

**Dedublarea egodistonă din patologia  
obsesiv-compulsivă și tulburarea de  
personalitate corelativă (anancast-  
psihastenică)**

**Acad. Prof. Univ. Dr. Mircea Lăzărescu**

**Ș.L. Univ. Dr. Cătălina Giurgi-Oncu**

Tehnoredactare: Dr. Raluka Kalinovic, Dr. Adrian Crețu

Clinica de Psihiatrie "Eduard Pamfil" Timișoara

# COORDONATE ISTORICE

Tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) ocupă un loc central în psihopatologia clinică prin specificitatea ei internalizat egodistonă, centrată pe autocontrolul agenției și autoanaliză.



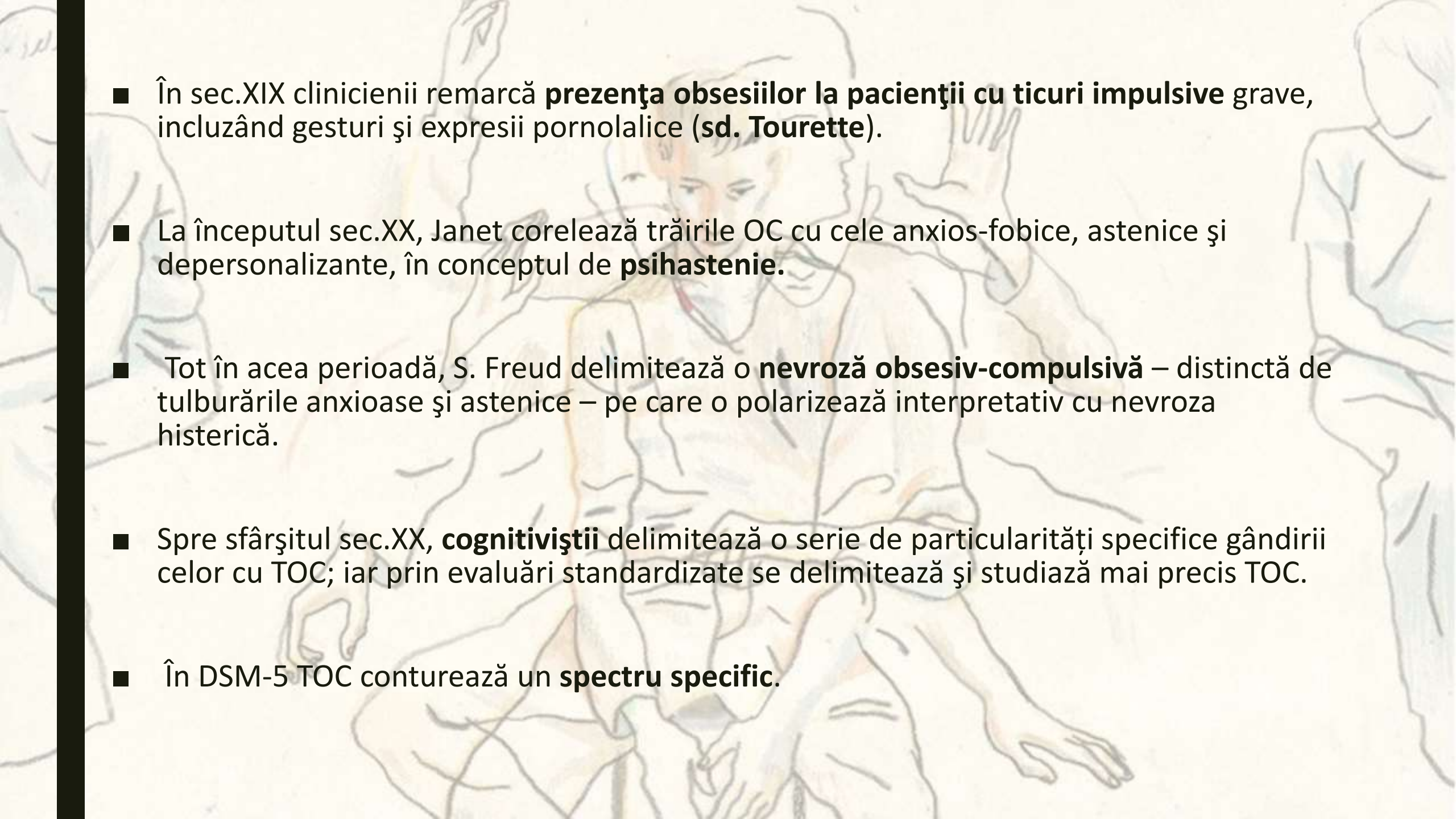


Spre deosebire de spectaculoasa și externalizată **isterie**, ce a atras atenția din Antichitate, trăirile TOC se impun medicinei doar în perioada contrareforme, când apare o adevărată epidemie de **spovedanie repetitivă** (**Ordinul lezuiților** a lui Ignatio de Loyola pretindea credincioșilor un zilnic și riguros examen al conștiinței, pentru greșelile comise cu fapta și gândul).

Atenția acordată după Renaștere simptomatologiei OC - care e predominant un chin subiectiv de confruntare cu sine - poate fi corelată și cu delimitarea în psihologia vremii a conceptului psihologic de **conștiință reflexiv-subiectivă**, ce se polarizează cu realitățile exterioare obiective.



Faptul se petrece în condiția **dezvoltării proiectelor de cunoaștere experiențial empirice** și prin reactualizarea de către Reformă a invitației lui Augustin de « a-l căuta pe Dumnezeu în străfundurile minții proprii ».

- 
- The background features a faint, sketch-like illustration of a group of people. In the center, a man is depicted with his hands raised, possibly in a state of distress or a compulsive gesture. To his right, another man is shown with his hand raised in a similar manner. On the far right, a woman is visible, looking towards the center. The overall style is that of a light-colored, hand-drawn sketch, providing a clinical or psychological context for the text.
- În sec.XIX clinicienii remarcă **prezența obsesiilor la pacienții cu ticuri impulsive grave**, incluzând gesturi și expresii pornolalice (**sd. Tourette**).
  - La începutul sec.XX, Janet corelează trăirile OC cu cele anxios-fobice, astenice și depersonalizante, în conceptul de **psihastenie**.
  - Tot în acea perioadă, S. Freud delimitează o **nevroză obsesiv-compulsivă** – distinctă de tulburările anxioase și astenice – pe care o polarizează interpretativ cu nevroza histerică.
  - Spre sfârșitul sec.XX, **cognitiștii** delimitează o serie de particularități specifice gândirii celor cu TOC; iar prin evaluări standardizate se delimitează și studiază mai precis TOC.
  - În DSM-5 TOC conturează un **spectru specific**.

# CIRCUMSCRIERE CLINICĂ

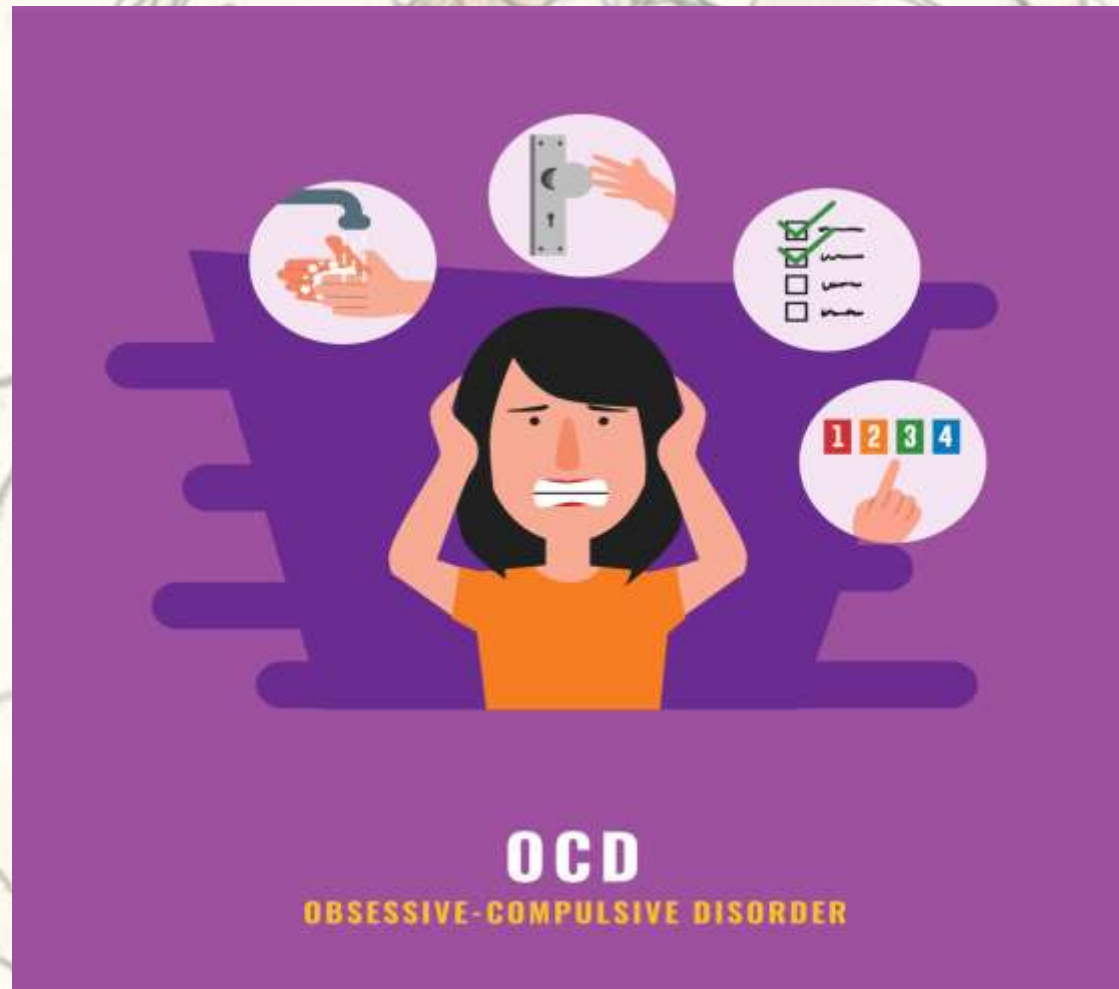
- Simptomatologia TOC constă din trăiri **egodistone repetitive, obsesive și compulsive**.
- Obsesiile sunt **trăiri** (idei, amintiri, dorințe, reprezentări, îndoieli) ce invadează subiectul fără voie, pe care acesta **le critică** și împotriva cărora luptă.
- Compulsiile sunt **acte** (comportamentale sau mentale), ce sunt executate **constrângător**, de obicei pentru a contracara conținutul obsesional.
- Aspecte particulare ar fi: ritualurile, ceremonialurile, ruminațiile.
- Obsesiile și compulsiile, de obicei, coexistă; ele sunt resimțite ca izvorând din **propria agenție** și nu impuse de o alteritate.
- Simptomele OC sunt **neplăcute, ocupă mult timp și perturbă integrarea și funcționalitatea**.
- Comorbiditatea cea mai frecventă e cu ticurile, autismul, tulburările anxios-fobice, depresia, bipolaritatea.



- Intensitatea TOC poate fi **variată**.
- DSM-5 comentează formele mai grave ca fiind **lipsite de critică** (« insight »), unele cazuri ajungând **marginal psihotice**; totuși, interferența cu delirul e marginală, principalul aspect de gravitate fiind o formă specială de **depersonalizare/derealizare**.



- **Cognitivismul** a comentat și particularități psihice de fond, precum: importanța exagerată acordată gândirii și controlului său, intoleranța la ambiguitate, perfecționism, responsabilitate crescută, exagerarea pericolului.
- Alte particularități sunt nesiguranța și îndoiala, operarea pe eventualități, verificări repetate, preocupare față de detalii și ordine etc.





Studiile cazuistice au degajat **trei domenii tematice principale** ale simptomatologiei TOC:

1. **OC de intenții agresive**, sexuale sau de încălcare a regulilor, urmate de verificări;
  2. **OC de contaminare** cu substanțe neperceptibile, urmată de compulsia spălării, curățeniei;
  3. **OC corelate dezordinii** resimțite, însoțite de compulsia de ordonare simetrică;
- În plus se descriu: ritualuri magice caracterizate de aritmomanie, ruminatii pe eventualități opuse, acestea bazându-se pe incertitudine, îndoială și verificări;

Agresive,  
sexuale

Contaminare

Dezordine

Ritualuri

- **Obsesii/compulsii de intenție agresivă:** apar obsesii sub forma unor intenții de a face rău cuiva, de obicei la persoane slabe și neajutorate (copii, bătrâni, bolnavi) prin: a-i lovi, jigni, agresiune cu obiecte ascuțite, a-și omorî propriul copil, a se autoagresa cu cuțitul
- Subiectul respinge ideea, o controlează, ia măsuri de precauție, uneori începe un act simbolic, dar nu-l finalizează; acte de contracarare și « **anulare reciprocă simbolică** » - oricum, nu execută actul!
- Ulterior, apare **compulsia verificării dacă nu a executat actul** – deși știe că nu l-a făcut.



- **Obsesiile sexuale** se pot referi și la acte prohibite sau neacceptabile – incest, pedofilie, relații perverse, zoofilie etc. În obiectiv pot fi și relații homosexuale neacceptate inițial de subiect, dar care pot evolua spre realizare în cazul seducției unui partener.
- **Încălcarea tabu-urilor** se poate referi și la cele religioase: înjură în biserică...reprezentarea de a avea relații sexuale cu Iisus sau Fecioara Maria... subiectul e îngrozit, contracarează pulsivitatea mentală, prin rugăciuni...uneori se credea posedat de diavol.



- Simptomele **TOC agresive** pot fi **comorbide** în Sdr. Tourette **cu ticuri complexe**, motorii și verbale, cu conținut coprolalic.
- În corelație cu simptomele OC agresive, în forme accentuate, marginal psihotice, poate apare **fenomenul fuziunii (magice) dintre gând și acte**, susținut de un sentiment de culpă.
- Subiectul **ajunge să fie convins că însăși faptul de a se fi gândit** la o eventualitate a contribuit la producerea unui eveniment negativ. Ex. față de gândul: « nu cumva să se întâmple ceva rău soției care călătorește cu avionul »
- Apar **obsesii**: « probabil că acest gând a determinat prăbușirea avionului »
- **Compulsii** de verificare : « dacă nu s-a petrecut în zonă un accident de avion »
- Suntem, desigur, în **marginile unui delir de vinovăție**, lucid și autoanalitic, marcat de o gravă îndoială.

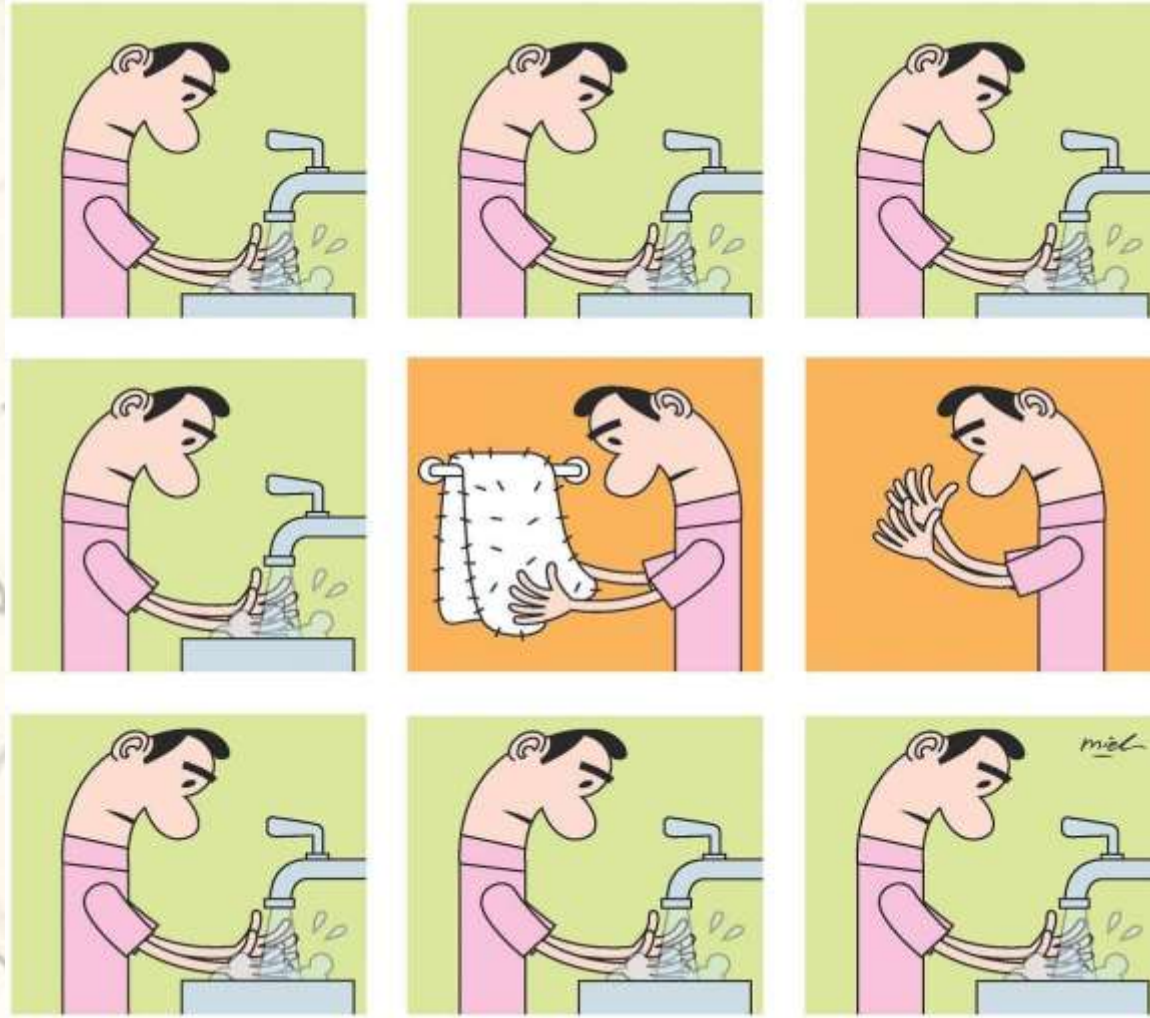


# Caz:

“Un tânăr, urcând la munte, vede cum în urma sa se rostogolesc pietre.... trăiește, ulterior, obsesia: “nu cumva avalanșa declanșată de mine a omorât un excursionist ce urca!” ... iar în ziua următoare verifică înfrigurat, pe toate căile, dacă nu s-a semnalat un deces în zonă.”



- Privitor la verificările exagerate din TOC, ele au fost corelate de **cognitivism** cu **simțul crescut al responsabilității**. Astfel, repetatele verificări ale robinetului de gaz, apei, a închiderii ferestrei, ușilor, s-ar corela cu sentimentul că deficiențele ar putea produce efecte nocive pentru cei apropiați.



- Simptomatologia OC de **contaminare** se referă, în primul rând, la contactul cu murdăria (microbii) ce s-ar afla pe suprafețele de contact, iar vizate sunt, în primul rând, mâinile; urmează compulsii de spălare repetitivă (ablutomanie).
- Referința poate fi, însă, la variate substanțe cu care corpul ar putea intra în contact (detergenți, lipici etc.). **Curățirea repetată** se poate extinde la întregul corp, la lenjerie, obiecte de uz, locuință.
- Prin **localizarea pericolului pe suprafețele corporale de contact** cu zone posibil murdare (prin utilizare publică), se dezvoltă **conduite anxios-fobice** de curățare și protejare (mănuși, deschiderea ușii cu batista)...care nu se întâlnește și în alte arii simptomatice TOC.



- Se cere remarcată **diferența acestei tematici anxios-fobice în raport cu cea din paranoide**, în care subiectul resimte un pericol de agresiune din partea altor persoane sau entități nominalizabile; pe când în TOC, pericolul vine de la substanțe neprecizabile și difuze, neanimate.
- Apoi, pericolul e resimțit ca venind prin **transgresarea fizică a limitelor propriului corp** de către “ceva” nociv; fapt ce sugerează sentimentul de vulnerabilizare a intimității, localizată în interiorul corpului (la fel ca secretele ascunse în intimitatea conștiinței)
- Această atitudine stă la baza refuzului multor persoane de a utiliza medicamente, injecții, vaccinări....toate resimțite ca **pericolul de penetrare a intimității sinelui corporal**.





- **Obsesia fobică față de murdărie și ablutomania** implică, de fapt, global, psihismul uman, inclusiv în dimensiunea sa spirituală; căci, se cere reamintit faptul că **ablutomania** – spălarea, în special a mâinilor – a fost utilizată în **diverse culturi cu semnificația « spălării de păcate »** (de dezordinea întunecoasă și murdară a păcatului).
- Evoluția spre **orbita psihotiformă** e posibilă și pornind de la această temă.

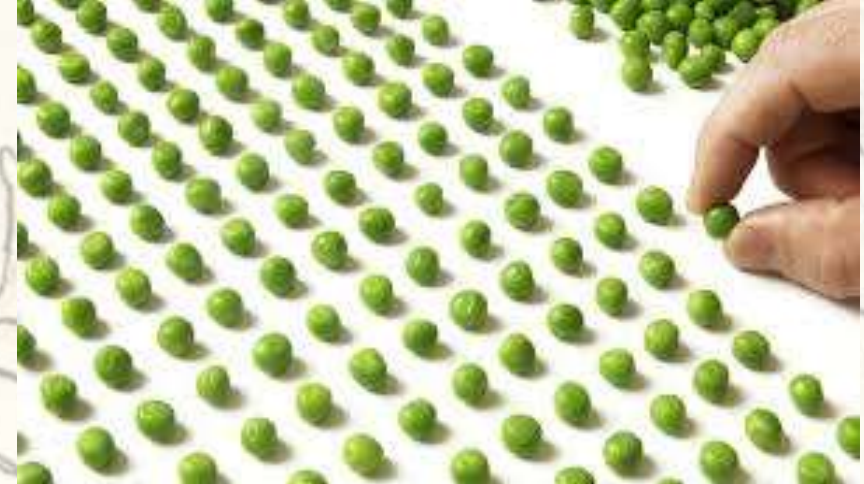


**Caz:** O femeie de la țară, fiind la oraș, în tramvai, are sentimentul că prin atingerea de o persoană murdară, s-a « contaminat cu ceva malefic » ; acasă, spală hainele de pe ea...apoi le aruncă...aruncă și arde și alte haine cu care acestea au fost în contact...nu mai intră în « camera contaminată », pleacă din localitate...

- Cel de al treilea grupaj simptomatic OC se referă la **hipersensibilitatea subiectului față de dezordinea resimțită în ambianța fizică.....corelată cu compulsia de a ordona lucrurile, eventual simetric.**
- Tendința este ca « totul să fie în ordine » (all right); fapt ce trimite spre un simptom caracteristic **autismului developmental**: intoleranța la schimbare, menținerea ambianței într-o ordine fixă, spațială, cu agitație stereotipă la noutăți.



În patologia OC, simptomul poate fi corelat **cu colecționarismul** (la fel ca și în autism); dar și cu tendința spre permanenta ordonare și sistematizare a colecțiilor și a celor făcute.



- În variantele grave, marginale psihozei, preocuparea față de ordine și simetrie poate viza și **propria poziție în ambianță**.

**Caz:** Un pacient se preocupă intens de simetria propriului corp, ca partea sa stângă să fie întru totul identică cu cea dreaptă, ca mâinile introduse în cele două buzunare să fie la fel. Pe stradă se străduie să meargă pe mijlocul drumului, la egală distanță între cele două trotuare (perturbând, desigur, circulația). Astfel de pacienți se preocupă ca în scheme și desene cele două părți să fie simetrice întru totul.

- O astfel de simptomatologie se **îndepărtează de deficitul formal specific delirului** (=o nouă identitate, de personaj dintr-un scenariu fictiv), ... în direcția unor **depersonalizări devitalizante și dezorganizante**.

- Pe lângă cele trei clase de simptome OC, se mai pot desfășura **ceremonialuri, ritualuri și rumiții**.
- **Ritualurile** (de tip ceremonial) constau dintr-un grupaj de **mişcări involuntare stereotipe și fără obiectiv pragmatic**, ce apar, de obicei, după o stare de tensiune interioară (și nu consecutiv unei obsesii) – de ex. învârtire în cerc, câțiva pași înainte și înapoi-....pe care subiectul le execută în anumite împrejurări (e.g. când trece pe lângă un dulap, sau dintr-o cameră în alta);
- Pacientul are **sentimentul** (magic, anxiogen) că dacă nu execută astfel de mișcări stereotip-repetitive, se va întâmpla ceva rău (o nenorocire).
- El le repetă de un **număr fix de ori**; pentru pacient pot funcționa numere faste și nefaste, iar ritualul se poate desfășura și mental, prin operări numerice.



- Cu toată ciudăţenia aparentă a acestui comportament, merită să nu ignorăm faptul că **oamenii dezvoltă constant ritualuri** (ceremonialuri) în cadrul practicilor sacrale și sărbătorești comunitare; iar ritualurile se întâlnesc și în **biologie**.



- Se pot manifesta și **ritualuri derivate din comportamentele cutumiere** – de culcare, igiena de dimineață, luarea mesei, plecarea de acasă; comportamente care se desfășoară, în acest caz, stereotip, într-un cadru fix și rigid (uneori, cu accent pe ordine și simetrie), eventual repetitiv numeric.



- În cadrul acestora, **mișcările se pot desfășura lent** (bradipsihie), cu accent pe detalii și parcurgerea din **aproape în aproape** a etapelor; fapt ce **consumă mult timp** (de ex. spălatul pe dinți și/sau îmbrăcatul durează o oră).
- **Plecarea de acasă** poate fi extrem de anxiogenă, corelându-se cu ceremonialuri magice complexe, ce se repetă de multe ori.

- Ritualurile și ceremonialul din TOC nu sunt corelate explicit cu trăiri obsesiv-compulsive; ele se aseamănă formal cu manifestări din alte clase psihopatologice.
  - Uneori, cu comportamentul unor **autiști**.
  - Cu unele aspecte ale **manierismului cataton**.
- **Preocuparea patologică față de numere și de operații** cu ele o întâlnim doar în patologia TOC și în autism.



La Caverne du Pont-d'Arc

- În TOC se pot manifesta și **obsesii mentale, neînsoțite de compulsii.**

Astfel, pot apare:

- **Ruminații pe variante opuse a unor teme abstracte**, care nu au o soluție efectivă, de ex: Există, oare, Dumnezeu ?....Există, oare, viață după moarte ?.... Iar subiectul nu poate găsi o soluție pentru care să opteze, astfel încât tinde să ruminaze la nesfârșit.
- **Ruminațiile obsesive** se pot referi și la eventualitățile corelative unor evenimente și acte din trecut sau viitor, cu meditații asupra eventualelor consecințe ale unor acțiuni alternative.





# ASPECTE ALE DIAGNOSTICULUI DIFERENȚIAL

- În circumscrierea TOC, DSM-5 introduce și trimiteri la diagnosticul diferențial.
- Acesta poate fi făcut cu:

## Tb. externalizate

Disruptive conflictuale

Impulsive

## TOC

Autism

Derealizare

## Tb. internalizate

Depresie, Tb. anxios-fobică

- TOC este, prin caracteristicile, sale o **tb. internalizată**, ce are ca specifică o **preocupare excesivă de autocontrol a agenției**, ca expresie a unui **deficit de autopercepere ca întreg coerent**.

# Față de Tb. externalizate



- În raport cu tb. externalizate disruptive conflictuale (Cap.13, DMS-5), în TOC tendințele impulsive sunt resimțite **egodiston, cu efort de a fi autocontrolate**.
- Privitor la **ticuri**, există o marcată **comorbiditate** și zone importante de tranziție (Tb. Tourette).
- În raport cu unele comportamente impulsive (e.g. jocul de noroc, de filme pornografice, alte adicții), se pot manifesta zone de interferență. Accentuarea unora poate fi condiționată de micro-episoade depresive sau hipomaniacale.

# Față de Tb.internalizate

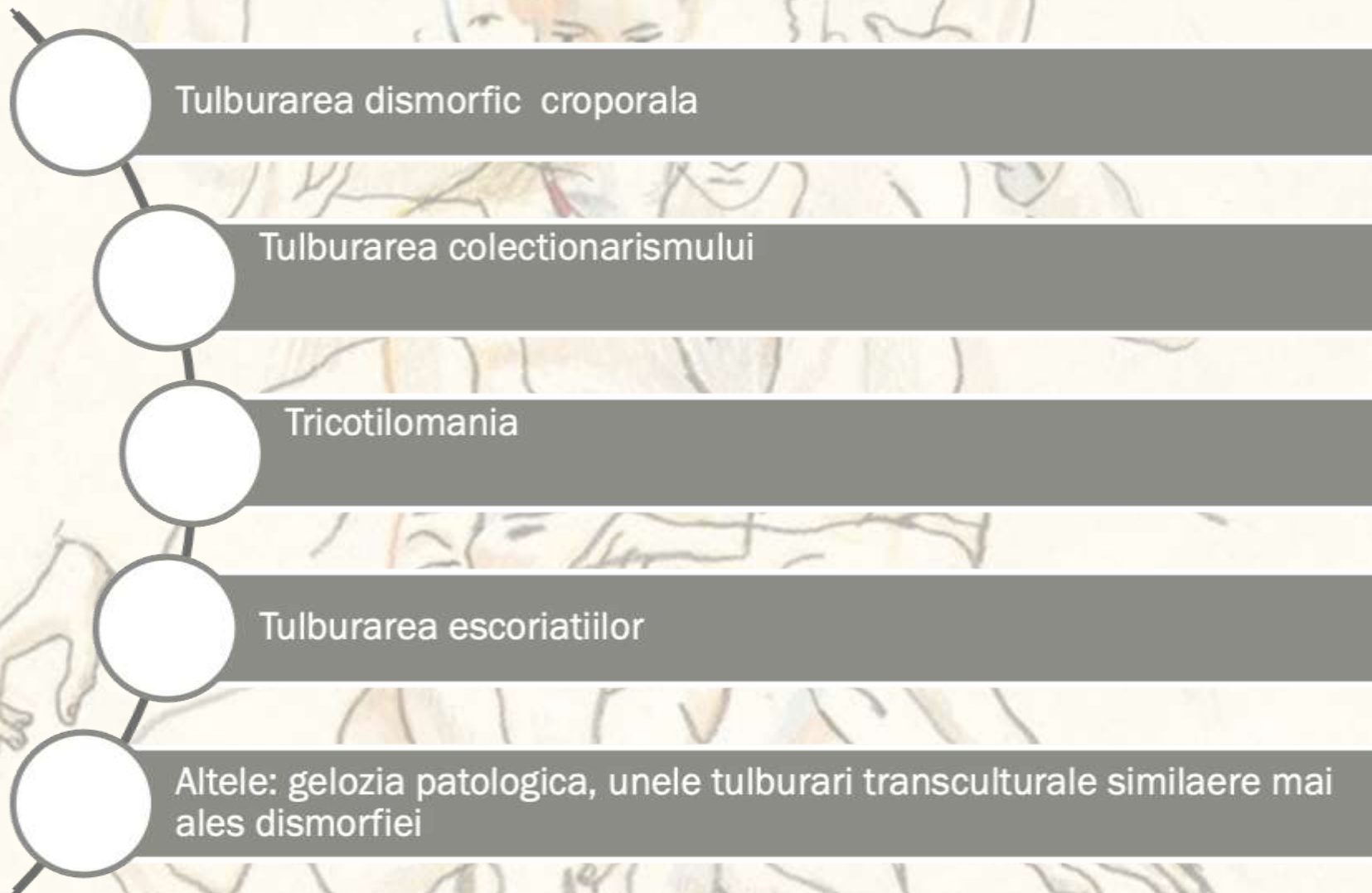
- Trăirea culpei, cu remușcare, intră în limitele existenței firești. Trăirea poate fi deformată în depresia psihopatologică, dar într-o manieră ce e distinctă de marcarea depersonalizantă din TOC.
- În patologia anxios-fobică, preocuparea față de eventualitatea unor situații periculoase și neplăcute poate induce o expectație obsesivă, de anticipare, care susține pregătirea și evitarea. Iar amintirea unui eveniment traumatic se poate reactualiza obsesiv cu diverse intensități (așa cum se întâmplă în Reacția de stress posttraumatic).

- O problemă specială apare în legătură cu **autismul developmental**.
- Raportarea la autismul developmental este mai aparte; căci ea se înscrie în aria specifică de psihopatologie care, trecând prin TOC, conduce în direcția patologiei **dezorganizante și de depersonalizare** anonimizantă din psihoze.
- Studiile statistice indică o **marcată comorbiditate între spectrul autist și TOC în perioade infanto-juvenile**.
- Important e, însă, să se aibă în vedere tipul specific de tulburare formală a psihismului ce intervine pe această direcție; și care ar putea fi cantonat la « **perturbarea coerenței centrale a structurii identitar caracteriale a persoanei** ». E vorba de **centrarea identității subiectului în jurul sinelui-eu**, a cărui contur se organizează în jur de 3 ani, odată cu maturarea funcției de **mentalizare** (Theory of Mind).

### A False-Belief Problem: The “Smarties” Task



- În **DSM-5** e avut în vedere și un **spectru al TOC**, în care sunt comentate câteva tulburări:



- Tb.dismorfic-corporală constă în **preocuparea obsesiv-compulsivă prevalentă** față de **aspectul corporal neadecvat**, presupus a condiționa **respingerea socială**.
- Pacientul **studiază atent în fața oglinzii** părți ale corpului (în primul rând, fața) cu impresia (convingerea) că aceasta se **deformează**; și caută să-și mascheze defectele presupuse, să le corecteze, **reducându-se prezența socială**.



Picasso, "Girl Before a Mirror"

- **Preocuparea anormală față de detalii ale corpului** se întâlnește și în **Tb. comportamental-impulsive** cuprinse în acest Spectru TOC, precum:
- Trichotilomania – smulgerea impulsivă a firelor de păr;
- Tb. escoriațiilor – ce constă în presarea repetitivă a pielii în diverse zone, până la escoriații.
- Astfel de manifestări **ne amintesc de simptomele TOC de contaminare**, centrate pe **incertitudinea limitelor corporale** și de fascinația pacienților cu TOC față de detalii.



- Tot în spectrul TOC mai e menționată:
  - *Tulburarea de referință olfactivă, centrată de preocuparea prevalentă (uneori, chiar delirantă) că propriul corp emană un miros neplăcut, care, receptat de alții, determină respingerea.*
- Preocuparea se corelează nu doar cu cea dismorfic-corporală, ci și cu cele din anorexia mentală a tinerelor fete și, uneori, a obezității.
- Privind din această perspectivă, **simptomatologia TOC a contaminării** se înscrie într-o problematică vastă a **receptării disfuncționale a schemei și imaginii corporale** – a limitelor persoanei corporale – în perspectiva relațională a acesteia.





- În spectrul TOC mai e inclusă și problematica **geloziei patologice**. Gelozia se poate manifesta la un capăt, perfect comprehensiv; iar la altul, delirant.
- Gelozia depășește problematica limitelor corporalității în care se plasează celelalte tulburări ale acestui spectru. Dar, ne menține în **aria psihologică a intimității**, ce se petrece în spațiul restrâns și intim al locuinței; fapt ce pare a fi specific acestei problematici.
- O altă caracteristică a tb. din spectrul TOC ar fi aceea că ele **se pot manifesta în variante succesive**: anxios-fobic, obsesiv prevalent, delirant monotematic.

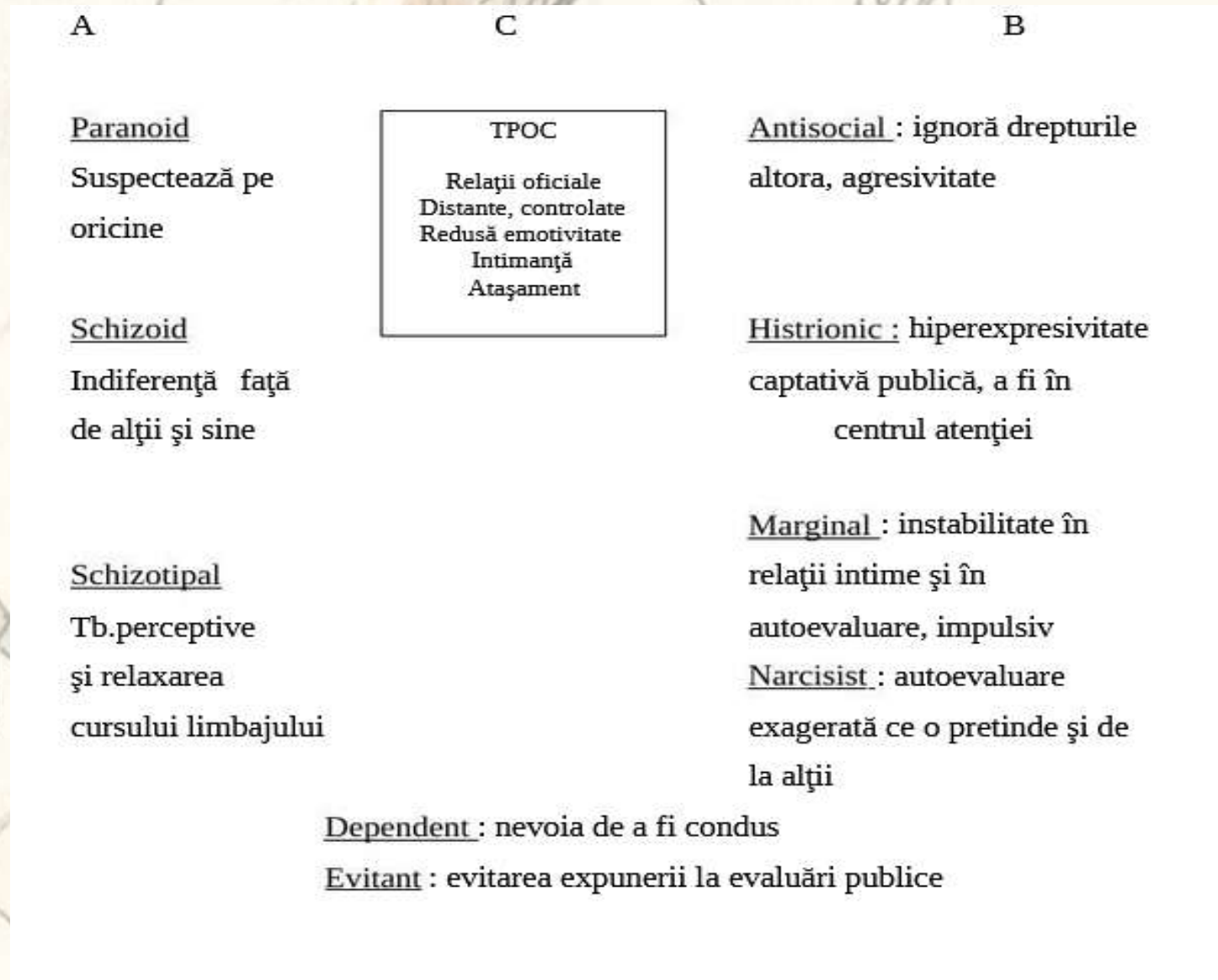


Jealousy,  
[Edvard Munch](#)



- Sistemul **DSM-5** a inclus un tip de **Tulburare a personalității corespunzătoare TOC (TPOC)**, caracterizată generic prin:
  - *Un pattern de preocupări cu **ordinea, perfecționism, control mental și interpersonal**, în defavoarea deschiderii și eficienței*
  
- Cei 9 itemi ce se adaugă (minim 4 necesari unui diagnostic reproductibil) sunt utili pragmatic în diagnostic; dar nu degajă un specific formal al caracterului disfuncțional al acestui tip de TP.
  
- Trăsăturile specifice s-ar putea agrega, eventual, în două clase:
  - Relații interpersonale distante, controlate și formale, fără emoții, empatie, intimanță.*
  
  - Preocupare excesivă pentru activități cu respectarea normelor; cu eforturi mari de organizare și control; dar și îndoială și finalizare dificilă.*

# TPOC în perspectiva specificului relațiilor în cadrul clusterelor DSM-5





- Relațiile interpersonale în TPOC sunt mai mult oficiale, formal distante; ele se desfășoară sub prescripția normelor, obligațiilor, datoriei;
- Lipsește spontaneitatea emotivă, empatia afectivă, atașamentul intim.
- Colaborarea cu altul în programe e dificilă, celălalt trebuie să accepte propriul stil de acțiune.
- E scrupulos moral, uneori, intolerant și inflexibil; dar, de obicei, predispus la compromisuri.

- TPOC e **atașat de activitate**, muncă, cu respectarea normelor, ordinii și programelor oficiale.
- **Nu știe să se relaxeze**, distreze, joace, să improvizeze.
- **Își planifică proiecte pe termen lung**, dar se **decide dificil**, petrece mult timp cu organizarea, planificarea, sistematizarea;
- Tinde spre un **exagerat control al execuției**, cu atenție la detalii și permanente verificări; renunță și reia proiectul, e incapabil de improvizații, **rigid, perfecționist**; finalizează dificil, cu sentimentul de vid și plictis.
- E **zgârcit** și cu tendință la **colecționarism**.



În ceea ce privește resimțirea propriei identități:

- **TPOC se resimte inconsistent**, nesigur de sine, slab centrat, confuz structurat, și vag delimitat.
- De aceea, **se resimte vulnerabil** și se plasează în spatele rolului și normelor sociale, eventual, al performanțelor.
- **Dedublarea intimă** se manifestă, pe lângă trăiri obsesiv-compulsive, prin conduite dublicitare, inconsecvențe, ambiguități.



# S-au descris 2 tipologii de TPOC:

**1. Anancastul** este un muncitor ordonat și scrupulos care își planifică pe termen lung activitățile și le execută succesiv și sistematic.

După ce a deliberat temeinic, acționează rigid, cu perseverență și încăpățănare, verificând tot timpul exactitatea rezultatelor și programului.

E hiperconștiincios, scrupulos, perfecționist. Eventuala nesiguranță e supracompensată prin referință la norme și reguli impersonale, pe care le adoptă și le urmează conștiincios.

Relațiile cu alții sunt politicoase, dar formale. Nu acceptă sugestii și nu poate colabora cu alții în acțiune.

Se consideră omul datoriei, astfel încât face ceea ce i se cere, preferând în permanență anonimatul și impersonalul. Prezintă intoleranță la ambiguitate și inactivitate. Datorită perfecționismului, deseori nu consideră că a încheiat o sarcină, deși ea e efectiv încheiată, deoarece **are sentimentul că nu a făcut totul perfect.**





**2. Psihastenu** este o persoană care se hotărăște foarte greu; el deliberează mult, analizează diverse variante ale acțiunii proiectate, care-l preocupă, abordându-le pe toate fețele, argumentează și contra-argumentează exagerat, începe un lucru și îl părăsește pentru alt proiect sau altă variantă; pentru ca apoi să revină la cele începute.

Începe mai multe acțiuni în același timp, trecând de la una la alta, pe unele părăsindu-le, temporar sau definitiv. Verifică tot timpul ceea ce face; manifestă o mare nesiguranță și îndoială în toate domeniile.

Termină foarte dificil proiectele începute și nu consideră lucrul încheiat, deoarece are impresia că trebuie să mai verifice ceea ce a făcut. E dezordonat și împrăștiat în toate direcțiile vieții psihice și a existenței curente.

E hiperreflexiv și analitic, orice situație îi apare problematică și o analizează în diverse perspective ("despică firul în patru").

Sunt frecvente ruminări pe teme abstracte. Poate asculta sugestiile altora, dar nu duce la bun sfârșit ce a promis că va face.

Notă: psihastenu se apropie, în descrierea DSM-5, de personalitatea dependentă.



- În a doua jumătate a sec.XX, fenomenologul H. Telenbach a descris o variantă aparte a persoanei preocupată de ordine și muncă anonimă, pe care a numit-o **Tipus Melancholicus**, considerând-o specifică celor predispuși pentru patologia depresivă endo-reactivă.
- E vorba de persoane ce tind să se identifice cu **rolul social** (A.Kraus) și să se afirme prin **performanță**.
- Rigiditatea atașamentului față de ordine îi face să se **adapteze dificil schimbărilor** – evenimentelor de viață – care-i pot decompensa în direcția unor episoade depresive.
- **Intoleranța la ambiguitate** indică, însă, apartenența acestei cazuistici la polul anacast al obsesionalității. S-a sugerat că, constituția sa mai unitară, cu tendințe centripete de “centralitate”, l-ar diferenția de anacastul-obsesiv hipoafectiv și cu tendințe centrifuge.



Varianta tipologică circumscrisă prin Tipus Melancholicus nu epuizează însă tipologia temperamentală depresivă. În continuitatea melancolicului antic și renaștin, aceasta a fost comentată constant, încă de la începutul sec.XX – fiind de ex. inclusă și de K. Schneider între cele zece categorii de personalitate psihopată ce le-a comentat.

Depresivul poate fi liniștit, puțin implicat în activități, timid, reținut, meditativ, “melancolic”, pesimist neimplicat. El poate fi apropiat tipologic și de descrierile tradiționale ale personalității astenice.



# PERSPECTIVA EVOLUȚIONIST-CULTURALĂ A TOC

- Deși simptomatologia TOC apare, la prima vedere, ciudată, psihopatologii au identificat în **psiho-biologie** o serie de comportamente echivalente ale unor simptome OC.
- **Îngrijirea suprafeței corporale** e frecventă la multe specii, pentru a evita un parazitism nociv.
- Se întâlnesc **simbioze**, cu specii care locuiesc pe zone expuse și vulnerabile - pe suprafața corpului - curățînd-o.
- La primate se observă **colaborare între indivizi**, care se curăță reciproc.



- Omul, dezvoltând îmbrăcămintea, își îngrijește zonele neacoperite; rămân expuse și vulnerabile, mai ales, fața și, în special, **mâinile**, ce vin în contact, tot timpul, cu ambianța și sunt folosite pentru alimentare.
- În contextul diferențierii culturale a umanității, de la un moment dat, **ritualul de curățire și spălare a mâinilor** a fost integrat într-un scenariu mitico-sacral, care valorizează negativ dezordinea – haosul, întunericul, murdăria – și pozitiv ordinea, curățenia, lumina.



Odată ce ideea etică de vinovăție, culpă, se corelează și cu mitologia pedepselor instanțelor supranaturale, comportamentul spălării mâinilor – ablutomania – va fi practică cu semnificația de **curățenie spirituală**, de « spălare a păcatelor ».

În spatele simptomului TOC al **ablutomaniei** se agregă, deci, o interesantă **istorie evoluționist-culturală**.



- **Colecționarismul patologic** din TOC poate fi privit și din perspectiva **rezervelor excesive de hrană** ce le fac unele specii, prin depozite uriașe.
- Propensiunea de « a asigura existențial pe termen lung, prin rezerve » poate fi corelată, deci, cu unele tendințe din biologie; chiar dacă această conduită e, la om, prelucrată rațional. La om se manifestă și ca **zgârcenie**.
- Tendința spre colecționarism și zgârcenie exprimă, însă, în TOC și expresia **fixării psihismului pe detalii**, cu comportamente ce încearcă să **contracareze tensiunea anxioasă** față de posibilitatea unei dispersii psihice, lipsite de control.



- Ritualurile și ceremonialurile comportamentale sunt **omniprezente la vertebrate** – reptile, păsări, mamifere – în corelație cu principalele cicluri instinctive: rutul (curtarea, acuplarea), construcția locuinței (vizuina), educația puilor etc.
- Ritualul are în biologie un **rol pregător** de preludiu a unui comportament instinctiv important, de montare ergică cu potențial realizator a unui important comportament instinctiv; chiar dacă prin ele însăși comportamentele ritualice nu sunt pragmatice.



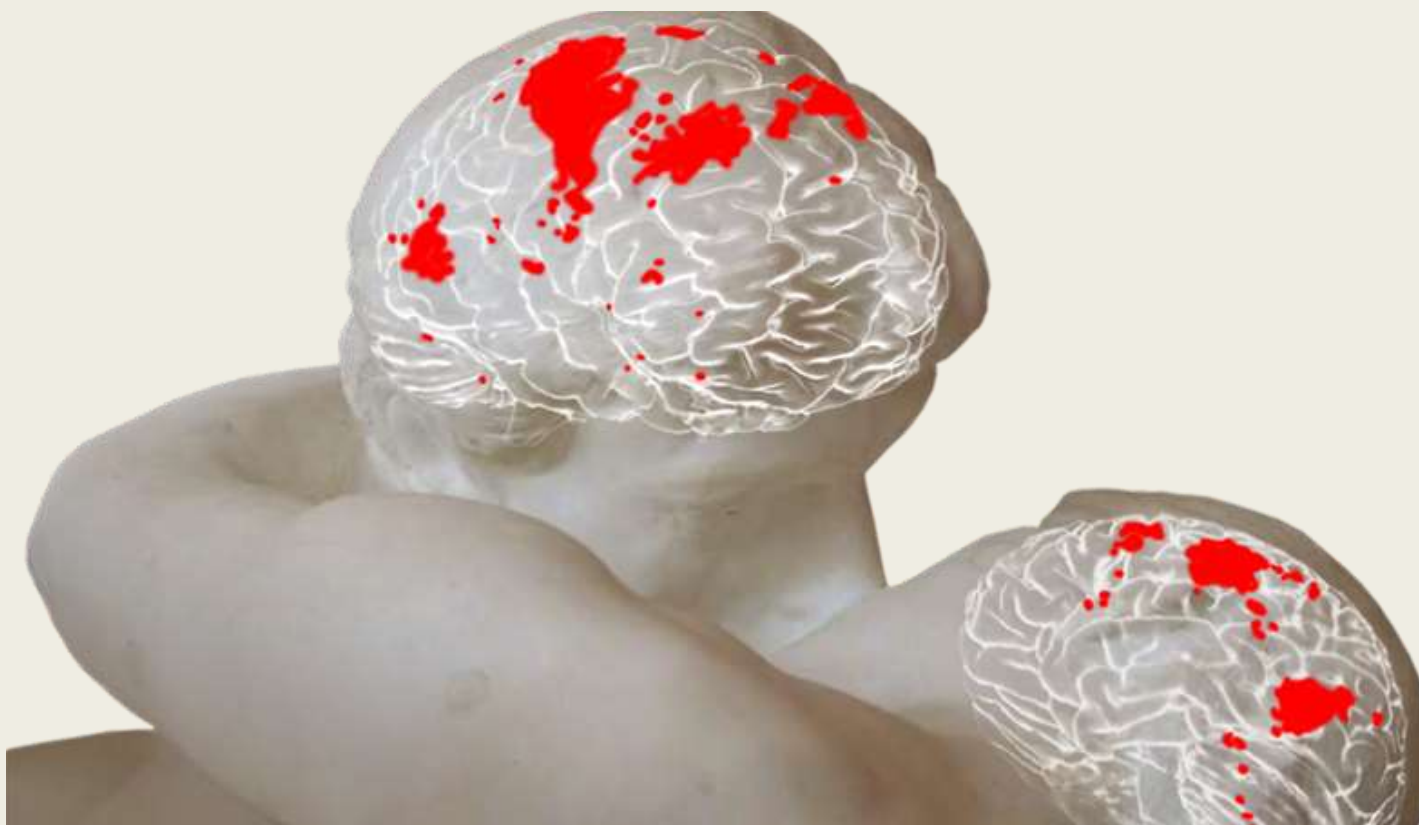
- În lumea umană, **ritualurile și ceremonialurile** se dezvoltă în contextul **invocării instanțelor supranaturale**; în cadrul comportamentelor colective de reactualizare periodică a miturilor sacrale. Ele se desfășoară într-o **ordine rigidă**, de un număr fix de ori; și nu au direct **valoare pragmatică**, ci una **simbolică**.
- Comportamentele ritualice se desfășoară și în alte practici umane ce invocă instanțe supranaturale, ca în magie, vrăjitorie, descântec, cu accent pe anumite expresii lingvistice.
- În **psihopatologie**, reminiscențe ale comportamentului ritualic cultural se întâlnesc, pe lângă **TOC**, în **catatonie și manierism**.





- Spre sfârșitul antropogenezei – ce dezvoltă amplu « **cogniția socială** » - omul agrar și devenit sedentar, trăiește în localități în care se impun diferențieri importante între:
  - *Spațiul intim al vieții familiale, din interiorul « pielii lărgite » a locuinței proprii;*
  - *Spațiul public, în care subiectul participă la practicile comunitare ale muncii, administrației, religiei etc.*
- În acest context, devine evidentă manifestarea **agorafobiei și anxietății sociale**. Dar și simptomatologia **autismului developmental**.





- Deficitul dezvoltării funcțiilor integratoare ale « **creierului social** », al «funcțiilor executive» și ale « **coerenței centrale**» ce se manifestă în autism condiționează:

-deficitul de expresivitate comunicantă, atașament și limbaj;

-intoleranța la schimbare în ambianța fizică, cu menținerea obiectelor în poziția fixă și **agitație stereotipă** la noutăți.

- Reflexe ale acestor disfuncții se vor întâlni și în psihopatologia TOC.
- Formulă psihopatologică ce devine tot mai evidentă la **omul modernității**, al cărui psihism e dotat cu o amplă **conștiință reflexiv-subiectivă**, ce tinde să controleze întreaga existență.

În final merită reluată ideea că:

- Problematika TOC este **centrată pe autocontrolul tensionat al dedublării agenției și a fragilizării limitelor persoanei** și pare a se dezvolta mai amplu la **omul modern European...** într-o perioadă în care ia avânt **dimensiunea subiectiv-reflexivă a conștiinței**, cu marcate tendințe spre **autocontrol**, în condițiile în care subiectul devine tot mai **individualist** și angajat în proiecte realizatoare îndrăznețe.



# În concluzie...

Psihopatologia nu poate ignora înțelegerea omului în perspectiva istoriei sale culturale și a antropogenezei; dimpotrivă, ea e provocatoare pentru o astfel de cunoaștere.





**Vă mulțumesc!**

E-mail: [mlazarescu123@gmail.com](mailto:mlazarescu123@gmail.com)