

Evidențierea aspectelor clinice ale delirului mistic religios în schizofrenie – Cazuri clinice

Highlights of clinical aspects of mystic religious delirium in schizophrenia – Clinical cases

Rezident Dr. L. TRAIAN, Prof. Dr. V. CHIRIȚĂ, Dr. V. COJOCARU, Prof. Dr. ROXANA CHIRIȚĂ

Spitalul Clinic Universitar de Psihiatrie „Socola”,
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași

REZUMAT

Autorii prezintă relația dintre schizofrenie și religie, pe baza unei recenzii a literaturii și a unor date ale unui studiu despre religiozitate și spiritualitate realizat pe o serie de pacienți cu schizofrenie.

Material și metodă: Studiul a inclus un număr de 15 pacienți adulți de la Spitalul Universitar Clinic de Psihiatrie „Socola”, din Iași.

Rezultate: Acest studiu a relevat faptul că religia nu numai că este importantă pentru persoanele bolnave de schizofrenie, ci și că este relevantă pentru domeniul psihiatriei. Luarea în considerație a religiei și a spiritualității în tratamentul oamenilor care suferă de schizofrenie ar putea reduce patologia acestora, îmbunătăți răspunsul la tratament și grăbi recuperarea lor. Ignorarea acestor aspecte ar putea duce la o atitudine de respingere a spiritualității și a religiei din partea pacienților, pierzând astfel eficiența posibilelor strategii de cooperare și recuperare. Cele mai frecvente cazuri de delir mistic religios au fost întâlnite la pacienții de sex masculin, în timp ce la femei, simptomele au fost asociate cu stări delirante de influență, persecuție și otrăvire.

Cuvinte cheie: schizofrenie, religie, spiritualitate, delir.

ABSTRACT

The authors present the relationship between schizophrenia and religion, on the basis of a review of literature and the data of an ongoing study about religiousness and spiritual coping conducted among patients with schizophrenia.

Material and method: The study included a number of 15 adult patients of “Socola” University Psychiatric Clinic in Iasi.

Results: This study has pointed out that religion is not only important for people with schizophrenia, but that it is also relevant to psychiatry. Considering spirituality and religion in the treatment of people suffering from schizophrenia may help to reduce pathology, enhance coping and foster recovery. Not addressing this issue may lead the patient to dismiss spirituality and religion and thus lose potential coping and recovery strategies. The most frequent clinical issues of mystical religious delirium was found at male patients, while at female patients the symptoms were associated with influence, persecution and poisoning delirium states.

Key words: schizophrenia, religion, spirituality, delirium.

INTRODUCERE

Schizofrenia reprezintă o psihoză gravă care survine la adultul tânăr, de obicei cronică, din punct de vedere clinic caracterizată prin semne de disociere mentală, de discordanță afectivă și de activitate delirantă, incoerentă, care, în general, determină o rupere a contactului cu lumea exterioară și o repliere autistă.

Tratamentul uzual al schizofreniei, bazat pe modelul biopsihosocial, presupune prescrierea de antipsihotice, intervenții psihoterapeutice și sprijin familial și social. Acest tip de terapie însă, nu ia în considerație latura religioasă a pacientului în sensul unei definiții largi a religiozității care se referă atât la spiritualitate, cât și la conduita specific religioasă.

Cel mai greu pas în asistența primară este discernerea între **ideile delirante mistice** și exprimarea unei spiritualități de aceeași natură. Ambele cazuri necesită cunoștințe de filozofie și teologie, în care este riscant pentru medic a se lăsa antrenat. Cu toate acestea, necesitatea unor elemente de discernere este cerută imperativ de obligativitatea existenței unui diagnostic și a unei atitudini terapeutice (în cazul identificării delirului). Cu toate că această necesitate este recunoscută de toți specialiștii, DSM IV nu oferă criterii funcționale la punerea diagnosticului. □

MATERIAL ȘI METODĂ

În prezenta lucrare ne-am propus să identificăm câteva indicii „cheie” care să permită medicilor de familie o justă orientare și opțiune în fața unui pacient cu dezvoltări mistico – religioase.

Evoluția bolnavilor cu schizofrenie de tip mistico-religioasă a fost studiată în cadrul Spitalului Clinic Universitar de Psihiatrie „Socola”, lași asupra

unui lot de 15 cazuri de bolnavi reprezentând 24% din totalul cazurilor diagnosticate cu schizofrenie. Studiul s-a axat pe analiza foilor de observație ale pacienților din punct de vedere clinic.

Metodele de culegere, prelucrare și interpretare a informațiilor au fost clinice, statistice și informatice.

Delirul cu conținut mistic, comparativ cu alte tipuri de delir, este mai rar constat la pacienții de ambele sexe. În evoluția sa, delirul mistic religios este asociat cu alte stări delirante: de persecuție în 32% dintre cazuri, de influență în 30% dintre cazuri, de otrăvire în 20% dintre cazuri și idei hipocondriace în 18% dintre cazuri.

În continuare, vom prezenta rezumatul unor foi clinice mai reprezentative de schizofrenie de tip mistic-religios. □

Caz clinic 1

În **primul caz clinic analizat** avem un pacient, C.D., de sex masculin, în vârstă de 30 de ani, din mediul rural, cu un fiu bolnav psihic, iar ca și antecedente personale putem menționa parotidita, varicela, rujeola și un TCC la vârsta de 17 ani. Prezintă o structură de personalitate de tip schizoid. Părinți fără preocupări biblice. La 18 ani prezintă excitabilitate crescută, insomnie, preocupări pentru religie și declarații că ar putea să plece la mănăstire pentru a stabili **adevărul biblic**. După frecventarea unor lecții cu conținut religios și-a intensificat preocupările pentru religie. Prezenta un comportament inadecvat, încercând antrenarea în aceste activități a mamei și surorii sale. La internare prezintă reacții afective inadecvate, raționament steril, gândire paralogică, incoerentă. Axat asupra temelor religioase, declarând că va rămâne creștin și în continuare pentru a afla „adevărul absolut” și „cuvântul

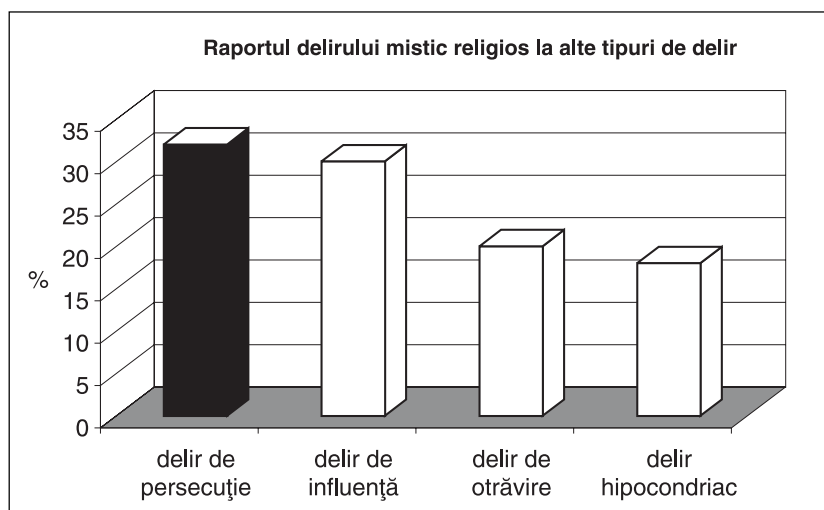


Figura 1. Raportul delirului mistic la alte tipuri de delir

Domnului". Prezintă totodată lipsă de cunoaștere a Bibliei ca sens și ca și conținut. Relatează că ar dori să plece la mănăstire sau la școala pentru preoți. Este preocupat de faptul că va trebui să învețe „mult”. Au loc idei de supraevaluare, declarând episodic că ar fi „trimisul lui Dumnezeu”. Perioada de spitalizare a fost de 10 zile, iar externarea la solicitările rudelor. În timpul internărilor ulterioare, în afara ideilor delirante religioase, pacientul prezenta idei de persecuție, halucinații auditive (vocea lui Dumnezeu), sindrom Kandinski-Clerambault, **idei de supraevaluare**.

ANALIZA CAZULUI

Pacient cu markeri de natură psihiatrică, având un copil bolnav psihic. Trăsături premorbide de tip schizoid. Boala debutează la vârsta de 17 ani, exprimată prin evidențierea trăsăturilor caracteriale schizoide, sindrom de intoxicare metafizică. La etapa de debut a maladiei se constată idei religioase. În continuare apar tulburări de gândire, raționament steril, incoerentă, simptome paralogice, labilitate afectivă și comportament bizar. Având o educație ateică, pacientul propagă și în cadrul familial ideile mistice, solicitând efectuarea exactă a tuturor canoanelor religioase. Paralel cu ideile mistice religioase se conturează și simptome delirante megalomane.

Acest caz întruchipează particularitățile schizofreniei paranoide cu delir mistic religios la bărbații tineri. Conținutul este bizar, fantastic, mistic. Ca regulă, se dezvoltă la persoanele cu **trăsături caracteriale schizoide**, iar debutul bolii se manifestă cu simptome de intoxicație metafizică. Ideile mistice prevalente inițial evoluează către idei delirante, fiind asociate cu **simptome megalomane**, parafrene de grandoare. Conținutul tulburărilor de percepție este la el mistic religios. Delirul mistic este trenant, iar la internările ulterioare se constată evoluție pozitivă în continuare și lipsa de discernământ.

DISCUȚII

La femei, delirul religios este mai rar. De asemenea, mai rar s-a constatat sindromul de intoxicație metafizică în faza de debut a bolii. **Fanatismul religios** nu este o particularitate semnificativă la femeile cu acest tip de delir. În cazul unor asemenea situații, se constată prezența unei educații în stil religios în mediul familial. De aceea, delirul religios s-a manifestat sub forme mai simple, nedesfășurate, în asociere cu stări delirante de influență, persecuție și otrăvire.

Conținutul teologic este, de cele mai multe ori, rudimentar, fără specificări concrete ale personajelor biblice implicate sau modalități concrete de influență a acestor personaje. Mai frecvent, delirul religios la femei este asociat cu idei de influență, pacientii specificând influența „forțelor supranaturale” (1).

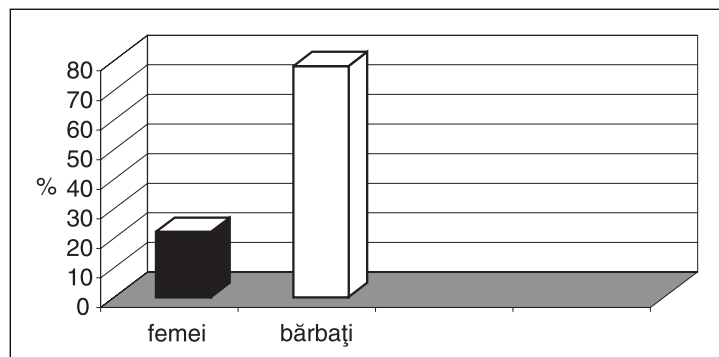


Figura 2. Distribuția cazurilor de delir mistic religios în funcție de sexul pacienților

Comparativ cu delirul mistic religios la bărbați, femeile prezintă simptome cu conținut mai simplist, „acceptabil social”, relatând idei de deposedare biblică, sau „vrăji” (2). Este tipic fenomenul ambivalenței în descifrarea personajelor biblice și contrapunerea eroilor „pozitivi” cu cei „negativi” (3). O altă particularitate constă în prezența tulburărilor afective exprimate prin anxietate sau invers, a unor stări euforice. În cazul tulburărilor afective hipertimice se constată și **idei delirante parafrene**, idei delirante de influență, pacientii declarându-se promotori ai unor „misiuni speciale pe Pământ” atribuindu-și capacitatea de „binefacere globală” sau tratament. **Halucinațiile auditive** la femei au, ca regulă, un conținut preponderent binevoitor și optimist. □

Caz clinic 2

Ilustrativ este cel **de-al doilea caz analizat** în această lucrare. Avem ca subiect o pacientă, M.R., în vârstă de 27 ani, fără antecedente heredo-colaterale și personale patologice. Provine dintr-o familie cu mulți copii și cu tradiții religioase. Prezintă ca trăsături caracteriale specifice senzitivitate, suspiciozitate și sugestibilitate, are studii medii, este căsătorită și are 2 copii. În familie trăiește în relații tensionate cu soțul, acesta făcând abuz de alcool. Se consideră bolnavă de la vârsta de 23 de ani, prezentând cefalee, fatigabilitate, indispoziție, fapt pentru care ar fi avut consultări repetate la internist și neurolog. În lipsa efectului terapeutic, a fost consultată de diferite persoane care practicau **metode paramedicale**. Pleacă pentru muncă la negru în Turcia unde, în urma

unui cutremur, prezintă insomnie, anxietate, halucinații auditive comentatoare și imperative, cu conținut dezaprobat. În continuare, relatează influența unei „forțe străine” care ar fi pus-o să comită **acțiuni necontrolabile**. Presupunerea că ar fi dirijată de forțe supranaturale. Peste câteva zile ar fi auzit o „voce” care i-ar fi comunicat obligativitatea de acceptare a „Sfintei Credințe” pentru a se izbăvi de această influență a forțelor supranaturale. Apăruse convingerea unor capacități terapeutice pe care le-ar poseda citind **mesaje biblice**. Avea un comportament inadecvat, fapt pentru care fusese reținută și deportată din Turcia. În curând este internată în Spitalul Clinic de Psihiatrie, unde prezintă orientare corectă auto și alopsihică, flux ideator accelerat și incoerent, atenția dispersată, tensionare afectivă, suspiciozitate, monologhează, tematica fiind religioasă. Relatează că în Turcia ar fi auzit „voci” care i-ar fi comunicat că este posedată de forțe supranaturale, și este obligată să accepte „Sfânta Credință”. Pentru a scăpa de această influență, s-a tratat timp de 42 de zile. La externare s-a stabilit diagnosticul de schizofrenie paranoidă, sindrom halucinator-paranoid și Kandinski-Clerambault. □

ANALIZA CAZULUI

În analiza cazului trebuie să ținem seama de faptul că pacienta nu prezintă antecedente heredocolaterale, ea având trăsături caracteriale tip dependent și tradiții religioase familiale. Tulburările psihice debutează la vârsta de 22-23 de ani, manifestate cu instabilitate afectivă, hipoactivitate, acuze somatice și lipsă de eficacitate la tratamentul aplicat. Debutul acut a fost inițiat de situația stresantă după cutremur și s-a manifestat cu delir religios asociat cu idei delirante de influență.

Delirul religios e nesistematizat, cu **pseudo-halucinații auditive** de tip imperativ. Este specific tipul ambivalent megalomanic al delirului religios, pacienții relatând influența unor „forțe diametral opuse”. Conținutul delirului este bizar, de aspect cotidian în contextul unei educații nonateice. Delirul mistic religios predomină în tabloul clinic și direcționează comportamentul pacientului. Conținutul tulburărilor de percepție îl reflectă pe cel al ideilor delirante. Sunt prezente, de asemenea, **idei megalomanice și parafrene**.

Cazul expus prezintă particularitățile delirului mistic religios la femei. Se constată mai rar comparativ cu bărbații. La femei, delirul cu conținut religios este mai simplist și mai „explicabil”. Similar bărbaților, se constată tulburări parafrene megalomanice. □

DISCUȚII

Puși în fața unei interpretări delicate a faptelor, psihiatrii și-au creat categorii distincte pentru a încadra și clasifica experiențele mistico-spirituale ale subiecților lor: Anton Teoplilus Boisen vedea „schizofrenia care rezolvă probleme”, Dabrowsky le numea „Dezintegrări pozitive” (3), Ellenberger (4) „Maladii pozitive”, Grof „Urgențe spirituale”, Laing „Călătorii metanoice” și Perry (5) „Stări vizionare”.

Primul indiciu care ar putea orienta către diagnosticul de delir mistic este reprezentat de identificarea unor **antecedente psihiatrice** în anamneza subiectului. Într-un studiu efectuat pe 1.053 de pacienți cu ideatie și manifestări delirant-halucinatorii furnizați de asistența primară de sănătate, 35% prezentau în istoric **antecedente** (în majoritatea cazurilor, de factură psihotică) de adresări către serviciile **psihiatrice**.

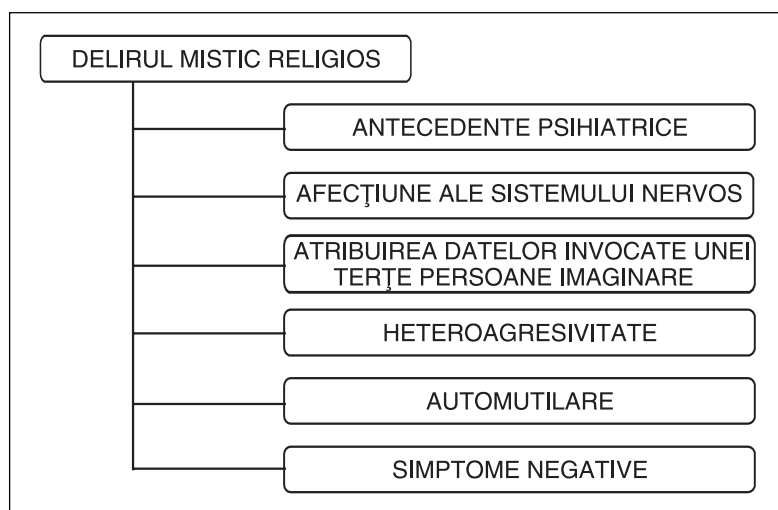


Figura 3. Indicii către diagnosticul de delir mistic religios

Alt indiciu ar putea fi constituit de prezența **simultană a altor afecțiuni ale sistemului nervos** (6) de tipul epilepsiei, al accidentelor vasculare cerebrale, al atrofiilor corticale, precum și al aspectelor electroencefalografice de activitate crescută în ariile de reprezentare ale discursului interior (temporal) în absența stimulării auditive.

Prezența unei psihoze se poate înregistra și fără ca aceasta să influențeze discursul religios izvorât din convingerea și educația subiectului (7). În aceste cazuri, diagnosticul este dificil pentru că psihoza nu exercită alte modificări decât cele relevate de comportamentul general. **Caracterul psihotic** al discursului religios poate fi suspionat în prezența ideatei de atribuire către o terță persoană (8) a datelor invocate. Cele mai frecvente asocieri ale discursului mistico-religios cu o condiție psihiatrică fiind reprezentate de schizofrenii, invocarea revelației sau a comunicării nemijlocite cu divinitatea (9) împrumută caracterele specifice ale acestui tip de afecțiuni psihotice (2). Violența (10) delirului și a manifestărilor care sunt invocate în ideea morală a păcatului și demonismului pot îmbrăca adeseori caracter de **heteroagresivitate** (11) sau **automutilare**.

În absența acestora, deosebirea fundamentală a delirului mistic față de problematica urgențelor spirituale constă în caracterul bizar al dezvoltărilor din care transpar, cel mai adesea sub forma **negativismului** (12), simptomele negative ale schizofreniei.

Granița dintre experiențele mistice și manifestările psihotice este extrem de fragilă, în ambele situații citându-se (13) prezența de viziuni, fenomene telepatice, contacte cu persoanele decedate, senzația de iluminare spirituală, exaltarea, extazul, convingerea existenței unui sens ascuns în spatele evenimentelor invocate (14) și ambele având drept trăsătură **comună despărțirea de realitate**.

Inabordarea medicinei primare, diagnosticul acestor pacienți nu poate fi tranșat doar prin colaborarea biunivocă și continuă medic familie-medec psihiatru (Figura 4).

În ultimă instanță, atunci când **se suspicionează caracterul psihotic delirant** al unei dezvoltări mistice (întărită de **stranietatea comportamentului**, de **evitarea privirii directe** în timpul interviului, de **negativismul pacientului**, de **bizareria ideilor și gesturilor**, de **instabilitatea atenției și fuga de idei**), pentru a evita orice eroare de diagnostic și tratament (prin neintervenție), cel mai util gest este

îndrumarea cu tact a subiectului către o examinare psihiatrică efectuată de specialist. □

CONCLUZII

- Religia este prezentă în viețile multor oameni care suferă de schizofrenie. Cu toate acestea, cercetările de psihiatrie se raportează foarte rar la problemele religioase. Convingerile și decepțiile religioase variază de la cultură la cultură. În Elveția, de exemplu, credința în demoni ca și cauză a problemelor de sănătate mintală este un fenomen comun la creștini.
- Cultul are o influență, nu întotdeauna pozitivă, asupra mortalității ca efect al abuzului de substanțe și tentativelor suicidale la bolnavii de schizofrenie.
- În cazul multor pacienți, religia joacă un rol central în procesul de recuperare și de reconstrucție a unui sentiment de sine (15).
- Cu toate acestea, religia poate deveni atât o parte a problemei, cât și o parte din recuperarea ei. Unii pacienți sunt ajutați de comunitatea lor de credință prin intermediul unor activități spirituale. Alți pacienți sunt respinși de către comunitatea lor de credință, împovărați de activități spirituale, dezamăgiți și demoralizați de convingerile lor.
- Cultul este relevant pentru tratamentul persoanelor cu schizofrenie în cazurile în care acesta poate ajuta la reducerea patologiei și promovarea recuperării.
- În tratamentul acestor pacienți, apar ca utile tolerarea diversității, respectarea opiniilor altora, interzicerea prozelitismului și buna cunoaștere a propriei identități spirituale. □

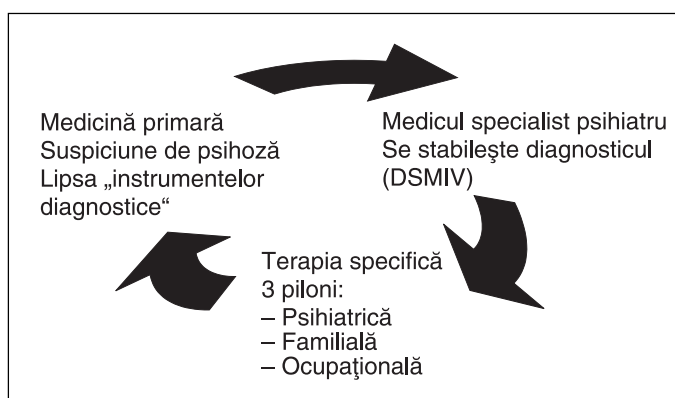


Figura 4. Managementul pacientului schizofren

BIBLIOGRAFIE

1. **Mihăilescu A, Neicu N, David E et al** – Aspecte Clinice ale Formelor de Debut în Schizofrenie. Unitatea Societăților de Științe Medicale. Societatea de psihiatrie. Conferința națională de psihiatrie. București, 19-21 noiembrie, 1964: 39-40.
2. **Taber KH, Hurley RA** – Neuroimaging in Schizophrenia: Misattributions and Religious Delusions. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2007: 1-4.
3. **Pyryt MC, Mendaglio S** – Using Dabrowski's Theory of Positive Disintegration to Understand and Help People. *AGATE* 7, no. 2, 1993: 7-12.
4. **Ellenberger, Henri F** – The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry. New York, Basic Books, 1970.
5. **Perry JW** – Trials of the Visionary Mind (SUNY Series in Transpersonal and Humanistic Psychology), State University New York Press, Albany, 1998.
6. **Preti A, Sardua C, Piga A** – Mixed-handedness is associated with the reporting of psychotic-like beliefs in a non-clinical Italian sample, *Schizophrenia Research*, 2007: 15-23
7. **Ogata A, Miyakawa T** – Religious experiences in epileptic patients with a focus on ictus-related episodes, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2002: 321-325.
8. **Taber KH, Hurley RA** – Neuroimaging in Schizophrenia: Misattributions and Religious Delusions, *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2007: 1-4.
9. **Getz GE, Fleck DE, Strakowski MS** – Frequency and severity of religious delusions in Christian patients. *Psychiatry Research* 2001: 87-91.
10. **Frith C** – The neural basis of hallucinations and delusions. *C R Biol*. 2005:169-175.
11. **Mohr S, Huguelet P** – The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care, *Swiss Med Wkly* 2004: 369-376.
12. **Siddle R, Haddock G, Tarrier N, Faragher EB** – Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2002: 130-8.
13. **Lukoff D** – From Spiritual Emergency to Spiritual Problem: the Transpersonal Roots of the New DSM-IV Category, *Journal of Humanistic Psychology*, 1998: 21-50.
14. **Chiriță A, Arsene S** – Tulburarea depresivă, marker al evoluției pe termen lung în schizofrenie. Terapie și management în psihiatrie, Editura Medicală Universală Craiova, 2006: 41-43.
15. **Șelaru M, Donciu D, Boișteanu P, Chiriță V** – Studii de psihiatrie. Schizofrenia, Edit. Dosoftei Iași, 1997.

Revista presei medicale

It's never too late to start exercise

People who put off regular exercise until they hit the age of 50 can still benefit from physical activity but it appears to take 10 years for the effects to kick in, Swedish researchers said Friday.

A study of 2,205 Swedish men followed for more than 20 years from the age of 50 showed that exercise made no difference in premature death rates for at least a decade for those who waited until later in life to start physical activity.

"It has been shown that young people benefit from exercise but this is

the first time we have been able to show that old people can also benefit from increasing their physical activity," Liisa Byberg, a researcher at Uppsala University in Sweden, said in a telephone interview.

"It's not too late to start."

The researchers put the volunteers into low, medium and high activity groups. About half the men reported a high level of exercise, corresponding to at least three hours of sport or heavy gardening each week.

About a third said they exercised moderately, such as taking walks and cycling, while the rest did little or no

exercise, the researchers reported in the British Medical Journal.

Not surprisingly, death rates were highest among the sedentary group and lowest among the most active volunteers in the first five years of the study. But after 10 years people who began exercising at 50 had similar death rates to people in the high activity group.

The impact was similar to giving up smoking and the findings suggest further research to see what amount of physical activity makes a difference on health, the researchers said.

"There is an effect but there is a bit of a delay," Byberg said.

Source: REUTERS HEALTH – London