

ON THE RATIONALITY OF DELUSIONAL DISCOURSE

Lucian Ile (1,2), Psychologist, Dr., Cosmin Popa (1,3), Psychologist, Dr., Claudia Pop (1), Psychologist, Cristina Bredicean, Dr. (1, 2, 4); 1: The MARA Institute; 2: The Psychiatric Clinic "Eduard Pamfil" of Timișoara; 3: University of Medicine and Pharmacy, Tîrgu-Mureș; 4: "Victor Babeș" University of Medicine and Pharmacy, Timișoara

Abstract: Background: There is a wide interdisciplinary debate on the rationality of the delusional discourse as a psychopathological phenomenon, starting from two directions: the definition of delusional mental construction and the similarity / distinction made between "normal" beliefs and delusion.

Objective: To emphasize interdisciplinary aspects related to delusional psychopathology.

Results: There are ways that leave open the definition and rationality of delusions, and the distinction between delusion and belief.

Conclusions: Interdisciplinary dialogue can find ways of enrichment and refinement of knowledge in psychopathology.

Keywords: delusion, belief, rationality, interdisciplinary dialog

Introducere

Abordările interdisciplinare nu sunt o noutate, deși, în unele domenii, rămân manifestări izolate, cu un potențial puțin valorificat.

În istoria psihopatologiei, la sfârșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului al XX-lea au existat momente în care progresul științific și cel al gândirii, în general, au permis momente de confluență conceptuală, astfel că psihopatologia, o disciplină în plină constituire, se poate apropia de nașterea ei propriu-zisă. Deja amprentată de filosofie, din care însăși psihologia ca domeniu particular s-a desprins la finalul secolului al XIX-lea, psihopatologia pare să fie rodul interdisciplinarității epocii respective, în care studiul patologiei mentale era puternic influențat de progresele medicinei, cu precădere de cele din neurologie, dar și de antropologie, de filosofie, mai cu seamă de fenomenologia aflată într-o etapă fecundă și, nu în ultimul rând, de nou-apăruta psihanaliză. Astfel că, în 1913, Karl Jaspers, medic psihiatru, dar și filosof, semnează actul oficial de naștere a psihopatologiei, odată cu celebra lucrare „Psihopatologie generală”, lucrare în care se pun bazele disciplinei și în care se depășesc limitele modelului medical al bolii psihice.

După o primă etapă, în care psihopatologia cunoaște o dezvoltare nuanțată, cu direcții și hermeneutici multiple, în mod paradoxal, după al doilea război mondial, tendința este una de unificare subordonată modelului medical, tendință justificată de nevoia de comunicare și de universalizare. Tot în mod paradoxal, progresul științific a întărit această tendință, astfel că, în plin secol al XX-lea, noul model, de tip neo-kraepelinian (de la Emil Kraepelin, psihiatru german care a oferit, la începutul secolului al XX-lea, o abordare modernă a maladiei mentale), reafirmă și revalorizează modelul medical al nebuniei, studiul descriptiv al entităților clinice distincte, precum și al evoluției maladive. Rezultatul este un esperanto

psihiatric, noua nosologie, cu clasificări categoriale, cu repere criteriologice, concretizată în manualele diagnostice și statistice de tip DSM (Manualul Diagnostic și Statistic) sau ICD (Clasificarea Internațională a Maladiilor), girate de două instituții prestigioase: Asociația Psihiatrică Americană și Organizația Mondială a Sănătății. Astfel că abordările fundamentale (psihanalitică, fenomenologică, experimentală, comportamentală, cognitivă, socială etc.) în psihopatologie au devenit modalități alternative, uneori subversive, păstrându-și caracteristicile particulare, dar evoluând, pare-se, împreună cu modelul „oficial” și oferind resurse deosebite pentru evaluare și intervenție, așadar susținând, cu precădere, latura clinică a psihopatologiei.

Tendința respectivă, tot în contextul progresului științific în ansamblu și cel al cercetării specifice, în particular, cunoaște tot mai multe presiuni în direcția modificării modelului categorial (de-a dreptul procustian) de diagnostic. Primul moment are loc în 1980, odată cu apariția DSM–III, când se renunță la modelul puternic influențat de abordarea biologică și cea psihodinamică, în favoarea unui model ateoretic, descriptiv, efort continuat în revizuirea ulterioară din DSM–III–R, efort exprimat mai nuanțat în diagnosticul multi-axial din DSM–IV și DSM–IV–TR și în încercarea de a împăca perspectiva categorială cu perspectiva continuă din elaborarea DSM–5, încercare eșuată. Între timp, o serie de autori venind dinspre domenii diferite (neuroștiințe, fenomenologie, filosofie cognitivă etc.) sporesc subversivitatea, punând la îndoială delimitările unor patologii sau concepte specifice.

Interesant este că unele patologii psihice au o istorie și cunoscircumscieri care reflectă însăși această evoluție istorică a psihopatologiei. Exemplară, în acest sens, este istoria conceptuală a delirului.

Delirul

Conform DSM-IV-TR, ideile delirante sunt convingeri eronate care implică o interpretare falsă a percepțiilor și a experiențelor, iar potrivit DSM-5, delirurile sunt credințe / convingeri fixe care nu pot fi schimbate în pofida evidenței, presupunând o varietate de teme sau conținuturi (de exemplu: de persecuție, de grandoare, de referință, somatice, religioase sau de grandoare). [1,2]

Ideile delirante pot fi considerate bizare sau non-bizare. Cele bizare presupun lipsa plauzibilității, a comprehensibilității și faptul că nu sunt raportate la experiențe comune. Ideile delirante non-bizare presupun un conținut și o articulare a acestuia mai apropiate de tărâmul experiențelor comune. Un exemplu ar fi acela în care o persoană are convingerea că este urmărit de diverse personaje individuale sau colective (un criminal sau poliția). Ideile non-bizare sunt atribuite, diagnostic, mai degrabă tulburărilor non-schizofrene, cum ar fi tulburările delirante. De asemenea, în delirul secundar trăirilor afective, regăsim idei congruente cu dispoziția (a căror tematică este în consonanță cu trăirea afectivă – de exemplu, delirul de vinovăție sau cel de nimicnicie din depresia psihotică sau ideile delirante de grandoare din mania psihotică)

Delir și rațiune

Ile et al. (2011) prezintă succint istoria delirului în legătură cu rațiunea.[3] Autorii menționează că experiențele delirante sunt cunoscute din timpuri străvechi. Ele erau considerate, cum, în general, era considerată suferința psihică, drept influențe ale supra-

naturalului, fie intervenții de sorginte demoniacă, fie consecințe ale abandonului sau sancțiunii divine. Acest punct de vedere s-a lovit de punctul de vedere naturalist al școlii hipocratice, a cărei teorie umorală, deși reduționistă și insuficient fondată, a avut o influență puternică și îndelungată. În sens strict medical, concepția antică greacă, difuzată mai târziu în lumea romană și apoi în cea arabă, s-a perpetuat relativ stabil, fără mari modificări, până în secolul al XIX-lea.

Important a fost și caracterul holistic al abordării medicale, dar semnificativă a fost și influența filosofiei antice grecești și latine (mai ales textele platoniciene, aristoteliene și cele stoice), în care apare o dezbateră asupra intelectului / rațiunii și o distincție între rațional și irațional. Nebunie era văzută ca o ieșire din cadrul rațiunii. La nivel manifest, până în secolul al XIX-lea, experiențele delirante constau în erori de judecată. De exemplu, pentru John Locke, reprezentant major al filosofiei empiriste, rațiunea este cea care menține o conexiune naturală a ideilor, dar în afara acesteia pot exista și alte tipuri de conexiune între idei fără legătură, prin întâmplare sau obișnuință, impresii puternice sau fixare a imaginației, astfel încât rezultă idei incoerente. [4] Cu alte cuvinte, rațiunea rămâne intactă, produsele (erorile) ei depind de „materialul” prelucrat.

Berrios (1997) identifică și alte încercări de circumscriere a delirului.[4] Astfel, modelul asociaționist al delirului este regăsit și la Cullen, acesta considerându-l o asociație neobișnuită de idei, judecăți eronate, precum și la Pinel, care, ca și Locke, e convins de faptul că, în nebunie, facultatea de judecată este normală, erorile avându-și originea în materialul asupra căruia se aplică operațiile de judecare. Jacques J. Moreau de Tours susține că oamenii sunt susceptibili de a forma asociații greșite de idei, dar nu toți permit să fie ghidați de ele. A.J. Landre – Beauvais vede delirul ca pe o modalitate pervertită de înțelegere, Joseph Guislain vede în delir o aberație notabilă a rațiunii, o eroare cronică a concepțiilor și o tulburare a ideilor cu care pacientul nu poate lupta sau nu o poate opri și în care privește ca pe o realitate fantomele propriei imaginații. Jules G.F. Baillarger, afirmă că pacientul percepe normal, dar interpretează senzațiile și percepțiile într-o manieră particulară, realizând o falsă judecată și dezvoltând ideile delirante cu ocazia trăirii unei senzații normale. În 1903, Vaschide și Vurpas definesc delirul ca tulburare a judecății. [4]

Jaspers (1997) afirmă că delirurile pot să se manifeste numai în procesul gândirii și al judecării, dar se face o vagă aplicație la orice tip de judecăți false ce prezintă următoarele caracteristici externe:

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

Jaspers face o distincție majoră în ce privește *forma* și *conținutul* fenomenelor psihice. Formele fenomenelor psihice (percepții, idei, imagini mentale, sentimente, conștiința de sine etc.) denotă modul particular de existență în care ne este prezentat conținutul. Pornind de la distincția dintre *subiect* și *obiect*, elemente prezente în toate experiențele psihice, Jaspers menționează că elementul obiectiv conceput în sensul cel mai larg este reprezentat de conținut, iar modul în care subiectul este prezentat cu obiectul reprezintă forma. Din acest punct de vedere, credințele „normale” și delirurile pot fi considerate identice ca și formă, diferența fiind dată doar de conținut, conținutul delirurilor fiind neconcordant cu realitatea.[5]

Ideile lui Jaspers au influențat definiția actuală a delirului, definiție numită și *doxastică*.

Doxastică vine de la termenul din greaca veche *doxa* (δόξα / δοξασία), care înseamnă credință, convingere. Embree (2007) susține că există o tradiție majoră a gândirii (cu descendență din gândirea platoniciană – n.n.), în care credința (*doxa*) este opusă cunoașterii (*episteme* – în greaca veche: ἐπιστήμη), care semnifică credința justificată. [6]

Perspectiva doxastică pare să fie una binară (ori crezi, ori nu crezi), aplicabilă, așadar și convingerilor „normale”. Dar este adecvată această constrângere binară? Nu cumva este prea simplificatoare, atât de simplificatoare încât conceptul de delir pierde din specificitate? Nu cumva ideea de corespondență cu realitatea e înșelătoare?

Chiar dacă există consistență cu DSM-IV-TR când se menționează că ideea delirantă este o credință / convingere falsă bazată pe o inferență incorectă despre realitatea externă, care este susținută ferm în pofida a ceea ce aproape oricine altcineva crede și în pofida a ceea ce constituie dovada sau evidența clară și incontestabilă a contrariului, în DSM-5 se face un pas în plus, necesar adecvării. Mai întâi, definiția standard a ideilor delirante – credințe / convingeri fixe care nu pot fi schimbate în pofida evidenței, presupunând o varietate de teme sau conținuturi – înlocuiește termenul “eronate” din DSM-IV-TR cu “fixe”. De asemenea, se menționează că distincția dintre delir și o idee puternic susținută este, uneori, dificil de făcut și depinde, în parte, de gradul de convingere cu care este susținută credința, în pofida unei evidențe contradictorii clare sau rezonabile referitoare la adevărul ei. Ori, aceasta nu obligă la existența unei dovezi clare și, mai mult, nu poate fi făcută net distincția dintre convingerile delirante și credințele iraționale.

O analiză a apartenenței doxastice a delirului este efectuată de Bortolotti în una dintre cele mai interesante monografii asupra delirului: „*Delusions and other irrational beliefs*”, apărută la Oxford University Press, în 2010. De pe poziție filosofică (Lissa Bortolotti predă filosofia științelor cognitive la Birmingham), autoarea apelează la constrângerea a trei tipuri de raționalitate și la cinci categorii de argumente care pot infirma teza doxastică.

Cele trei tipuri de raționalitate la care apelează autoarea sunt [7]:

1. *Raționalitatea procedurală*: nu putem atribui credințe / convingeri unor subiecți care fac greșeli evidente în raționamentul deductiv sau nu reușesc să se supună regulilor inferențiale de bază care guvernează relațiile dintre credințe și alte stări intenționale. Pentru a vedea cum poate fi încălcat un astfel de tip de constrângere rațională, putem să ne imaginăm, de exemplu, un pacient cu delir de urmărire poate să creadă că fiecare mașină de culoare albastră este condusă de cineva care îi vrea răul și că nu poate avea încredere decât în membrii familiei. Pus în față cu faptul că și mașina familiei este albastră și că el însuși o conduce uneori, pacientului poate să aibă ezitări în afirmarea credinței, dar după aceea să își păstreze convingerea, argumentând că aceasta nu se aplică familiei și că e o coincidență sau poate chiar un motiv pentru care este urmărit doar de oameni în mașini albastre.

2. *Raționalitatea epistemică*: furnizează norme care guvernează formarea, menținerea și revizuirea credințelor / convingerilor, astfel că presupune că orice credință trebuie să fie întemeiată, justificată suficient. Un exemplu de apel la un astfel de constrângere rațională îl face perspectiva doxastică oficială, care consideră delirul o convingere, falsă sau fixă, rigidă, de nezdruncinat, insuficient întemeiată etc.

3. *Raționalitatea agențială* – vizează manifestările comportamentale care susțin credințele, adecvarea comportamentului în direcția susținerii credințelor în circumstanțe potrivite, cu argumente pertinente prin justificare sau deliberare. Exemple de sfidare a acestui tip de constrângere rațională sunt întâlnite în dubla contabilitate tipică parafreniei sau aferență unor fenomene cognitive de tipul disonanței sau dublului standard.

Cele cinci categorii de argumente invocate de autoare, care pot surpa teza doxastică a delirului, sunt [7]:

1. *Integrare defectuoasă*: în măsura în care delirul nu respectă raționalitatea procedurală, nu este credință / convingere. Pacienții cu delir acceptă convingeri incoerente sau inconsistente cu alte idei sau credințe, iar dacă sunt puși în fața unor dovezi rezonabile ale incoerenței și inconsistenței, nu își modifică respectivele credințe / convingeri.

2. *Lipsa suportului*: în măsura în care delirul nu respectă raționalitatea epistemică, nu este credință / convingere. Pacienții cu delir își argumentează insuficient ideile delirante, lipsesc dovezile solide care ar putea oferi credibilitate.

3. *Lipsa de responsivitate la evidență*: în legătură tot cu constrângerea raționalității epistemice, pacienții cu delir, puși în fața unor dovezi incontestabile, nu își modifică credințele delirante.

4. *Eșecul controlului acțiunii*: în măsura în care delirul nu respectă raționalitatea agențială, nu este credință / convingere. Deseori, pacienții cu delir manifestă inconsistență a acțiunilor cu conținutul ideilor delirante.

5. *Eșecul oferirii de argumente*: to în legătură cu constrângerea raționalității agențiale, pacienții cu delir nu susțin suficient, cu argumente solide, conținutul ideilor delirante.

Autoarea analizează respectivele tipuri de raționalitate și argumentele aferente, constatând că în multe puncte, ideile delirante seamănă cu credințele iraționale. Într-adevăr, putem avea de a face și cu convingeri care sunt ferme, nu sunt bine integrate în ansamblul convingerilor, nu sunt suficient explicate și justificate, nu sunt flexibile și nu sunt susținute cu acțiuni sau cu argumente solide consistente cu conținutul și, totuși, să nu avem de a face cu delirul. De exemplu, mintea noastră poate opera într-un cadru non-patologic cu dublul standard sau cu disonanța cognitivă; sau suntem în stare să justificăm și să susținem circular vicios opinii diverse. Avem, de asemenea, de a face, în practica clinică, cu simptomatologie – obsesivă, depresivă, anxioasă etc. – în care convingerile persoanei integrate ideății simptomatice sau aferente comportamentului simptomatic să semene izbitor cu cele delirante (ba, mai mult, persoana să fie conștientă, lucidă, cum se întâmplă în obsesii sau fobii), dar să nu fie vorba, totuși, de delir. Bortolotti afirmă că o definiție a delirului bazată exclusiv pe caracteristici de suprafață ale unei specii epistemice (falsitatea, rezistența la contraargumente, non-justificarea etc.) nu delimitează cu succes delirurile de alte credințe iraționale sau de alte manifestări ale bolii mintale, cum ar fi confabulațiile, obsesiile etc.[7] Iraționalitatea delirurilor nu este diferită de iraționalitatea credințelor cotidiene, delirul se află într-un continuum cu credințele iraționale.[7]

Discuții

Istoria corelației delirului cu rațiunea poate explica, cel puțin parțial, existența perspectivei doxastice și asumarea ei ca punct de vedere oficial, dominant. Aceeași istorie poate, de asemenea, să explice și îndoiala față de această abordare. Punctele de vedere

interdisciplinare pot ordona mai riguros argumentele, permițând, de multe ori, ieșirea din situațiile paradoxale și formulând constrângeri cu caracter pragmatic. Este interesant că influențele conceptuale din diverse direcții de gândire par să fie vechi, permițându-ne să presupunem existența unei interdisciplinarități implicite. Mulți filosofi sau teologi s-au ocupat de nebunie, mulți medici s-au ocupat de filosofie, medicina însăși a integrat, în diverse etape ale evoluției ei, viziuni mai ample decât cea somatică, dominantă în ziua de azi. Interdisciplinaritatea în psihopatologie, fără a fi confundată cu un ecumenism epistemologic ieftin, devine tot mai sistematică și tot mai nuanțată, integrând idei nu doar din ariile ei specifice, dar și din fenomenologie, antropologie, neuroștiințe etc., formulând una dintre cele mai promițătoare oferte, în buna parte ca răspuns la tendințele reduționiste și simplificatoare.

Dezbaterea asupra delirului este reprezentativă pentru dezbaterea, în ansamblu, asupra psihopatologiei. Analiza propusă de Bortolotti în legătură cu raționalitatea discursului delirant este un exemplu de abordare interdisciplinară constructivă, în care, din direcție filosofică, se pune la îndoială delimitarea conceptuală “oficială” a delirului, oferind, astfel, ocazia de a se reflecta mai nuanțat asupra naturii acestui fenomen psihopatologic.

Concluzii

Dialogul interdisciplinar oferă, în mod atractiv, perspective acoperitoare și riguroase, uneori inedite, care pot spori cunoașterea. Ar fi util, pentru universalizarea și pentru mai buna comunicare a conceptualizării din psihopatologie să se admită sprijinul acestui tip de demers și să se ia în considerare nuanțările și ipotezele oferite în cadrul acestuia.

BIBLIOGRAFIE:

- American Psychiatric Association. (2000). *Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale DSM-IV-TR*. Asociația Psihiatrilor Liberi din România.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition. DSM-5*.
- Ile, L., Romoșan, R., Romoșan, F., Bredicean, C., Al Ghazi, L., Papava, I. (2011). *Delusions and beliefs – an endless debate*. Romanian Journal of Psychiatry, vol. XIII, No.1, p.7-12.
- Berrios, G. (1997). *The history of mental symptoms*, Cambridge University Press.
- Jaspers, K. (1997). *General Psychopathology*. The Johns Hopkins University Press.
- Embree, L. (2007). *Analiza reflexivă. O primă introducere în investigația fenomenologică*. Casa Cărții de Știință.
- Bortolotti L. (2010). *Delusions and other irrational beliefs*. Oxford University Press.