

Anexa IV

1. Patologia Obsesiv compulsivă și dedublarea psihismului

Psihopatologia obsesionalității se caracterizează în mod central printr-o egodistonie subiectivă, un conflict cu sine însăși care dedublează psihismul persoanei, printr-un chinuit efort de autocontrol hiperlucid și analitic. Subiectul resimte gânduri, reprezentări, intenții de act și acte ce emerg din sine, dar cu care el nu e de acord, împotriva cărora luptă fără succes. E vorba de acte sau comportamente simple, fragmentare și secvențiale, existând o pronunțată comorbiditate și continuitate cu patologia motorie a ticurilor. Relaționarea cu altul e dificilă, nespontană și supusă reglementării prin norme

Patologia obsesională a fost comentată pe parcursul sec. XX cel mai frecvent în cadrul nevrozelor, polarizată clasic de psihanaliză cu “nevroza histerică”, restul patologiei de tip nevrotic – astenică, axios-fobică, depresiv disforică, hipocondriacă etc. - fiind considerată periferică. Spre sfârșitul sec. XX, odată cu DSM-III-5, termenul de nevroză a ieșit din uz, patologia anxios fobică și cea depresivă au fost comentate distinct iar mare parte din tradiția histeriei a ajuns să fie abordată în cadrul Tb. etichetate ca disociative.

Patologia de tip disociativ exprimă, și ea, o evidentă tendință la dedublare a psihismului agențial personal. Aceasta se manifestă însă acum explicit relațional, fără repliere pe sine și egodistonie, subiectul resimțind că identitatea și agenția sa e preluată de o alteritate. În cazul stărilor de transă cu posesiune, o entitate străină e resimțită ca dominând și dirijând pacientul, în tot ce face, starea sa de vigilitate fiind redusă. În alte variante de tulburare disociativă – tradiționala dublă personalitate -, identitatea și agenția (eul) subiectului se schimbă alternativ, inclusiv în manifestările psihosociale; sau, subiectul actual se disociază de o parte din trecutul său (nu și-l mai amintește). Cât privește simptomele disociative corporale, - neurologice, senzoriale, motorii – deși ele sugerează grave disfuncții, pacientul le privește cu detașare (“la belle indiférence”- în formularea clasică). Mare parte din actualele simptome disociative sunt similare cu formulele ce se exprimau pe vremea histeriei lui Charcot și prin hipnoză și sugestie posthipnotică.

Privind comparativ TOC, patologia disociativă exprimă deci și ea o dedublare a sinelui (eului) dar în context relațional; și de acceptată sumisiune a pacientului față de o instanță a alterității. Pe când în patologia OC dedublarea agențială este resimțită analitic subiectiv, susținând un conflict cu sine însăși; raportarea față de alteritate fiind dificilă și problematică.

Diferența psihopatologică menționată dintre cele două clase de patologie psihică se corelează și cu decantarea lor din contexte psihosociale cu totul distincte. Spectaculoasa histerie s-a impus medicinei încă din vremea antichității greco romane, în marginea impresionantelor crize epileptice de pierdere temporară a conștiinței, care erau privite cu respect și teamă – iar epilepsia considerată ca “boală sacră”. Crizele hysterice însă, doar mimau pierderea cunoștinței – și deci moartea – simulând în schimb simptome ale unor boli grave; și au fost interpretate în medicina Hipocratico Galenică ca fiind datorate lichefierii uterului (= *hysterus*) nesatisfăcut al tinerelor fete, care, circulând prin corp, provoacă simptome locale...totul terminându-se cu un echivalent de orgasm sexual. Întreg acest scenariu sugerează o trimitere la tradiționala profesiei de vindecător-șaman din epoca omului culegător vânător, care era abilitat să ia legătura cu spiritele care induceau boli oamenilor, printr-o moarte simulată; moment în care, călătorind în lumea spiritelor și negociind cu acestea, se reîntorcea în cotidianitate cu sufletul vindecat al celui bolnav. În epoca agrară în care s-a dezvoltat civilizația Greciei, modelul acestui comportament șamanic a rămas o schemă menținută de tradiție, care păstra seriozitatea secvenței de călătorie “ în lumea de dincolo” pentru criza epileptică; dar sesiza și sterilitatea maladivă a episoadelor de mimare histerică a marilor tulburări somatice. Oricum, prin acest model se păstra tradiția ancestrală a explicării bolii prin intervenția spiritelor, dar raționalizată în modelul umoral al uterului lichefiat. În Renașterea europeană s-a reluat modelul posesiunii efective de către spirite (demoni, manipulați prin vrăji) a crizelor și manifestărilor hysterice, practicându-se exorcisme. Oricum, tradiția influenței xenopatice receptată pasiv, s-a păstrat pentru simptomatologia histerică, ce s-a mutat apoi în cea dissociativă.

Istoria culturală a obsesionalității e însă cu totul alta. Ea se impune în perioada Reformei și Contrareformei, când iezuiții lui Ignatio de Loyola îndemneau credincioșii să-și facă zilnic un examen de conștiință, pentru a identifica păcatele săvârșite cu fapta sau gândul, în vederea spovedaniei. În acea perioadă au apărut adevărate epidemii de spovedanii obsesive (*obsidere* = a asedia), unele persoane mergând și de două ori pe zi la preot, chinuite de scrupule (*scrupulum* era, la romani, o pietricica ce putea intra în sandaia soldatului, rozându-i piciorul în timpul marșului).Obsesia derivă astfel din fenomenul firesc al muștrării de conștiință, care capătă însă o pondere deosebită în cultura Europei creștine în perioada când Reforma îndemna credincioșii să-l caute le Dumnezeu “ în străfundurile subiectivității conștiinței”.Cultivarea reflexiei subiective și a responsabilității unor alegeri libere, ne plasează pe un alt teren psihologic decât cel al spectacolului șamanului ce mimează o stare de moarte, pentru a călători în

lumea spiritelor. Patologia obsesiv compulsivă s-a dezvoltat deci într-un univers cultural care cultiva dimensiunea conștiinței intențional reflexive a persoanei umane, care tinde continuu să controleze responsabil situațiile și să se autocontroleze în acțiuni. Iar pentru acest om conștient, dominația alterității și dirijarea voinței și deciziilor libere, apăsătoare ca o imixtiune. Dar acest context socio-cultural nu creează patologia; el constituie doar un mediu propice dezvoltării unor anumite moduri de manifestare a acesteia.

Dacă egodistonia disociativă e una sumisivă agențial față de alteritate, iar cea obsesională se distanțează de alteritate repliindu-se analitic pe sine, diferența dintre acești doi poli de psihopatologie e dată și de fixarea obsesivului pe detalii, cu un evident deficit de sinteză formală. Obsesivul e intens preocupat de decizie, elaborare, verificare, finalizare, pentru că sinteza acțiunii care-l preocupă se încheagă dificil într-un câmp coerent.

2. Patologia obsesională și deficiența “coerenței centrale acționale”; relațiile cu autismul și dezorganizarea.

În afara dedublării egodistone, pentru patologia obsesiv compulsivă e caracteristică și o atenție specială acordată deliberării, trecerii la act și derulării acțiunii cu scop, prin succesiunea ordonată a etapelor programate; marcată de nesiguranță, eventualități, verificări continue. Aceste perturbări se manifestă cu evidență mai ales în TPOC, deci la patologia obsesivă în înțelesul ei global. Obsesivul, care e în mod deosebit preocupat de activitate, de acțiunea realizatoare suprapersonală, pierde mult timp cu planificarea, pregătirea, organizarea, parcurgerea conform planului a detaliilor etapelor succesive. E dificilă și finalizarea, adică faptul de a considera un lucru ca terminat; aspect ce a fost etichetat ca perfecționism. Se evidențiază astfel o relaxare a capacității de sinteză și coerență a câmpului acțiunii, ce devine lax, insuficient de consistent, cu pierderea în detalii mai puțin semnificative. Această perspectivă a psihopatologiei, alături de simptomatologia OC de ordine/ordonare, a căpătat noi perspective de interpretare în urma studiilor cognitiviste asupra autismului developmental, efectuate în ultimele decenii.

Studierea intensivă a autismului de către cognitiști a condus nu doar la relevarea unor aspecte particulare privitoare la cogniția și creierului social – inclusiv dezvoltarea competenței ToM –, ci și la evidențierea unui deficit configuraționist, ce a fost etichetat ca insuficiență a *funcției coerenței centrale perceptive*. E vorba de faptul că autistul rămâne fixat perceptiv de detalii, neputând sesiza ansamblul pregnant al unei forme semnificante, ca detașându-se pe un

fundal. Context în care se manifestă și o intoleranță la schimbarea aspectului spațial al ambianței, cu apariția unor noutăți; fapt însoțit de stereotipii motorii și agitație.

La autiștii developmentali s-a constatat o importantă comorbiditate cu simptome OC. Dar însăși patologia obsesională evidențiază o intersecție aparte cu unele simptome specifice autismului. Așa e de ex. simptomul OC privitor la ordine/ordonare, pacientul fiind continuu preocupat de aranjarea spațială a obiectelor din jur, în direcție simetrică, până resimte că totul “este în ordine” – *all right*; iar corelativ, se pot desfășura ritualuri și ceremonialuri (uneori chiar manieriste, în stil cataton), ce se repetă de un anumit număr de ori. Alt domeniu specific de intersecție simptomatică - care se întâlnește doar în aceste două tulburări - se referă la implicarea numerelor și a operațiilor cu ele. Unii autiști manifestă competențe deosebite în memorarea unor date și în unele operații numerice. Iar la obsesivi, se întâlnește aritmomanie, implicarea numărării în ritualurile repetitive, uneori până la complicate ceremonialuri numerice; și considerarea unor numere ca faste sau nefaste. Ar mai putea fi menționată similitudinea dintre configurația psihică a autiștilor superiori și cea a celor cu tulburare anancastă, care sunt și ei deficitari în relaționarea empatică.

Psihismul obsesivilor este însă unul amplu și complex diferențiat în comparație cu cel al autiștilor, nu doar în perspectiva limbajului, atașamentului și comunicării nonverbale; ci și în cel al operaționalității logico argumentative a inteligenței, a subiectivității conștient reflexive și a structurii funcțiilor executive. Dar sugestia cognitivă privitoare la o afectare a unei “funcții generice a coerenței centrale” se poate menține și pentru obsesionali, ea fiind acum privită nu din perspectiva actului perceptiv, ci din cea a organizării și realizării sintetice a unei acțiuni eficiente, ce ține de competența funcțiilor executive. Începerea și realizarea unui act presupune sinteza unui ”câmp al acțiunii”, care să integreze eficient detaliile și părțile într-un întreg, structurat prin ordinea ierarhică a etapelor succesive ale planului de acțiune. Fapt dificil pentru obsesional. Psihopatologia a remarcat de mult timp preocuparea și fixarea acestuia pe detalii - constatată și prin testul Rorschach și de către psihanalisti în cadrul zgârceniei. Doar că, aceasta se realizează acuma în contextul unui psihism preocupat excesiv de acțiuni realizatoare, cu deficiențe în relaționările empatică. Obsesivul psihasten pierde enorm timp cu indecizia; dar și cu parcurgerea etapelor succesive ale proiectului de acțiune, datorită cantonării sale la detalii puțin semnificative; motiv pentru care face frecvente paranteze de la cursul acțiunii; așa cum se constată și în vorbirea circumstanțială a schizotipalilor. Căci tulburările comunicaționale din relaxarea

dezorganizantă a gândirii-vorbirii, pot fi privite în paralel cu modelul ezitant și tatonant al comportamentului obsesiv psihasten.

Funcția coerenței centrale perceptivă, care e cu evidență deficitar disfuncțională în autism, poate fi considerată deci ca parte a unei funcții mai globale, a unei “coerenței centrale de ordin general”, ce se manifestă în toate domeniile de organizare și manifestare a structurilor funcționale psihice; de la cele ale actului perceptiv, la cele ale actului realizator sau comunicațional; și până la structura identitară de fond. Problematika psihopatologică a “dezorganizării psihice” - comportamentale și ideo verbale - s-ar putea înscrie într-o astfel de paradigmă, flancată de autism și obsesionalitate. Cât privește afectarea coerenței centrale la nivelul structuri biografico caracteriale, aceasta ar putea fi privită și înțeleasă în sensul centrării, delimitării și coerenței sincrone și diacrone a acesteia, așa cum sesiza deja Jaspers; aspect ce e complementar celui al identității, afectat în patologia delirului.

3. Patologia Obsesiv compulsivă, depersonalizarea și marginalitatea psihotică.

Patologia OC are diverse grade de complexitate, de afectare a psihismului. La un capăt, obsesionalitatea se înscrie în comportamentul normal cutumier, de la muștrările de conștiință și reamintirea intruzivă a trăirilor stresante, la verificările curente sau la ritualurile comportamentale ale vieții cotidiene. Pe de altă parte, obsesionalitatea poate cuprinde psihismul fragmentar sau global, uneori chinuind persoana zilnic ore în șir; sau poate afecta structura sa caracterială. Deși pe parcursul sec. XX patologia obsesiv compulsivă a fost comentată în cadrul nevrozelor căutându-i-se (mai ales de către psihanaliză) mecanisme psihice de constituire, constant s-au descris și forme grave ce afectează major psihismul într-o manieră globală de tipul psihozei; totuși, fără a se manifesta pregnant simptomele clasice delirant halucinatorii sau ale dezorganizării ideo-verbale și comportamentale. Un sindrom care inițial a fost comentat în marginea acestei patologii – cu ocazia psihasteniei lui Janet – a fost depersonalizarea; care în prezent e cantonată în clasa Tb Disociative.

Sd. de Depersonalizare/Derealizare se caracterizează prin sentimentul subiectiv al detașării persoanei de propria identitate și lume, pe care le privește din exterior și neimplicat. El se resimte ca un observator extern al propriului corp, a propriului trecut, prezent și viitor, a altora și a lumii ambiante. Ce-i apare străină, nefirească, ca în vis, ca la film; față de care nu se simte atașat și nu rezonază afectiv, dispoziția sa fiind de indiferență și vid interior.

Sd Dep/Der poate apare sub forma de crize sau episoade de diverse durate, forme de exprimare și intensități, în multiple stări și afecțiuni, ca: depresia, atacul de panică (anxietatea), epilepsia, migrena, oboseala etc. El a fost inițial implicat – de către Jaspers și alți psihopatologi – în debutul psihotic al delirului primar schizomorf. Perspectivă care se reia treptat în ultimele decenii, mai ales prin studiile ce abordează formele prodromale și incipiente de psihoză cu simptome deficitare, la populația cu risc (studiile Bonn, Copenhaga). Pentru problematica OC intersecția cu acest sd. a fost constant menționată, mai ales prin sentimentul de vid interior și plictis pe care pacienții îl resimt, ca un fel de anhedonie și deficit de implicare afectiv rezonantă în problematica cotidianității. Mai recent studiile cognitive au atras atenția asupra unor particularități ale cogniției pacienților cu obsesionalitate, între care : importanța crescută acordată gândirii (până la confuzia cu realitatea), interesul pentru eventualități și posibilități (în detrimentul realului nemijlocit), îndoiala majoră și universală, sentimentul că “realitatea nu e așa cum trebuie” – *all right* -.

Pacientul obsesional, mai ales cel cu TPOC, își resimte identitatea inconsistentă, insuficient de centrată și delimitată, de coezivă, cu tendințe la dispersie, cu dificultăți de colaborare cu alții, pe care-i ține la o distanță oficială, departe de intimitatea sa. Aceste persoane se transpun dificil în ipostaza de personaj, astfel încât interferența cu delirul propriuzis e redusă și indirectă. Uneori ea poate deriva totuși din sentimentul de culpă. Astfel de ex. pacientul care are obsesia compulsivă persistentă de a profana sexual în biserică icoana Maicii Domnului - sau de a-și omorâ propriul copil, a-l tranșa și pune în frigider -, se gândește îngrozit că ar putea fi posedat de diavol (în vremea Contrareforme obsesiile erau considerate și ca posesiuni demoniace lucide, pe când zvârcolele histerice, ca posesiuni involuntare). La fel ar putea fi în cazul fenomenului fuziunii gândire-act (de ex. un pacient care urcând la munte vede pietre rostogolindu-se în urma sa, se gândește că acestea ar fi putut omorâ pe cineva care urca, astfel încât caută febril informații dacă nu cumva s-a înregistrat vre-un astfel de deces în zonă).Totuși, suntem departe de modelul obișnuit de prăbușire a subiectului în condiția de personaj al unui scenariu delirant, ca în paranoide, delirurile religioase sau fantastice.

Orientarea patologiei obsesionale în direcția sd.Dep/Der se poate constata și în obsesia/compulsie de contaminare/spălare, ce duce la ablutomanie. Aceasta sugerează explicit un sentiment de vulnerabilitate a limitelor sinelui corporal în raportarea acestuia la lumea ambientală; astfel încât “ceva rău”, o entitate neperceptibilă (murdărie, microbi, substanțe diverse) îi pot invada interioritatea

psihismului, infestându-l malign; motiv pentru care-și curăță compulsiv suprafața corpului. Se poate remarca că agresiunea nu e tematizată explicit - ca în paranoide - prin trimiterea la persoane sau entități ce ființează în lumea exterioară și pot fi cumva identificate și denumite (inclusiv ca ființe supranaturale); ci, referința e la entități difuze, neperceptibile și neidentificabile prin denumire. Acest sentiment de agresiune netematizată prin referință la personaje, poate fi totuși cuprins în comportamente delirante.

Tot în legătură cu problematica contaminării se poate menționa la acest nivel sensibilitatea sau fobia unor persoane de a accepta și lua medicamente, injecții, vaccinuri. Sentimentele unu de agresiune xenopatică difuză din partea alterității, asupra intimității personale. Chiar dacă nu se ajunge la delir, scenariul e edificator pentru domeniul depersonalizant în care ne plasează patologia obsesională și fobiile ce-i sunt corelate.

Un al simptom clasic al patologiei OC e cel al nevoii obsesiv compulsive de a ordona lucrurile din ambianță. A fost deja semnalată corelația acestuia cu unul din simptomele majore ale autismului dezvoltat. În TOC însă, preocuparea pacientului devine abstractă, extinzând problematica simetriei la dimensiunile ordonării întregii lumi ambientale și a prezenței subiectului în ea, într-o atmosferă depersonalizant/derealizantă.

Intersecții între patologia de tip TOC și orbita psihotiformă

Simptomatologia TOC se poate apropia sau intersecta cu patologia psihotică nu doar prin temele de culpabilitate ale cazuisticii de intenții agresive, care prin fuziunea act-gândire își pierde controlul critic; sau, prin intersecție cu alte sd. psihopatologice. Ea e posibil ca teme specifice TOC cum sunt cele de atingere/contaminare sau problematizarea ordine/simetrie să plaseze sinele identitar în condiție cvasi-delirantă.

Caz O femeie de 37 ani, gospodină din mediul rural, călătorind în oraș pentru cumpărături, în autobus simte contact neplăcut cu o persoană murdară; întoarsă acasă, își spală hainele dar senzația unui contact neplăcut și a unei contaminări persistă. Crede că vasul în care și-a spălat haina a fost și el contaminat și îl aruncă. Apoi, hainele din dulapul în care și-a pus rochia pe care a spălat-o, le aruncă de asemenea. Ajunge la sentimentul și convingerea că însăși camera în care și-a depus haina respectivă e contaminată și nu mai intră în ea. În tot acest timp spală fără întrerupere hainele și lenjeria și își spală repetat corpul. Apoi, părăsește casa în care locuia, dormind într-o bucătărie de vară. Nu mai folosește apa din fântâna din care a provenit cea cu care și-a spălat haina. În final, după ce a hotărât să părăsească satul în care a trăit tot din cauza extinderii contaminării, ajunge la internare.

În acest caz, tema aberantă e deci contaminarea nocivă a persoanei.

Caz O tânără are un prim contact cu psihiatria la 24 ani (1990) pentru astenie cu problematizarea schemei corporale, comportamente în direcția anorexiei mentale, (ce datează din adolescență). În prima perioadă a școlarizării a avut performanțe bune, care s-au redus în pubertate, devenind o persoană retrasă, cu preocupări centrate pe muzică și lectură. Progresiv se accentuează interesul pentru religie, lectură în această direcție, rugăciuni solitare, viață izolată, fără activitate și preocupări pragmatice, fiind întreținută de familie. Adoptă îmbrăcămintea și modelul de manifestare a unei călugărițe, trăiește izolat cu un comportament ritualic religios. Ajunge la o nouă internare la 29 ani în urma unui comportament bizar: se deplasează în oraș pe mijlocul străzii, creând probleme în circulație și necesitând intervenția poliției. Explicația constă în faptul că „astfel se ferește să se atingă de oameni, pentru a nu se contamina cu răutatea lor”. Nu prezintă alte teme delirante conturate, nici halucinații sau fenomene de transparență influență psihică. Vorbirea e coerentă dar marcată de manierisme și prețiozități. În următorii ani mai prezintă trei internări, în urma aceluiași comportament bizar de a merge pe mijlocul străzii, cu aceeași motivație. Nu sunt idei clar paranoide și nu explică de ce acest comportament apare la un moment dat.

Caz Minkovski comentează – în cartea sa asupra Schizofreniei – un caz ce e fascinat de problema simetriei și a discontinuității. E preocupat ca, uitându-se în oglindă, partea sa stângă să fie întru totul identică cu cea dreaptă; exersează în această direcție cu mâinile libere și introduse în buzunare. Afirmă: Iubesc lucrurile imuabile: casele, paharele, lucruri care sunt întotdeauna acolo, care nu se schimbă niciodată....Dau o importanță deosebită solidității....nu accept pământul dintre pavaje, căci acesta constituie un punct de sprijin fragil. Sper ca totul să fie dat în seama matematicii, chiar medicina și relațiile sexuale...Gustul pentru simetrie, pentru regularitate mă atrage spre plan, iar planul e totul pentru mine...Nu cred într-un lucru decât l-am demonstrat...Viața nu arată nici simetrie, nici regularitate și de aceea eu fabric realitatea”.

Este o altă direcție în care se pot dezvolta forme grave, marginale psihozei, în variante cvasidelirante specifice; dar, în aceste cazuri avem și mixtări cu speculații abstracte, de tip filosofic.

Alte manifestări obsesionale grave, ce pot fi considerate marginale orbitei psihotice sunt ritualurile și ceremonialurile. Ritualul constă dintr-un grupaj psihomotor fără finalitate pragmatică directă (e.g. diverse gesturi, a se învârti în cerc) ce se desfășoară compulsiv în anumite împrejurări banale (a trece pe lângă un obiect sau dintr-o cameră în alta, a pleca de acasă), cu sentimentul că dacă nu e efectuat se va întâmpla o nenorocire. Uneori ritualul se suprapune peste acțiuni cotidiene (a se îmbrăca, spăla pe dinți, mânca) care ajung să se desfășoare lent și repetitiv; alteori mișcările se derulează printr-o schemă complexă și ciudată – ca ceremonialuri manieriste, hiperexpresiv patetice. Subiectul se simte constrâns să execute astfel de mișcări inutile și absurde, deși e lucid de absurditatea lor; iar uneori implică membrii familiei în derularea acestora. Simptomatologia ritualică, deși impresionantă și aparent absurdă, are echivalente în comportamente biologice corelate unor cicluri ale vieții – rut, construirea locuinței – ca fază premergătoare comportamentului pragmatic propriuzis; iar pe de altă parte, el se regăsește în comportamentele magico religioase ale comunităților culturale, ce se derulează prin invocarea mitului sacral în anumite locuri și la anumite date; fiind organizate și patronate supraindividual, de reprezentanții specializați ai comunității. Această contextualizare evoluționist culturală a comportamentului ritualic se cere a nu fi ignorată, pentru că ea sugerează complexitatea fondului endogen al disponibilităților de manifestare psiho-comportamentale ale omului cultural, ce trăiește într-o lume ordonată de norme, valori și logos.

Un ultim aspect ce secere menționat este cazuistica obsesională marcată de o gravă indecizie, ce se manifestă ca și ambivalentă și ambivalență. Simptomul a fost identificat de către Bleuler în descriere schizofreniei autist dezorganizante (ambivalența era una din cei patru “a”-uri, alături de autism, anafectivitate, anhedonie). Subiectul nu se poate hotărâ în fața unei decizii banale, analizează multiple eventualități din diverse puncte de vedere, face proiecte alternative, chiar începe un drum de acțiune, pe care-l părăsește însă pentru unul alternativ, ...bătând pasul pe loc, abulic. O variantă se desfășoară și în planul rumațiilor mentale alternative, prin încercări de răspuns la întrebări insolubile (e.g. există Dumnezeu ? există viață după moarte ?); sau ruminând asupra unor eventualități de rezolvare a unei probleme, fără a ajunge să se angajeze efectiv pe nici un drum. Problematika ambivalenței indică o aplatizare simetrizantă a câmpului raportării activ intelective

la lume, cu deficit de sinteză. Direcția de psihopatologie e cea spre dezorganizare intelectuală, apragmatic abstractă.

Psihopatologia obsesională ne relevă un psihism uman marcat de o specifică depersonalizare, care-i reduce coerența centrată și capacitatea de manifestare sintetică prin acțiuni eficiente, cu toată orientarea preferențială a persoanei spre actul realizator, susținut de funcțiile executive. Axul de psihopatologie e unul ce începe la nivelul autismului developmental și se desfășoară în direcția dezorganizării ideo-verbale, comportamentale și devitalizante a persoanei, marcată de simptomatologie negativă.