simons, R.C.**, The resolution of the latah paradox, în *Journal of Nervous and Mental Disease*. 168, 1980, p.195-206.
65. **Simons, R.C.**, Latah II - problems with a purely symbolic interpretation, în *Journal of Nervous and Mental Disease*. 171, 1983, p.168-175.
66. **Simons, R.C.**, *Boo ! Culture, Experience and the Startle Reflex*, Oxford University Press, Oxford - New York, 1996
67. **Trujillo M.**, Cultural Psychiatry, În: *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (H.I. Kaplan, B.J. Sadock, eds.), Lippincott Williams & Wilkins, 2000, p.256-260
68. **Tseng, Wen-Shing; Mo, K.M.; Hsu, J.; Li, L.S.; Ou, L.-W.; Chen, G.-Q.; Jiang, D.-W.**, A sociocultural study of Koro epidemics in Guangdong, China, în *American Journal of Psychiatry*. 145, 1988, p.1538-1543.
69. **Vaschide N., Vurpas C.**, în *Revista română de psihiatrie, pedopsihiatrie, psihologie medicală*, Asociația medicală română, Asociația psihiatrică română, 2/1994, p.83-84
70. **Villasenor Bayardo, S.J.**, El concepto de la "bouffee delirante" dentro de las clasificaciones de las enfermedades mentales, în *Revista del Residente de Psiquiatria Mexico*, 1993, p.26-30
71. **Winzeler, R.L.**, *Latah in Southeast Asia: The Ethnography and History of a Culture Bound Syndrome*, Cambridge University Press, New York, 1995, p.29

ANEXA 1: SCALA DE APRECIERE A SIMPTOMELOR PRODUCTIVE (POZITIVE)

- SAPS - (N.C.Andreasen)

Fișă rezumativă de cotare

Se cotează: 0 = absent
1 = discutabil
2 = lejer
3 = mediu
4 = important
5 = sever

HALUCINAȚII

1. Halucinații auditive
2. Comentarii ale actelor și gândurilor
3. Halucinații “de conversație” (mai multe voci vorbind între ele)
4. Halucinații somatice sau tactile
5. Halucinații olfactive
6. Halucinații vizuale
7. Evaluarea globală a halucinațiilor (durată, severitate, influență asupra comportamentului)

IDEI DELIRANTE

8. Idei delirante de persecuție
9. Idei delirante de gelozie
10. Idei delirante de culpabilitate
11. Idei delirante de grandoare
12. Idei delirante religioase
13. Idei delirante somatice
14. Idei delirante de relație
15. Idei delirante de influență
16. Idei delirante de lectură a gândurilor
17. Idei delirante de divulgare a gândurilor

18. Idei delirante de impunere a gândurilor
19. Idei delirante de furt al gândurilor
20. Evaluare globală (durată, persistență, răsunset asupra vieții bolnavului)

COMPORTAMENT BIZAR

21. Îmbrăcăminte și prezentare
22. Conduită socială și sexuală
23. Comportament agresiv sau agitat
24. Comportament repetitiv sau stereotip
25. Evaluare globală (devianța comportamentului de la normele sociale)

TULBURĂRI NON-DEFICITARE ALE GÂNDIRII NORMALE

26. Slăbirea asociațiilor
27. Tangențialitate
28. Incoerență
29. Gândire illogică
30. Folosirea perifrazelor
31. Logoree
32. Distractibilitatea discursului
33. Asociații prin asonanță
34. Evaluare globală (frecvența și influența asupra capacității de a comunica)

ANEXA 2: SCALA DE APRECIERE A SIMPTOMELOR DEFICITARE (NEGATIVE)

-SANS- (N.C. Andreasen)

Fișă rezumativă de cotare

Se cotează: 0 = absent
1 = discutabil
2 = lejer
3 = mediu
4 = important
5 = sever

RETRAGERE SAU SĂRĂCIE AFECTIVĂ

1. Expresie imobilă (rigidă) a feței
2. Diminuarea motilității spontane
3. Sărăcia expresiei gestuale
4. Sărăcia contactului vizual
5. Absența răspunsurilor afective
6. Afect inadecvat, sau sărac, tocit
7. Monotonia vocii
8. Evaluare globală a sărăciei afective (importanță particulară: absența reactivității, diminuarea globală a trăirilor emoționale, inadecvarea)

ALOGIE

9. Sărăcia discursului (cantitativ)
10. Sărăcia conținutului discursului (a ideilor)
11. Baraje
12. Creșterea latenței răspunsurilor
13. Evaluare globală (particular: sărăcia discursului și a conținutului său)

AVOLIȚIE-APATIE

14. Toaletă-igienă personală
15. Lipsă de preocupare pentru activitatea profesională (școlară)
16. Anergie fizică
17. Evaluare globală (particular: oricare simptom – îndeosebi două asociate)

ANHEDONIE - RETRAGERE SOCIALĂ

18. Interese și activități de loisir
19. Interese și activități sexuale
20. Incapacitatea de a trăi relațiile intense sau intime
21. Relațiile cu prietenii și colegii
22. Evaluare globală (oricare simptom, ținând cont de vârstă, sex, statut familial și social)

ATENȚIE

23. Inatenție în activitățile sociale
24. Inatenție în timpul examinării
25. Evaluare globală

ANEXA 3

Chi-Square Test Frequencies

Idei delirante de influență

	Observed N	Expected N	Residual
1	46	46.0	.0
Total	46		

Idei delirante depresive

	Observed N	Expected N	Residual
1.00	35	14.1	20.9
2.00	29	14.1	14.9
3.00	20	14.1	5.9
4.00	11	14.1	-3.1
5.00	1	14.1	-13.1
7.00	2	14.1	-12.1
8.00	1	14.1	-13.1
Total	99		

Idei delirante expansive

	Observed N	Expected N	Residual
1.00	20	9.7	10.3
2.00	7	9.7	-2.7
3.00	2	9.7	-7.7
Total	29		

Test Statistics

	Idei delirante depresive	Idei delirante expansive
Chi-Square	84.343	17.862
df	6	2
Asymp. Sig.	.000	.000

T-TEST

Group Statistics

TIP	N	Mean	Sdt. Deviation	Std. Error Mean
Depressive nou	51	2.6667	1.6330	.2287
vechi	48	1.8333	.8833	.1275
Expansive nou	22	1.5000	.6726	.1434
vechi	7	1.0000	.0000	.0000
Influență nou	28	1.00	.00	.00
vechi	18	1.00	.00	.00

Independent Sample Test

Levene's test for
Equality of variances t-test for equality of means

	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95%confidence interval of difference	
								lower	upper
Depressive equal variances asumed equal variances not assumed	10.537	.002	3.130	97	.002	.8333	.2662	.3049	1.3617
			3.183	77.907	.002	.8333	.2618	.3121	1.3546
Expansive equal variances asumed equal variances not assumed	27.535	.000	1.942	27	.063	.5000	.2574	-2.82E-02	1.0282
			3.484	21.000	.002	.5000	.1434	.2018	.7982